

Commissie voor Verzekeringen

Brussel 27 november 2018

DOC/C2018/10

Advies over de ontwerpboeken II en III en gerelateerde bepalingen in ontwerpboek I van het Wetboek Verzekeringen

INLEIDING

De Vice-Eerste Minister en Minister van werk, economie en consumenten belast met buitenlandse handel, Kris Peeters, heeft op 28 maart 2018 de Commissie voor Verzekeringen gevraagd advies te verlenen over het ontwerp van codificatie verzekeringen.

De voorlegde teksten zijn:

- een Wetboek Verzekeringen bestaande uit 7 ontwerpboeken, een memorie van toelichting (algemeen inleiding en per ontwerpboek);
- een concordantietabel;
- een ontwerp van wet houdende invoering van het Wetboek Verzekeringen;
- een ontwerp uitvoeringskoninklijk besluit.

Het Wetboek Verzekeringen bestaat uit de volgende 7 ontwerpboeken:

- Ontwerpboek I: Toepassingsgebied en definities;
- Ontwerpboek II: De verzekeringsovereenkomst;
- Ontwerpboek III: Bepaalde bijzondere verzekeringsovereenkomsten;
- Ontwerpboek IV: Gedragsregels;
- Ontwerpboek V: Toezicht op de gedragsregels en de uitoefeningsvoorwaarden van verzekeringsactiviteiten en distributie van verzekeringen (FSMA);
- Ontwerpboek VI: Statuut van en toezicht op de verzekerings- en herverzekeringsondernemingen (NBB);
- Ontwerpboek VII: Voorwaarden voor de toegang en de uitoefening van activiteiten van verzekeringsbemiddeling en distributie van verzekeringen.

De algemene inleiding van de ontwerpmemorie van toelichting verduidelijkt:

“Dit project heeft tot doel de regels en de beginselen van de Belgische verzekeringswetgeving te codificeren door ze te bundelen in een samenhangend geheel dat niet enkel het verzekeringsovereenkomstenrecht omvat, maar eveneens de gedragsregels die van toepassing zijn op het beroep, de voorwaarden voor de toegang en de uitoefening van verzekerings- en herverzekeringsactiviteiten, zowel vanuit financieel oogpunt als vanuit het oogpunt van consumentenbescherming, de voorwaarden voor toegang en uitoefening van verzekeringsbemiddelings- en verzekeringsdistributieactiviteiten, alsook de diverse bepalingen betreffende de adviesorganen en organen voor buitengerechtelijke geschillenbeslechting. (...) Het is belangrijk om te benadrukken dat de hier voorgelegde codificatie niet louter een codificatie van wetten is, in die zin dat ze niet enkel de bestaande teksten herordent of reorganiseert. De gelegenheid werd aangegrepen om leemten op te

vullen (wijziging van de premie of van de voorwaarden van de overeenkomst tijdens de duur van de overeenkomst, de collectieve verzekeringen, de bewijslast voor uitsluitingen), om enkele imperfecties in de bestaande teksten te corrigeren die door de rechtsleer werden opgeworpen (het sluiten van de overeenkomst, de verjaring) of om rekening te houden met recente rechtspraak in bepaalde domeinen (regres tegen de minderjarige). Daarnaast heeft de integratie van de transportverzekering, de arbeidsongevallenverzekering en de groepsverzekering in de codificatie geleid tot aanpassingen aan de huidige teksten. (...)

De eerste drie hebben de belangrijkste veranderingen ondergaan. De anderen nemen over het algemeen de bestaande wetgeving over.” (p. 1-4).

De Commissie betreurt dat haar voor dit fundamenteel en omvangrijk codificatieproject slechts een zeer beperkte termijn is gegeven om advies te verlenen. Overigens vragen in dezelfde termijn nog tal van andere wetgevende initiatieven de aandacht van de leden en dient belangrijke nieuwe wetgeving in de praktijk te worden uitgevoerd.

In overleg met de Minister heeft de Commissie, gezien de omvang van de ontwerp teksten enerzijds en de noodzaak een strikte timing aan te houden anderzijds, de bespreking en de adviesverlening met betrekking tot de onderscheiden boeken opgedeeld.

Dit advies heeft betrekking op de ontwerpboeken II en III, en op de bepalingen in ontwerpboek I die hierop betrekking hebben.

De Commissie voor Verzekeringen behoudt zich het recht voor om onderstaand advies aan te passen, mocht bij de bespreking van de ontwerpboeken IV t/m VII blijken dat bemerkingen of standpunten ingenomen in dit advies moeten herzien worden.

De Commissie voor verzekeringen kan op dit ogenblik geen advies verlenen over de ontwerp wet tot invoering van de verschillende ontwerpboeken, in het bijzonder de opheffings-, overgangs- en inwerkingtredingsbepalingen, aangezien er geen duidelijkheid is over de finale teksten en de definitieve inhoudelijke beleidsopties en keuzes. Voor elke wijziging ten opzichte van de huidige regelgeving zal moeten worden nagegaan of, en zo ja, welke overgangsbepaling moet worden voorzien, met het oog op rechtszekerheid en om de verzekeringssector toe te laten deze wetswijzigingen correct te kunnen implementeren.

I. WERKZAAMHEDEN EN STRUCTUUR VAN HET ADVIES

De Commissie heeft, na een eerste algemene inleiding en planning op 26 april 2018, de ontwerpboeken II en III en de daarmee samenhangende bepalingen in ontwerpboek I besproken tijdens haar vergaderingen van 31 mei 2018, 28 juni 2018, 3 juli 2018, 23 augustus 2018, 29 augustus 2018, 6 september 2018 en 17 september 2018.

De bij wet toegelaten waarnemers FSMA, Controledienst van de ziekenfondsen (CDZ), FOD Economie en het Federaal agentschap voor beroepsrisico's (Fedris), alsook de Nationale Bank van België (NBB) en de Ombudsman voor de verzekeringen hebben hun bemerkingen kunnen meedelen en hebben deelgenomen aan (delen van) de besprekingen. Het advies van de NBB “Projet de Code des assurances” werd overgemaakt aan de leden van de Commissie.

Met het oog op de leesbaarheid van het advies, zijn de bemerkingen hierna onderverdeeld in drie grote onderdelen:

- II. Algemene bemerkingen

- III. Bemerkingen op Boek II en gerelateerde bepalingen in Boek I

A. Bemerkingen op de voorgestelde nieuwe en gewijzigde bepalingen Boek II/Boek I

B. Verzoeken tot aanpassing van de huidige niet-gewijzigde wetgeving Boek II/Boek I

C. Taalkundige bemerkingen, verwijzingen en typo's Boek II/Boek I

- IV. Bemerkingen op Boek III en gerelateerde bepalingen in Boek I

A. Bemerkingen op de voorgestelde nieuwe en gewijzigde bepalingen Boek III/Boek I

B. Verzoeken tot aanpassing van de huidige niet-gewijzigde wetgeving Boek III/Boek I

C. Taalkundige bemerkingen, verwijzingen en typo's Boek III/Boek I

II. ALGEMENE BEMERKINGEN

A. Algemene bemerkingen op het Wetboek Verzekeringen

1. De Commissie voor verzekeringen erkent dat het codificatieproject verschillende verdiensten heeft. Het Wetboek omvat de verzekeringsreglementering, zowel betreffende de verzekeringsovereenkomsten (algemeen en bijzondere), als betreffende de toegang en de uitoefening van het verzekeringsbedrijf en de verzekeringsdistributie. Inhoudelijk werd er gestreefd naar coherentie (bv. een basisregeling voor alle verzekeringsovereenkomsten, opsplitsen van de contractuele en prudentiële regels van het KB van 14 november 2003 betreffende de levensverzekeringen, KB Leven), het invullen van bepaalde leemtes (de memorie van toelichting verwijst naar de wijziging van de premie en de voorwaarden tijdens de duur van de overeenkomst, de collectieve verzekeringen, de bewijslast voor uitsluitingen), het specifiek regelen van bepaalde verzekeringen (bv. arbeidsongevallenverzekeringen en eerste en tweede pijler levensverzekeringen) en het oplossen van bepaalde rechtsonzekerheden (bv. bewijslast, vergoeding ten gunste van minderjarige, bescherming van aansprakelijke minderjarigen, het begrip schadegeval in de rechtsbijstandverzekering, sanctie van onrechtmatige bedingen). De meest grondige herwerking situeert zich in het domein van het verzekeringsovereenkomstenrecht.

2. De Commissie kan zich vinden in de keuze van de meeste opgenomen bestaande wetteksten, waaronder het opnemen van de bepalingen van alle koninklijke besluiten die dwingende minimumvoorwaarden opleggen voor bepaalde categorieën van verzekeringen (KB's verzekering BA privéleven, brandverzekering eenvoudige risico's, rechtsbijstandverzekering). Aangezien het in België niet gebruikelijk is om koninklijke uitvoeringsbesluiten op te nemen in een codificatie, gaat ze akkoord om akten met een louter reglementerende waarde (bv. KB houdende de modelovereenkomst voor de verplichte BA motorrijtuigenverzekeringen, KB tot vaststelling van de voorwaarden waaraan de verzekeringsovereenkomst rechtsbijstand moet voldoen om te worden vrijgesteld van de

jaarlijkse taks op de verzekeringsverrichtingen) niet op de nemen in het Wetboek Verzekeringen.

Met betrekking tot de opname van het KB Leven wensen de vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen nog verder de gevolgen te bekijken met betrekking tot de classificatie van de wettelijke aard van de verschillende bepalingen alvorens kan worden besloten of het opportuun is om het KB Leven (al dan niet deels) op te nemen in het Wetboek Verzekeringen (zie hierover tevens het nog te verstrekken advies van de Commissie voor Verzekeringen betreffende ontwerpboek VI).

Met uitzondering van de definitie van eenvoudige risico's in artikel 5, werden de bepalingen van het Koninklijk besluit van 24 december 1992 tot uitvoering van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst (nog geldend onder de wet van 4 april 2014) niet opgenomen in het Wetboek Verzekeringen. Er is wel een ontwerp van gewijzigd uitvoeringsbesluit voorgelegd aan de Commissie.

De vertegenwoordigers van de verbruikers vragen om de bepalingen van het uitvoeringsKB op te nemen in het Wetboek Verzekeringen en verwijzen in het bijzonder naar artikel 2 KB betreffende onderverzekering en de evenredigheidsregel dat naar hun mening beter zou toegevoegd worden aan artikel II.59 (met inbegrip van de verplichting om het principe van de overdraagbaarheid van de verzekerde bedragen uitdrukkelijk te formuleren in de verzekeringsovereenkomst).

3. De Commissie stelt vast dat de structuur van het Wetboek geïnspireerd is op het Wetboek Economisch recht, in het bijzonder het samenbrengen van de definities in één boek. In Boek I zijn zoveel als mogelijk alle definities die gelden voor het gehele Wetboek opgenomen en opgedeeld al naargelang ze van toepassing zijn op alle dan wel op een aantal boeken, of betrekking hebben op slechts één boek. Met het oog op de leesbaarheid zijn definities die specifiek betrekking hebben op één bepaling, behouden in die betrokken bepaling.

Over het nut en welslagen van het bundelen van alle definities in één boek zijn de meningen verdeeld.

Ofschoon definities beogen bij te dragen tot een beter begrip van de wetgeving, rijzen er vragen bij de overvloed aan definities; bevordert dit effectief de toegankelijkheid van de wetgeving en vormen ze zelf geen nieuwe bron van rechtsonzekerheid?

Afin d'attirer l'attention sur le fait que des notions utilisées dans le Code font l'objet d'une définition se trouvant au Livre Ier, il est suggéré de mentionner systématiquement en caractères italiques, partout où ils sont repris dans le Code, les termes définis au Livre I.

4. Met betrekking tot het opsplitsen van de bepalingen van het KB Leven, erkent de Commissie de complexiteit om ieder van deze bepalingen te kwalificeren als contractueel of prudentieel. Deze kwalificatie is immers niet zonder belang. Ze heeft gevolgen voor zowel het toepassingsgebied van de bepaling (contractueel van toepassing indien het Belgisch recht de verzekeringsovereenkomst beheerst; prudentieel van toepassing op Belgische

verzekeringsondernemingen krachtens het principe van home country control), als voor de bevoegde controleautoriteit en sanctionering (FSMA of NBB).

De Commissie wijst er niettemin op dat in ieder geval de aard van de bepaling determinerend is en niet de plaats waar deze regel in het Wetboek Verzekeringen is opgenomen. Bovendien zullen er altijd bepalingen zijn die aspecten inhouden van zowel prudentiële als contractuele aard.

De Commissie zal op deze problematiek terugkomen in het advies betreffende ontwerpboek VI.

5. Met betrekking tot de kapitalisatieverrichtingen is in het Wetboek Verzekeringen enkel de prudentiële reglementering opgenomen in Boek VI (overname wet van 13 maart 2016). Kapitalisatieverrichtingen zijn geen verzekeringen maar wel verrichtingen (tak 26) die ook door een verzekeringsonderneming kunnen uitgeoefend worden.

Daarentegen is de reglementering van de (pre)contractuele relatie van een kapitalisatieverrichting niet opgenomen in het Wetboek Verzekeringen omdat een kapitalisatieverrichting geen verzekering is in de zin van het verzekeringsovereenkomstenrecht (cf. definitie artikel 5,13° wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen, W.Verz.).

De Commissie is van oordeel dat ook de (pre)contractuele relatie van kapitalisatieverrichtingen wettelijk moet geregeld blijven.

Echter, is er in de Commissie geen eensgezindheid over de wijze waarop dit legislatiek moet geregeld worden.

Sommigen onderschrijven het voorstel van het ontwerp om de (pre)contractuele relatie te regelen in een afzonderlijke en specifieke wet op de kapitalisatieverrichtingen. Op deze wijze kan er geen verwarring zijn over het feit dat kapitalisatieverrichtingen geen verzekeringen zijn. Het feit dat een product een financieel risico inhoudt, betekent nog niet dat die een verzekeringsproduct is. Deskundigen wijzen er op dat in de codificatiewerkzaamheden de minister benadrukte dat er in de contractuele relatie absoluut geen verwarring mag bestaan over wat een verzekeringsovereenkomst is en welke regels van toepassing zijn op deze contractspartijen enerzijds en anderzijds een kapitalisatieverrichting. Indien deze optie wordt gevolgd dient er in ieder geval een overgangsregeling te worden voorzien, zodat er geen juridisch vacuum ontstaat wanneer de bestaande wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen wordt opgeheven naar aanleiding van de inwerkingtreding van het Wetboek Verzekeringen.

De FSMA is van mening dat het aangewezen is om deze regeling wel op te nemen in het Wetboek Verzekeringen. Op deze wijze zou kunnen gewerkt worden met verwijzingen en dubbele wetgeving vermeden worden. Zij wijst op de praktijk van een toename van tak 26 producten die gelinkt worden aan beleggingsfondsen, waardoor de producten quasi identiek zijn aan tak 23 producten die wel onder de wet vallen.

6. De Commissie vraagt om in het Wetboek Verzekeringen alle verwijzingen naar de maatschappijen als bedoeld in artikel 70, § 8 van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen (les sociétés visées à l'article 70, §8 de

la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités) te schrappen. Ces sociétés mutualistes ont dû cesser leurs activités en cette qualité fin 2014.

7. De Commissie vraagt om de bedragen vermeld in BEF om te zetten in euro (bv. artikel I.12.10° eenvoudige risico's). Daarbij dienen de geactualiseerde bedragen in euro te worden omgezet. Voor de bedragen die onder de huidige wetgeving te indexeren zijn, kan in één artikel een uniforme indexatieregeling worden opgenomen met als basisindex bv. 1 januari van het jaar van de publicatie van het Wetboek Verzekeringen.

De vertegenwoordigers van de verbruikers vragen dat dan bij elk te indexeren bedrag duidelijk zou worden verwezen naar het artikel dat een uniforme indexatieregeling bepaalt. Zij vragen bovendien dat de bedragen die in de huidige wetgeving niet te indexeren zijn, worden verhoogd en dat hiervoor eveneens een indexatieregeling wordt voorzien. Ze vragen dit in het bijzonder wanneer het sanctiebedragen betreft (bv. het bedrag van 250 euro in artikel 14 WAM-wet verhogen tot ongeveer 360 euro en aanpassen aan de index van de consumptieprijzen). Het is voor hen essentieel dat de sancties voldoende overtuigend blijven. De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen gaan niet akkoord met dit voorstel en zijn van mening dat de huidige bedragen reeds voldoende performant zijn. Zo is de huidige wettelijke interestvoet van 2% hoger dan de huidige marktinterest.

8. De Commissie wijst op de bevoegdheid van de Controledienst van de ziekenfondsen voor het toezicht op de verzekeringsmaatschappijen voor onderlinge bijstand die de takken 2 en 18 mogen beoefenen (zie tevens artikel V.1 Boek V dat artikel 280 W.Verz. overneemt).

L'Office de contrôle des mutualités insiste de prévoir la consultation obligatoire de l'OCM pour tout arrêté dans le champ d'application duquel tomberaient les sociétés mutualistes (SMA), même s'il ne s'agit pas d'un arrêté rédigé par la FSMA. L'Office de contrôle demande de prévoir dans l'article I.19 un nouvel alinéa : « *Pour les arrêtés que le Roi devra prendre en vertu du présent Code, sur l'avis de la FSMA, il conviendra également de recueillir l'avis de l'OCM s'il est prévue que les sociétés mutualistes visées aux articles 43bis, § 5, et 70, §§ 6 et 7 de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et/ou les intermédiaires d'assurances visés à l'article 68 de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire tombent dans le champ d'application des arrêtés en question* ».

9. Ter bevordering van de toegankelijkheid van de wetteksten vraagt de Commissie om in alle boeken een hoofding boven de wetsartikelen te vermelden, op dezelfde wijze als in ontwerpboek II.

10. De Commissie benadrukt het belang van accurate en sluitende opheffings -, inwerkingtredings - en overgangsbepalingen, die moeten worden opgenomen in de wet tot invoering van het Wetboek Verzekeringen. Zij houdt zich het recht voor hierover later advies uit te brengen. Immers, zolang er geen duidelijkheid is over de finale teksten, is het niet mogelijk om zich hierover correct uit te spreken.

11. De Commissie vraagt een eenduidige terminologie ter aanduiding van de bevoegde minister(s).

Gezien de definitie in artikel I.11, 42° “*minister: de minister die de verzekeringen onder zijn bevoegdheden heeft*”, kan telkens verwezen worden naar “de minister” (bv. artikelen III.31, III.83, III.51, §3), behoudens in de artikelen die bevoegdheid toekennen aan meerdere ministers (bv. artikel III.100 §3, tweede lid).

B. Algemene bemerkingen betreffende Boek II en III

1. De Commissie kan zich vinden in één basisregeling voor alle verzekeringsovereenkomsten met afwijkende niet-dwingende bepalingen voor enkele takken (o.m. krediet -en borgtochtverzekering, vervoersverzekering), in de opdeling van de reglementering van de verzekeringsovereenkomst tussen Boek II (bepalingen met betrekking tot alle verzekeringsovereenkomsten en de grote categorieën van verzekeringen) en Boek III (welbepaalde bijzondere verzekeringsovereenkomsten) en in de structuur van deze Boeken II (behoud structuur deel 4 W.Verz.) en Boek III (afzonderlijke titels per bijzondere verzekeringsovereenkomst).

2. De Commissie verwijst met betrekking tot de schuldsaldoverzekering in Boek III naar het ondertussen neergelegde Evaluatieverslag schuldsaldoverzekeringen van de Commissie voor verzekeringen (C/2018/1, 29 mei 2018).

3. De Commissie stelt vast dat het Wetboek Verzekeringen geen algemene bepaling voorziet voor de termijnen waarbinnen de verzekeraar in geval van realisatie van het verzekerde risico zijn prestatie moet leveren. De specifieke regeling voor de brandverzekering eenvoudige risico's en BA autoverzekering werd wel behouden. De jaarverslagen van de Ombudsman vermelden niettemin klachten over te trage betalingen en aanbevelingen inzake betalingstermijnen in levensverzekeringen.

Voor de vertegenwoordigers van de verbruikers zou het wenselijk zijn om, naar het voorbeeld van de BA autoverzekering en de verzekering brand eenvoudige risico's, per categorie van verzekeringen een regeling uit te werken met concrete termijnen vanaf de aangifte van het schadegeval. Als dat niet mogelijk is in het kader van de codificatie, vinden zij in ondergeschikte orde dat het een vooruitgang zou zijn om na artikel II.31 een nieuw artikel op te nemen met een algemeen geformuleerde bepaling die geldt voor alle verzekeringen waarvoor geen specifieke regeling bestaat. Zij vinden het noodzakelijk dat ook deze algemene regeling voorziet in termijnen die aanvangen vanaf de aangifte van het schadegeval, naar analogie met de regeling in Spanje en Duitsland (artikel 18 Spaanse wet op de verzekeringsovereenkomst; §14, 2 Duitse *Versicherungsvertragsgesetz*). Zij vinden dat de hierna voorgestelde Luxemburgse bepaling tekortschiet in dit opzicht en het eerste punt ervan als volgt moet worden aangevuld: *“En toute hypothèse, l'assureur doit effectuer, à l'expiration d'un mois après la déclaration de sinistre, le paiement du montant minimum de ce qu'il pourrait devoir, selon les circonstances dont il a connaissance »*.

Deze vertegenwoordigers van de verbruikers vragen tevens om de regeling in de WAM-verzekering te wijzigen (zie *infra*, IV.B, artikelen III.38 en III.39).

De Ombudsman verwijst naar haar aanbeveling betreffende de regelingstermijnen in levensverzekeringen (jaarverslag Ombudsman van de Verzekeringen 2015).

De andere leden wijzen er op dat het moeilijk is om voor iedere categorie van verzekeringen een specifieke regeling uit te werken. Het probleem ligt vooral in het vastleggen van een concrete begindatum van de betalingstermijn daar het ogenblik waarop alle elementen aanwezig zijn om te betalen kan verschillen per categorie van verzekeringen en omstandigheid. Bij aanvullende pensioenverzekeringen moet ook rekening gehouden worden met procedures en termijnen vastgelegd in de sociale regelgeving.

Zij stellen voor na artikel II.31 een nieuw artikel op te nemen met een algemeen geformuleerde bepaling die geldt voor alle verzekeringen waarvoor geen specifieke regeling bestaat. De vertegenwoordigers van de verzekeringsonderneming gaan hiermee akkoord om het verwijt uit de wereld te helpen dat de verzekeraars niet tijdig willen betalen. Zij merken op dat een laattijdige uitbetaling ook het gevolg kan zijn van factoren waarop de verzekeraar geen invloed heeft, zoals het overmaken de nodige informatie door de begunstigde.

Deze op te nemen bepaling kan geïnspireerd zijn op de Luxemburgse bepaling die van toepassing is op brand, ongevallen en alle risico-verzekeringen (BOAR-verzekeringen) (tenzij hiervoor een specifieke bepaling geldt) en die bepaalt:

"Prestation de l'assureur

1. L'assureur doit effectuer la prestation convenue aussitôt qu'il est en possession de tous les renseignements utiles concernant la survenance et les circonstances du sinistre, et, le cas échéant, le montant du dommage.

2. Les sommes dues doivent en tout cas être payées dans les trente jours de leur fixation. Au-delà de ce terme, les intérêts moratoires au taux d'intérêt légal courent de plein droit."

Om tegemoet te komen aan bepaalde door de Ombudsman gerapporteerde klachten, is het tevens aangewezen om te bepalen dat de verzekeraar binnen een bepaalde termijn de verzekerde moet informeren betreffende de documenten en de informatie die nodig zijn, dat deze documenten nodig zijn opdat betaling zou kunnen gebeuren en waarom er eventueel nog geen betaling kan gebeuren, zodat er transparantie is ten aanzien van de verzekerde over het verloop van de afwikkeling van het schadegeval. Voor het opstellen van een dergelijke bepaling kan gesteund worden op de huidige regeling in de WAM-verzekering en de brand eenvoudige risico's.

4. Definitie van verzekerde, verzekerd hoofd en verzekeringsovereenkomst

En son article I.11, 18° et 19°, l'avant-projet de codification propose une définition univoque de la notion d'« assuré » et suggère de la distinguer désormais de la notion de « tête assurée ».

Actuellement, l'article 5.17° de la loi du 4 avril 2014 prévoit une définition différente de l'assuré dans les assurances de dommages, d'une part, et dans les assurances de personnes d'autre part.

Dans les assurances de dommages, l'assuré est « la personne garantie par l'assurance contre les pertes patrimoniales », ce qui revient à identifier l'assuré et le titulaire de l'intérêt d'assurance.

Dans les assurances de personnes, l'assuré est la personne sur la tête de laquelle repose le risque de survenance de l'événement assuré, ce qui correspond à la notion de tête assurée. Il faut se rappeler que la tête assurée, singulièrement en assurance sur la vie, peut être un tiers par rapport au contrat d'assurance.

Pour éviter cette double définition, l'article I.11, 18° prévoit de définir uniformément l'assuré comme « *la personne qui détient l'intérêt d'assurance* » - « *de persoon die belang heeft bij de verzekering* ».

Outre que l'on évite ainsi les incohérences liées à la double définition, cette modification permet d'éviter également que l'on doive corrélativement rechercher l'intérêt d'assurance dans le chef du tiers bénéficiaire dans les assurances de personnes, à défaut de pouvoir le rechercher dans le chef de la tête assurée (défini comme l'assuré selon la définition actuelle). Une nouvelle définition de la notion de tête assurée a été insérée, l'article I.11, 19° qui prévoit: « *tête assurée: la personne sur la tête de laquelle repose le risque de survenance de l'évènement assuré* »- « *verzekerde hoofd: degene in wiens persoon het risico van het zich voordoen van het verzekerde voorval gelegen is* ».

- Les experts observent que le fait qu'une même personne puisse cumuler des qualités différentes ne pose aucun problème. C'est d'ailleurs déjà le cas actuellement. Ainsi, dans une assurance souscrite par une personne en vue d'obtenir à son profit une pension complémentaire en cas de vie à un âge déterminé, cette personne est à la fois preneur d'assurance (souscripteur), tête assurée (et assurée au sens de la définition actuelle) et bénéficiaire de la prestation. La nouvelle définition ne change rien à cet égard.

Si, comme l'avant-projet le suggère, l'on définit l'assuré comme le titulaire de l'intérêt d'assurance, l'assuré dans une assurance vie sera celui qui souhaite obtenir une garantie de revenus complémentaires en cas de vie à un âge déterminé (assurance en cas de vie) ou la personne qui veut mettre ses proches à l'abri du besoin en cas de décès prématuré (assurance en cas de décès). Le titulaire de l'intérêt d'assurance sera le plus souvent le souscripteur qui aura donc, comme auparavant, plusieurs qualités. Lorsque l'assurance est prise sur la tête d'un tiers, ce tiers aura, selon les nouvelles définitions, la qualité de tête assurée mais non celle d'assuré.

Les experts font valoir, par ailleurs, que la double définition actuelle entraîne des incohérences injustifiables. En effet, lorsque la partie 4 de la loi du 4 avril 2014 utilise la notion générique d'assuré, ce n'est pas toujours dans le sens légal. Ainsi, par exemple, l'article 74, § 1^{er}, qui s'applique à tous les contrats d'assurance terrestre, prévoit que « *l'assuré doit, dès que possible, et en tout cas dans le délai fixé par le contrat, donner avis à l'assureur de la survenance du sinistre* ». L'article 75 précise, quant à lui, que « *Dans toute assurance à caractère indemnitaire, l'assuré doit prendre toutes mesures raisonnables pour prévenir et atténuer les conséquences du sinistre* ». Il apparaît clairement qu'on ne peut ici entendre l'assuré comme la tête assurée. On voit mal en effet que l'obligation de déclarer le sinistre puisse incomber à la tête assurée qui pourrait être décédé si l'assurance a été souscrite en cas de décès. Si l'on applique la définition actuelle, l'obligation de déclarer le sinistre incomberait au défunt, ce qui n'a aucun sens.

Les experts ajoutent que l'intégration des dispositions légales spécifiques relatives aux assurances obligatoires accidents du travail dans le livre II impose, elle aussi, de modifier la notion d'assuré. L'assurance accidents du travail rendue obligatoire par la loi du 10 avril 1971 est, en effet, analysée dans l'avant-projet comme une assurance de personnes à caractère indemnitaire. Dès lors, selon la définition actuelle, les travailleurs soumis au risque d'accident devraient être considérés comme des têtes assurées. Or, cette terminologie n'a pas cours dans ce secteur puisque les travailleurs sont considérés comme des assurés pour compte. L'employeur souscrit en effet le contrat pour le compte de ses travailleurs qui ont donc la qualité d'assuré.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen merken op dat hetzelfde geldt voor de ziekteverzekeringsovereenkomsten gesloten door een werkgever in het voordeel van zijn werknemers. De definitie van "verzekerde" als "verzekerd hoofd" in de huidige wet, heeft volgens hen in de praktijk nooit tot problemen geleid voor deze verzekeringen.

- Les experts estiment que la codification devrait être l'occasion de corriger de telles incohérences, d'ailleurs largement dénoncées par la doctrine. Il est malencontreux qu'un même terme reçoive deux acceptions différentes, surtout lorsque ce terme est central dans la législation relative aux assurances. La solution proposée présente l'avantage d'une définition univoque de la notion d'assuré, notion essentielle qui traverse toute la législation, sans pour autant exclure celle différente de tête assurée.

L'intérêt d'assurance est en effet un élément essentiel et une condition de validité de tout contrat d'assurance. Il correspond à la notion de cause dans le droit général des contrats. La cause fait référence aux mobiles ayant déterminé les parties à contracter. On comprend donc que cette condition ne peut être appréciée dans le chef d'un tiers. Dans le domaine des assurances, l'intérêt d'assurance permet de distinguer l'assurance du jeu et du pari (interdiction d'une assurance vie prise sur la tête de personnages célèbres). Il est donc important que l'on puisse savoir à l'avance dans le chef de qui l'intérêt d'assurance doit être apprécié. Il ne saurait être apprécié dans le chef du tiers bénéficiaire qui est précisément tiers par rapport au contrat, comme l'article 102 de la loi du 4 avril 2014 le prévoit actuellement. Il doit donc toujours être apprécié dans le chef de l'assuré, et ceci que l'assurance soit à caractère indemnitaire ou forfaitaire.

Dans l'avant-projet de codification, le preneur n'est assuré que s'il détient l'intérêt d'assurance. Ainsi, lorsqu'un parent souscrit un contrat d'assurance RC automobile pour couvrir le véhicule automoteur appartenant au fils, ce parent est preneur d'assurance mais il n'est pas assuré, cette qualité revenant au fils, propriétaire du véhicule.

Les experts remarquent, en outre, que la notion d'intérêt d'assurance revêt aussi une importance déterminante au moment du sinistre. En effet, dans une assurance pour compte, l'assureur devra verser le montant de l'indemnité à celui qui détient l'intérêt d'assurance au moment du sinistre. C'est ce que prévoit actuellement l'article 92, alinéa 1^{er} de la loi du 4 avril 2014 : l'assuré est celui qui justifie de l'intérêt d'assurance lors de la survenance du sinistre. Il apparaît clairement que l'assuré au sens de cet article est bien le titulaire de l'intérêt d'assurance alors même que le schéma de l'assurance pour compte concerne aussi les

assurances de personnes à caractère indemnitaire ou forfaitaire où, rappelons-le, l'assuré se confond avec la tête assurée.

La double définition proposée par la loi actuelle se révèle ici aussi incohérente. En l'état actuel des choses, si l'on voulait appliquer l'article 92 de la loi du 4 avril 2014 à une assurance pour compte à caractère forfaitaire, on se heurterait à un problème insoluble puisqu'il faudrait déterminer l'intérêt dans le chef de la tête assurée. On songe notamment à l'assurance de groupe où l'employeur est le souscripteur, l'assuré pour compte le travailleur et en cas de décès la tête assurée, et la personne appelée à recueillir les prestations en cas de décès, le bénéficiaire.

Les experts constatent enfin que la nouvelle définition de l'assuré comme étant le titulaire de l'intérêt d'assurance n'entraîne pas pour autant l'effacement de la notion de « tête assurée ». Celle-ci conserve toute sa pertinence dans certaines catégories d'assurance. Si, dans les assurances de dommages, le titulaire de l'intérêt d'assurance est en même temps celui qui est menacé par le risque, tel n'est pas le cas dans les assurances sur la vie. En assurance sur la vie, l'assurance peut être prise sur la tête d'un tiers au contrat d'assurance et il est nécessaire d'identifier celle-ci aux fins de tarification. En réalité, lorsque la législation actuelle prévoit que l'assuré en assurances de personnes doit être compris comme la tête assurée, c'est uniquement ce cas particulier qu'on a voulu régler au prix d'une incohérence. La notion de tête assurée n'a aucune utilité dans les assurances de dommages ni dans les assurances de personnes à caractère indemnitaire. Ce faisant le législateur a perdu de vue qu'il existe d'autres assurances de personnes que les assurances sur la vie où la notion d'assuré doit s'entendre comme en assurances de dommages.

Cette erreur en a entraîné une autre sous l'article 102 de la loi du 4 avril 2014 qui prévoit que c'est dans le chef du bénéficiaire qu'il convient d'apprécier l'existence d'un intérêt personnel et licite à la non-survenance de l'événement assuré, signifiant par-là que le bénéficiaire doit avoir intérêt à la survie de la tête assurée. Dès lors que l'intérêt d'assurance, condition de validité du contrat, ne pouvait à l'évidence s'apprécier dans le chef de l'assuré défini comme la tête assurée, il a fallu situer l'intérêt d'assurance dans le chef du bénéficiaire qui, dans une assurance en cas de décès, est souvent tiers au regard du contrat d'assurance. On ajoute que le bénéficiaire en question peut être modifié en cours d'exécution du contrat. Il apparaît donc que la définition actuelle de la notion d'assuré en assurances de personnes entraîne des erreurs en cascade.

Selon les experts, la modification proposée permet d'éviter ces difficultés et incohérences contenues dans la loi actuelle.

1. La notion d'assuré est définie de manière univoque dans tous les contrats d'assurance. L'assuré est le titulaire de l'intérêt d'assurance. Dans le cas des assurances vie individuelle, il s'agira du souscripteur.
2. L'intérêt d'assurance devra être vérifié dans le chef de l'assuré et non dans le chef du tiers bénéficiaire.
3. La notion de tête assurée est maintenue en raison de son utilité pour l'assurance vie.
4. Les dispositions consacrées à l'assurance pour compte et à l'intérêt d'assurance dans les assurances à caractère indemnitaire et forfaitaire retrouvent leur cohérence.

Ces modifications devraient entraîner corrélativement une modification de la définition du contrat d'assurance alors que, pour l'instant, la définition est restée inchangée. La référence au bénéficiaire prévue actuellement dans cette définition pourrait en effet disparaître.

Le contrat d'assurance serait alors défini dans l'article I.11, 1° comme :

« un contrat en vertu duquel, moyennant le paiement d'une prime fixe ou variable, une partie, l'assureur, s'engage envers une autre partie, le preneur d'assurance, à fournir une prestation stipulée dans le contrat au cas où surviendrait un événement incertain que l'assuré a intérêt à ne pas voir se réaliser »-

« een overeenkomst waarbij een partij, de verzekeraar, zich er tegen betaling van een vaste of veranderlijke premie tegenover een andere partij, de verzekeringnemer, toe verbindt een in de overeenkomst bepaalde prestatie te leveren in het geval zich een onzekere gebeurtenis voordoet waarbij de verzekerde belang heeft dat deze zich niet voordoet ».

Indien wenselijk kan artikel II.12, §2 (neemt artikel 64, §2, 3° W.Verz. over) worden aangevuld als volgt:

"De verzekeringsovereenkomst bevat ten minste: (...)

3° de identiteit van de verzekeringnemer, en in voorkomend geval, de identiteit van de verzekerde, het verzekerd hoofd en de begunstigde."

Pour les assurances sur la vie, il faudrait prévoir que le contrat doit indiquer l'identité du souscripteur, de l'assuré et de la tête assurée. En réalité, en assurance vie individuelle, l'assuré sera toujours le souscripteur mais en assurance de groupe, le souscripteur sera l'employeur, le travailleur l'assuré et la personne appelée à recueillir les prestations en cas de vie ou de décès, le bénéficiaire.

- De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen zijn het eens dat de huidige wet een aantal incoherenties bevat en dat deze moeten opgelost worden. Zij gaan evenwel niet akkoord met de invoering van afzonderlijke definities voor "verzekerde" en "verzekerd hoofd". Dit is niet noodzakelijk en heeft geen toegevoegde waarde. Elles constatent que la double définition de l'assuré est bien ancrée dans la pratique et que la modifier dans le sens préconisé obligerait les assureurs à modifier tous leurs contrats, engendrant ainsi des coûts supplémentaires qu'ils estiment inutiles et disproportionnés.

En plus, la modification proposée pourrait susciter des confusions dès lors qu'en assurance non-vie, l'assuré et la tête assurée pourraient être la même personne. En assurance-vie, par contre, la nouvelle définition ne permettrait pas de déterminer clairement qui est l'assuré. Bovendien zal het voor verzekeringnemers moeilijk zijn om te begrijpen wat het verschil is tussen een 'verzekerde' en een 'verzekerd hoofd' terwijl er *de facto* niets wijzigt aan de overeenkomsten. Par ailleurs, ils estiment qu'il ne faut pas oublier certaines législations périphériques, comme la loi du 24 juillet 2008, sur les fonds dormants, qui entendent l'assuré comme la tête assurée.

Deze vertegenwoordigers stellen vast dat het gebruik van de dubbele definitie van het begrip "verzekerde" in de praktijk (sinds 1992) nooit tot problemen of discussies heeft geleid; enkel in de doctrine zijn er discussies gevoerd. Daarom stellen ze een pragmatische oplossing voor.

Ces représentants des entreprises d'assurance proposent donc de maintenir la double définition de la notion d'assuré. En assurances de dommages, l'assuré resterait la personne

qui est garantie contre les pertes patrimoniales et, en assurances de personnes, il s'agirait de la personne sur la tête de laquelle repose le risque de survenance de l'événement assuré. Il n'y aurait plus de définition distincte de la tête assurée.

Bovendien stellen ze een aantal andere aanpassingen voor om de bestaande incoherenties weg te werken :

1. Une nouvelle disposition serait introduite qui préciserait que « *L'intérêt d'assurance doit être présent à la conclusion du contrat, soit dans le chef du preneur d'assurance, soit dans le chef de l'assuré* ». Cela impliquerait qu'il faudrait vérifier l'existence de l'intérêt, selon le cas, soit dans le chef du preneur soit dans le chef de l'assuré. Het verzekerbear belang kan bij de sluiting van de overeenkomst bijgevolg niet bij de begunstigde liggen. De incoherentie in het huidige artikel 102 W. Verz. wordt zo rechtgezet.
2. Artikel II.37 bepaalt dat "de verzekerde" aangifte moet doen van het schadegeval. Voor schadeverzekeringen en persoonsverzekeringen andere dan levensverzekeringen beantwoordt dit aan de door deze vertegenwoordigers aangehouden definitie van verzekerde. Voor levensverzekeringen daarentegen kan iedere belanghebbende het schadegeval melden. De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen stellen voor om in artikel II.37 een §4 in te voeren die stelt: *"De eerste paragraaf is niet van toepassing op levensverzekeringen bedoeld in artikel II.127. Voor de toepassing van de paragrafen twee en drie op levensverzekeringen bedoeld in artikel II.127 moet "de verzekerde" vervangen worden door "de begunstigde of de erfgenamen van de verzekeringnemer"*. Op deze manier wordt de huidige incoherentie van artikel 74 W. Verz. opgelost.
3. In artikel II.38 (verzekering voor rekening) wordt de zin *"De verzekerde is degene die in geval van schade aantoonbaar belang te hebben bij het verzekerde."* geschrapt. Deze zin is overbodig geworden door de voorgestelde algemene bepaling (zie vorig punt).
4. In artikel II.68, betreffende het verzekerbear belang in verzekeringen tot uitkering van een vast bedrag, stellen deze vertegenwoordigers dat de door hen weerhouden definitie van verzekerde van artikel 5, 17, b) W.Verz. juist is. In artikel II.68, tweede lid dient het woord "verzekerd hoofd" te worden vervangen door "verzekerde".

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen merken op dat volgens de deskundigen bij individuele levensverzekeringen de verzekeringnemer altijd degene is die het verzekerbear belang heeft, en dus de verzekerde is volgens de voorgestelde definitie. De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen zijn niet zeker dat dit in alle situaties opgaat: Bij een ABB verzekering (A is verzekeringnemer, B is verzekerd hoofd en begunstigde) met een dekking leven: heeft A het verzekerbear belang of is dit eerder B? Bij een ABC verzekering, dekking overlijden: Kan in alle situaties gesteld worden dat A (verzekeringnemer) het verzekerbear belang heeft? Wat indien de begunstigten enkel naasten zijn van B, maar niet van A?

Tot slot hebben deze vertegenwoordigers nog een bedenking bij de voorgestelde definitie van "verzekerde" in combinatie met artikel II.38 (verzekering voor rekening). Deze laatste bepaling stipuleert dat de verzekerde degene is die in geval van schade aantoonbaar belang te hebben bij het verzekerde. Bij een collectieve overlijdensverzekering (bv. de dekking overlijden in een

groepsverzekering gesloten door een werkgever te behoeve van zijn werknemers) zou dit erop neer komen dat de begunstigde ook de verzekerde is. Nochtans is dit net een van de bezwaren op de huidige wetgeving.

- La délégation des consommateurs ne voit pas non plus l'intérêt ni la plus-value liée à une définition distincte de l'assuré et de la tête assurée. Elle estime que cela pourrait prêter à confusion dans le chef des consommateurs.

- Les experts sont d'avis que la proposition des assureurs concernant l'intérêt d'assurance rejoint partiellement leur point de vue mais entraîne une confusion inutile entre la notion de « preneur d'assurance » qui est uniquement la personne qui souscrit le contrat et accepte d'assumer les obligations qui en découlent et la notion d' « assuré » qui peut certes être le preneur mais aussi d'autres personnes spécialement dans l'hypothèse des assurances pour compte.

En outre, cette proposition ne précise pas dans quels cas il faudra apprécier l'intérêt d'assurance dans le chef du preneur et dans quel cas il devra être apprécié dans le chef de l'assuré. A noter qu'elle ne permet donc pas de répondre plus clairement aux questions posées sous les deux tirets ci-dessus alors que la proposition défendue dans l'avant-projet devrait permettre de conclure, au contraire, que l'intérêt d'assurance doit être apprécié dans le chef de A dès lors que cet intérêt ne peut jamais être apprécié dans le chef d'un tiers. Dans les deux hypothèses, la tête assurée devra aussi donner son consentement au contrat, ce qui règlera le problème (art. II. 68, alinéa 2, dans sa version actuelle). Il convient d'ailleurs de se demander si le remplacement de la notion de « tête assurée » par assuré dans l'article 68, alinéa 2, ne contribue pas à obscurcir la portée de cet alinéa qui, dans sa version actuelle, vise précisément à régler l'hypothèse où l'assurance à caractère forfaitaire est prise sur la tête d'un tiers.

Enfin, la suppression de la phrase « L'assuré est celui qui justifie de l'intérêt d'assurance au moment du sinistre » dans l'article II, 38, alinéa 1^{er}, n'apparaît pas opportune car il s'agit du seul article qui règle le point de savoir qui a droit à l'indemnité dans une assurance pour compte. On comprend par-là que la détermination du titulaire de l'intérêt d'assurance peut varier au fil du temps. L'élargissement du champ d'application de cette disposition à toutes les catégories d'assurance, y compris aux assurances de groupe, impose de maintenir la distinction entre assuré et tête assurée.

Quant aux coûts supplémentaires qu'entraînerait la modification proposée, les experts sont d'opinion que ceux-ci sont la conséquence de toutes modifications législatives. En toute hypothèse, le travail d'adaptation sera moins important que celui nécessité par l'adoption de la loi du 25 juin 1992. Il conviendrait, par ailleurs, d'assortir les règles nouvelles de dispositions transitoires appropriées afin de permettre aux assureurs de s'y adapter. La tâche n'est pas insurmontable dès lors que l'on considère que dans les assurances vie, l'assuré est celui qui entend se mettre ou mettre ses proches à l'abri du besoin.

III. BEMERKINGEN OP BOEK II EN GERELATEERDE BEPALINGEN IN BOEK I

A. Bemerkingen op de voorgestelde nieuwe en gewijzigde bepalingen Boek II/Boek I

1. *Titel II – De verzekeringsovereenkomst in het algemeen*

Artikel I.1 en artikel I.6 – Ondernemingen die een hulpverleningsactiviteit uitoefenen

Het huidige artikel 4, §7/1 W. Verz. over de hulpverleningsactiviteiten wordt niet hernomen in het ontwerp van Wetboek Verzekeringen. De memorie van toelichting stelt bij artikel I.1: *“Voor zover deze ondernemingen die een hulpverleningsactiviteit uitoefenen niet onder de specifieke regeling van Boek VI vallen (betreffende hun statuut en uitoefeningsvoorwaarden, in uitvoering van de Europese reglementering), is het evident dat de artikelen 8, 9, 10 en 11 W.Verz. niet van toepassing zijn, en hoeft dit niet uitdrukkelijk bepaald te worden. (...) Anderzijds is het niet uit te sluiten dat de activiteiten van deze ondernemingen die een hulpverleningsactiviteit uitoefenen (ongeacht of ze onder het toepassingsgebied van Boek VI vallen) in de toekomst verplichte verzekeringen zouden zijn. In dat geval is er geen reden om hen niet te onderwerpen aan de regeling van de systematische mededeling aan FSMA van verplichte verzekeringen niet-leven).*

Les entreprises d'assurances (ou les “assureurs”) qui exercent l'activité en question sont par contre soumis aux autres Livres du Code, et en particulier au Livre II relatif au contrat d'assurance. Selon les représentants des assureurs, ce point devrait être davantage explicité dans l'exposé des motifs.

Artikel I.11, 1° en I.16, 13° - Definitie “verzekeringsovereenkomst”/ “Contrat d'assurance”

Le Livre Ier comporte deux définitions différentes de la notion de contrat d'assurance : la première est générale et la seconde est propre au Livre VI.

De Commissie is van mening dat dit aanleiding geeft tot nodeloze verwarring en wenst uitdrukkelijk het begrip « verzekeringsovereenkomst » exclusief voor te behouden voor de definitie in artikel I.11, 1°.

De definitie van artikel I.16, 13° heeft betrekking op de reglementering in Boek VI. Het begrip « verzekeringsovereenkomst » moet hier vervangen worden door een ander begrip. De Commissie stelt voor om het te vervangen door « verrichting » - « opération ».

Artikel I.11, 2° - Definitie “polis”

Dit artikel I.11, 2° is nieuw en definieert het begrip “polis”: *“2° “polis”: instrument die de tekst van de voorwaarden van de verzekeringsovereenkomst bevat” – “2° “police”: instrument qui contient le texte des conditions du contrat d'assurance”.*

De memorie van toelichting stelt dat het onderscheid moet gemaakt worden tussen de “overeenkomst” en de “polis”: *“De verzekeringsovereenkomst betreft het negotium; de polis, daarentegen, verwijst naar het instrumentum.”.*

De vertegenwoordigers van de verbruikers en van de verzekeringsondernemingen zijn van mening dat de definitie van polis geen meerwaarde heeft en de beperking van de betekenis van “polis” tot het instrumentum van het contract niet overeenstemt met het huidige gebruik

van dit woord als een synoniem voor verzekeringsovereenkomst. Zij wensen geen definitie van het begrip "polis" op te nemen in het Wetboek.

De vertegenwoordigers van de verbruikers verwijzen naar de betekenis die het begrip "polis" heeft volgens het Van Dale-woordenboek. Zij betwijfelen dat deze term de beperkte betekenis heeft in de artikelen III.51, 2°, III.53, §1, III.58, §1 en III.59, §3.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen merken tevens op dat deze definitie moeilijk kan toegepast worden op levensverzekeringen met een lange duurtijd, waarbij de voorwaarden van de overeenkomst veelal zijn opgenomen in verschillende onderscheiden documenten. Il est donc illusoire, selon eux, de penser que pour ce type de contract, il y aurait un document unique qui rassemblerait l'ensemble des conditions contractuelles applicables au contrat. Par ailleurs, dans la pratique, de nombreuses conditions contractuelles utilisent le terme « police » en visant le contrat d'assurance. Selon eux, la charge qui en découlerait quand les entreprises concernées devront adapter leurs conditions serait disproportionnée.

De deskundigen gaan niet akkoord met het standpunt van voormelde vertegenwoordigers. Zij stellen dat er in de wetgeving weldegelijk een onderscheid moet gemaakt worden tussen enerzijds de "overeenkomst" het negotium (dat consensueel is), en anderzijds het instrumentum. Zij verwijzen naar de bepalingen in Boek II en Boek III waar het begrip "polis" is gebruikt en zijn van oordeel dat dit telkens gebruikt is in de betekenis van "het instrument". Het betreft volgende bepalingen:

- de voorafgetekende polis betreft een specifiek document dat wordt gebruikt bij het sluiten van de overeenkomst

Artikel I.11, 8° "voorafgetekende polis": een verzekeringspolis die vooraf door de verzekeraar ondertekend is en houdende aanbod tot het sluiten van een overeenkomst onder de voorwaarden die erin beschreven zijn, eventueel aangevuld met de nadere bijzonderheden die de verzekeringnemer aanduidt op de daartoe voorziene plaatsen;

Artikel II.3, §2 voorafgetekende polis

Artikel II.40, §3 voorafgetekende polis

- Artikel II.3, §4 De verzekeraar maakt melding in de polis van de in deze paragraaf bedoelde bepalingen.

- Artikel II.12, § 4. De verzekeraar bezorgt de verzekeringnemer een polis met de tekst van de voorwaarden van de overeenkomst.

De verzekeringnemer kan op eenvoudig verzoek en te allen tijde een afschrift op papier van de polis met de tekst van de overeenkomst of van de wijzigingen ervan bekomen. Een eerste exemplaar wordt hem kosteloos verstrekt, zowel bij het sluiten van de overeenkomst als bij iedere wijziging ervan.

- Artikel II.15, §2,3° de plaats en de wijzen waarop de verzekeringnemer de polis kan bekomen

- Polis aan toonder in vervoersverzekering: Artikel II.121. *"De polis van een vervoerverzekeringsovereenkomst kan worden uitgegeven in de vorm van een verhandelbaar waardepapier, hetzij aan order, hetzij aan toonder."*

De in één origineel opgestelde polis in de vorm van een verhandelbaar waardepapier levert geldig bewijs van de vervoerverzekeringsovereenkomst."

- in pandgeving in vervoersverzekering: Artikel II.123. *"De uit de verzekeringsovereenkomst voortvloeiende rechten kunnen in pand worden gegeven door de verzekerde en door de verzekeringnemer met toestemming van de verzekerde. De inpandgeving van rechten voortvloeiend uit een verzekeringsovereenkomst, die is opgenomen in een verhandelbare polis, gebeurt door overhandiging van de polis aan toonder en door rugtekening van de polis aan order. De inpandgeving van rechten voortvloeiend uit een verzekeringsovereenkomst, die niet is opgenomen in een verhandelbare polis gebeurt door middel van een bijvoegsel."*

- Persoonsverzekeringen: Artikel II.124. *"De polis moet op naam van de verzekeringnemer worden gesteld; zij kan niet aan order of aan toonder zijn."*

- Levensverzekeringen

Artikel II.130. *"Zodra de levensverzekeringsovereenkomst in werking treedt, of vanaf de aansluiting van de werknemer bij de groepsverzekering, kan de verzekeraar zich niet meer beroepen op het onopzettelijk verzwijgen of het onopzettelijk onjuist meedelen van gegevens door de verzekeringnemer of de verzekerde, tenzij partijen zijn overeengekomen om de onbetwistbaarheid van de overeenkomst uit te stellen."*

De polis vermeldt of de overeenkomst al dan niet onbetwistbaar is. Indien de overeenkomst betwistbaar is, vermeldt de polis in welke mate en tot welke datum. Behalve voor de aanvullende verzekeringen bedoeld in artikel I.13, 5°, mag dit tijdstip niet later vallen dan één jaar na de datum van onderschrijving van de overeenkomst."

Artikel II.166. *"Zolang de verzekeringnemer leeft kan de aanvaarding slechts gebeuren door een bijvoegsel bij de polis met de handtekening van de begunstigde, de verzekeringnemer en de verzekeraar."*

- BA motorrijtuigenverzekering

Artikel III.51, 2° (...) *"de nummers van de verzekeringspolissen waardoor het gebruik van de voertuigen bedoeld in 1° wordt gedekt voor de risico's vermeld in tak 10 van bijlage I van Boek VI, uitgezonderd de burgerrechtelijke aansprakelijkheid van de vervoerder en, indien de polis is verstreken, de datum waarop de dekking is geëindigd;"*

Artikel III.53. *"§ 1. Elke bij een verkeersongeval betrokken persoon, alsmede zijn rechthebbenden en iedere natuurlijke of rechtspersoon evenals iedere instelling die of ieder organisme dat beschikt over een wettelijk of conventioneel recht van indeplaatsstelling of over een eigen recht ingevolge dat ongeval, kan bij het Fonds de hierna volgende inlichtingen betreffende de bij het ongeval betrokken motorrijtuigen bekomen: (...) 2° het nummer van de verzekeringspolis;"*

Artikel III.58. § 1. *"In de gevallen bedoeld in artikel III.56, 5° en 6°, treedt het Fonds op binnen twee maanden nadat de benadeelde zijn verzoek tot schadevergoeding heeft ingediend, maar staakt zijn optreden indien de verzekeringsonderneming of haar schaderegelaar binnen deze termijn een met redenen omkleed antwoord op het verzoek heeft gegeven."*

In dezelfde gevallen stelt het Fonds onmiddellijk de volgende personen in kennis van het verzoek tot schadevergoeding vanwege de benadeelde, met de mededeling dat het binnen twee maanden na de indiening ervan zal optreden: (...)

2° het schadevergoedingsorgaan in de Lidstaat van de vestiging van de verzekeringsonderneming die de polis heeft afgesloten;”

Artikel III.59. (...) ” § 3. Indien het Fonds de benadeelde heeft vergoed, met toepassing van artikel III.56, 5° of 6°, heeft het Fonds het recht de uitbetaalde schadevergoeding te verhalen op het schadevergoedingsorgaan in de Staat van de vestiging van de verzekeringsonderneming die de polis heeft afgesloten.”

- Verzekeringen aanvullend bij levensverzekeringen

Artikel III.109. “De verzekeringnemer heeft het recht om op elk ogenblik en onafhankelijk van het verloop van de hoofdverzekering, een einde te maken aan de betaling van de premies van de aanvullende verzekering. De verzekeraar maakt hiervan melding in de polis.”

Artikel III.110. “De algemene voorwaarden van de hoofdverzekering zijn van toepassing op de aanvullende verzekering voor zover de bedingen van de aanvullende verzekering er niet van afwijken. De verzekeraar maakt hiervan melding in de polis.”

Artikel III.111. “De opzegging of de afkoop van de hoofdverzekering leiden van rechtswege tot de opzegging of, indien er een afkoopwaarde is, tot de afkoop van de aanvullende verzekering. De reductie of de omzetting van de hoofdverzekering brengt van rechtswege de reductie of de omzetting mee van de aanvullende verzekering. De verzekeraar maakt hiervan melding in de polis.”

Wanneer geen gevolg wordt gegeven aan voormelde vraag van enkele delegaties tot weglating van de definitie van het begrip “polis”, vraagt de Commissie om volgende bepalingen aan te passen om verwarring te vermijden:

- het opschrift boven artikel II.29 “combinatiepolissen” te vervangen (zie *infra*, artikel II. 29).
- in artikel III.2, §3, 3° (cf. artikel 1 KB van 24 december 1992 brand eenvoudige risico's, KB Brand eenvoudige risico's) Nederlandse versie het woord “motorrijtuigpolis” te vervangen door “overeenkomst motorrijtuigen”, conform de Franse versie die reeds stelde “*dans le cadre d'un contrat véhicule automoteur* »:

“§ 3. Van het toepassingsgebied van dit hoofdstuk zijn evenwel uitgesloten: (...) 3° de verzekeringen tegen brand, diefstal, glasbreuk of schade in het kader van een overeenkomst motorrijtuigpolis”.

Artikel I.11, 3° en 8° – Definitie “verzekeraar”/ “verzekeringsonderneming”

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen merken op dat in Boek II en Boek III in plaats van “verzekeringsonderneming” systematisch het begrip “verzekeraar” wordt vermeld, doch menen dat dit begrip niet coherent wordt gebruikt in de toelichting van de overige definities, zoals artikel I. 13, 6°, artikel I. 13, 9° en artikel I.13, 19°.

Deskundigen verwijzen naar de algemene toelichting bij Boek II die stelt: “In Boek II betreffende de contractuele bepalingen en in vergelijking met de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen, wordt het begrip “verzekeringsonderneming” voortaan systematisch vervangen door het begrip “verzekeraar”, aangezien het voor de toepassing van dit boek niet vereist is dat het contract is onderschreven door een onderneming gemachtigd om verzekeringsactiviteiten beroepsmatig uit te oefenen.”. Indien de overeenkomst kan

gekwalficeerd worden als een verzekeringsovereenkomst, is de (natuurlijke of rechts)persoon die deze sluit als contractspartij een verzekeraar en zijn de bepalingen betreffende de verzekeringsovereenkomst van toepassing, ook al is deze persoon geen verzekeringsonderneming. Echter, wanneer de wetsbepaling betrekking heeft op de toegang tot en de uitoefening van de activiteit, waarvoor het statuut van een verzekeringsonderneming vereist is, wordt in het Wetboek steeds het begrip "verzekeringsonderneming" gebruikt. De definitie van verzekeringsonderneming in artikel I.11, 8° luidt: *"onderneming die voor eigen rekening het verzekeringsbedrijf beroepsmatig uitoefent, namelijk het bedrijf dat bestaat in het sluiten van verzekeringsovereenkomsten of het uitvoeren van verzekeringsverrichtingen"*.

Deskundigen stellen voor om de Nederlandse versie van de definitie van "verzekeraar" meer in overeenstemming te brengen met de Franse versie om mogelijke verwarring met de ruime definitie van verzekeringsbemiddeling te vermijden, en artikel I.11, 3° aan te passen als volgt: *"verzekeraar: elke persoon of onderneming die als contractspartij aanbiedt om verzekeringsovereenkomst(en) te sluiten, ongeacht de beroepshoedanigheid (...)".*

Artikel I.11, 8° - Definitie "verzekerde"/ "assuré"

Zie supra, II.B.4.

Artikel I.11, 9° - Definitie "verzekerd hoofd"/ "tête assurée"

Zie supra, II.B.4.

Artikel I.11, 17° - Definitie "verzekeringnemer"

De memorie van toelichting bij artikel I.11, 17° begrip verzekeringnemer vermeldt: *"In vergelijking met artikel 6 W.Verz. worden §§3-4 opgeheven. In dit wetboek moet de "verzekeringnemer" bij zijn precontractuele verplichtingen worden begrepen als "kandidaat-verzekeringnemer". Aangezien over het algemeen niet langer wordt verwezen naar "kandidaat-verzekeringnemer", kan paragraaf 3 geschrapt worden."*

Met het oog op duidelijkheid stelt de Commissie voor om ook in artikel I.11, 17° in de definitie van "verzekeringnemer" toe te voegen: *"In het kader van de precontractuele relaties met de verzekeraar of de verzekeringstussenpersoon dient "verzekeringnemer" te worden begrepen als "kandidaat-verzekeringnemer"*.

Artikel I.11, 22° - Definitie "verplichte verzekering"

Deze definitie neemt de omschrijving over voorafgaand aan de lijst van de FSMA van verplichte verzekeringen (website FSMA).

De Commissie vraagt in het laatste lid van de definitie de woorden *"voor de opmaak van deze lijst"* te schrappen daar er in de definitie zelf nergens wordt verwezen naar een "lijst".

De Commissie stelt voor de bepalingen aan te passen als volgt:

« 22° "assurance obligatoire": *assurance pour laquelle :*

a) assurance dont la souscription est imposée par une loi, un décret, une ordonnance ou une disposition normative adoptée en vertu d'une loi, d'un décret ou d'une ordonnance ou un règlement européen impose explicitement une obligation d'assurance;

b) assurance dont l'absence de souscription entraîne, en vertu d'une loi, un décret, une ordonnance ou une disposition normative adoptée en vertu d'une loi, d'un décret ou d'une ordonnance ou un règlement européen, l'une au moins des conséquences suivantes-entraîne une ou plusieurs des conséquences énumérées ci après en cas de non-assurance:

1. une sanction pénale et/ou administrative, y compris une amende administrative;
2. l'interdiction d'exercer une activité ou d'effectuer une opération déterminée;
3. l'affiliation d'office à un organisme, une caisse ou un fonds public ou privé auquel une cotisation doit être payée;
4. l'exercice d'un recours total ou partiel contre la personne soumise à l'obligation d'assurance pour le montant des dommages payés par un organisme, une caisse ou un fonds public ou privé.

Pour l'établissement de la présente liste, ne sont pas considérées comme obligatoires une assurance dont la souscription conditionne l'obtention d'une subvention ou d'un agrément dans le cadre d'une possibilité de subvention ni une assurance résultant d'une obligation contractuelle, ni les garanties obligatoires dans une assurance dont la souscription n'est pas obligatoire. ».

De vertegenwoordigers van de verbruikers vragen om het laatste lid aan te vullen als volgt: "(...) niet als een verplichte verzekering beschouwd, zonder afbreuk te doen aan voorgaande leden". Naar hun mening moeten de in het laatste lid bedoelde verzekeringen ook worden gekwalificeerd als verplichte verzekeringen indien voldaan is aan de voorwaarden onder a) of b).

Artikel I.11, 40° - Definitie "krachtens de wet voor de uitoefening van verzekeringsactiviteit in België toegelaten verzekeraar"

De Commissie stelt voor in punt c) de woorden "hetzij een buitenlandse verzekeringsonderneming die geen EER verzekeringsonderneming is" te vervangen door "hetzij een verzekeringsonderneming van derde land". Dit laatste begrip wordt gedefinieerd in artikel I.11, 12°.

Artikel I.11, 49° - Definitie "grote risico's"

De Commissie stelt voor om in de punten a), b) en c) de verwijzing naar de Richtlijn 73/239/EEG te schrappen aangezien deze richtlijn werd ingetrokken.

Artikel I.12, 1° - Definitie "benadeelde"

De definitie van benadeelde in artikel I.12, 1° neemt de bepaling van artikel 55 W.Verz. over en stelt: "1° benadeelde": in een aansprakelijkheidsverzekering, degene aan wie schade is toegebracht waarvoor de verzekerde aansprakelijk is" – "1° "personne lésée": dans une assurance de responsabilité, la personne victime d'un dommage dont l'assuré est responsable".

Deze definitie verwijst uitdrukkelijk naar de “benadeelde” in het kader van een aansprakelijkheidsverzekering. Echter, in Boek III wordt het begrip benadeelde ook gebruikt in het kader van vergoedingsregelingen waar er geen aansprakelijkheid van de verzekerde vereist is, zoals de vergoedingsregeling van de zwakke weggebruiker (bv. artikel III.38 en III.39) en natuurrampen (artikel III.91).

De Commissie vraagt bijgevolg om artikel I.12, 1° te vervangen door de definitie van artikel 1 WAM-wet van 21 november 1989 en op meer algemene wijze te bepalen: *“benadeelden: zij die schade hebben geleden welke grond oplevert voor de toepassing van dit Wetboek, evenals hun rechtverkrijgenden” – “les personnes lésées: les personnes qui ont subi un dommage donnant lieu à l'application du présent Code, ainsi que leurs ayants droit”.*

Artikel I.13, 3° - Definitie “rechtstreekse levensverzekeringen”

Om coherent te zijn met de definitie van artikel I.12, 6° vraagt de Commissie in de Nederlandse definitie het woord “personenverzekering” te vervangen door het woord ‘persoonsverzekering’.

Dezelfde opmerking geldt voor artikel I.13, 4° (rechtstreekste bruidsschats- en geboorteverzekeringen) en voor artikel I.13, 5° (aanvullende verzekeringen).

Artikel I.13, 5° en 6° - Definitie “aanvullende verzekeringen” en “het beheer van collectieve pensioenfondsen”

In deze definities wordt het woord ‘verrichtingen’ vervangen door het woord ‘verzekeringen’. Welke zijn de achterliggende reden en de mogelijke gevolgen van deze wijziging?

Artikel I.13, 6° - Definitie “het beheer van collectieve pensioenfondsen”

De Solvency II-wetgeving hergroepeert alle vormen van collectief beheer van pensioenfondsen onder tak 27. Omdat artikel I.13, 6° enkel verwijst naar het beheer van fondsen voor eigen rekening is het noodzakelijk dat minstens de memorie van toelichting verduidelijkt dat deze hergroepering geen afbreuk doet aan de verschillende bestaande vormen van collectief beheer, met name

- de eigendom van de activa wordt overgedragen aan de verzekeraar (vroeger aangeduid onder de noemer ‘beheer voor eigen rekening’). De verzekeraar past bij het beheer van de activa de technische grondslagen toe van:

- een levensverzekering, al dan niet verbonden aan een beleggingsfonds, of
- een kapitalisatieverrichting,

en kan bijgevolg al dan niet een tariefgarantie bieden voor dit beheer;

- de verzekeraar staat enkel in voor het beheer van de activa (vroeger aangeduid onder de noemer ‘beheer voor rekening van derden’). De eigendom van deze activa wordt niet overgedragen aan de verzekeraar en de verzekeraar kan nooit een tariefgarantie bieden.

Artikel I.17, 9° - Definitie “duurzame drager”

Dit artikel neemt de definitie van artikel 257, 9° W.Verz. over.

De Commissie stelt voor de definitie van "duurzame drager" - « Support durable » te verplaatsen naar artikel I.11, aangezien dit begrip niet alleen voorkomt in Boek VII maar ook in Boek II.

De wet van 20 september 2018 tot harmonisatie van de begrippen elektronische handtekening en duurzame gegevensdrager en tot opheffing van de belemmeringen voor het sluiten van overeenkomsten langs elektronische weg (BS 10 oktober 2018) wijzigt de definitie van "duurzame drager" die in de W.Verz. wordt gehanteerd. Artikel 30 van deze wet bepaalt: *"In de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen, worden de volgende wijzigingen aangebracht: 1° in artikel 257, wordt de bepaling onder 9° vervangen als volgt: "9° duurzame gegevensdrager: elk instrument zoals gedefinieerd in artikel I.1,15° van het Wetboek van economisch recht"; 2° in artikel 275, §§ 1 en 2, worden de woorden "duurzame drager" vervangen door de woorden "duurzame gegevensdrager."*

Daar deze wet beoogt dat er slechts één definitie van duurzame drager bestaat die voor alle wetgevingen van toepassing is, acht de Commissie het aangewezen om in het Wetboek Verzekeringen de definitie op te nemen die voorzien is in deze wet.

Definitie begrip "schadegeval" – "sinistre"

De Ombudsman vraagt of het niet aangewezen is om een definitie op te nemen van het begrip schadegeval, voor zover er geen bijzondere definitie is voor bepaalde takken, aangezien dit een specifiek begrip is voor verzekeringen. Dit begrip zou kunnen omschreven worden als: *"un sinistre: à l'exception d'une définition spécifique pour une branche d'assurance, un sinistre est la réalisation du risque assuré ou l'arrivée du terme du contrat"*.

Artikel II.3 - Verzekeringsvoorstel en voorafgetekende polis

§2, eerste lid bepaalt dat bij een voorafgetekende polis de overeenkomst tot stand komt "op het ogenblik wanneer de verzekeraar de aanvaarding van de verzekeringnemer ontvangt".

De Commissie vraagt om deze nieuwe bepaling te schrappen en de huidige tekst van artikel 57, §2 W.Verz. te behouden die bepaalt dat bij de voorafgetekende polis de overeenkomst tot stand komt "bij de ondertekening door de verzekeringnemer".

Immers, een essentieel kenmerk van een voorafgetekende polis is dat deze al is aanvaard (en ondertekend) door de verzekeraar en dat de overeenkomst bestaat door de loutere ondertekening door de verzekeringnemer. Bovendien voorziet het voorgestelde artikel II.3, §2, tweede lid, zoals het huidige artikel 57, §2 W.Verz., dat partijen kunnen afwijken van de regel dat de waarborg bij een voorafgetekende polis ingaat de dag volgend op de ontvangst door de verzekeraar van de voorafgetekende polis. In de praktijk wordt daadwerkelijk bedongen dat de waarborg ingaat op het ogenblik van de ondertekening van de voorafgetekende polis door de verzekeringnemer. De voorgestelde bepaling in §2, eerste lid zou een dergelijke mogelijkheid uitsluiten vermits een waarborg niet kan ingaan vooraleer de overeenkomst (waarin die waarborg werd bedongen) tot stand gekomen is.

Anders dan vermeld in de memorie van toelichting, is het bijgevolg niet aangewezen om de algemene regel van overeenkomsten gesloten op afstand toe te passen op de voorafgetekende polis.

§2, derde lid bepaalt dat het recht van opzegging van de verzekeringnemer bij voorafgetekende polis wordt uitgeoefend volgens de voorwaarden bepaald in §3 (dat betrekking heeft op de verzekeringsovereenkomst op afstand).

-Omwille van de leesbaarheid kunnen de opzegmodaliteiten voor de beide situaties opgenomen worden in een afzonderlijke nieuwe paragraaf.

- De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen stellen voor om het begrip "voorafgetekende polis" te vervangen door "voorafgetekende overeenkomst".

Deskundigen verwijzen echter naar de definitie van "polis". Ze zijn van mening dat het begrip "voorafgetekende polis" in overeenstemming is met deze definitie aangezien dit een document is waarin de voorwaarden van de overeenkomst zijn omschreven (instrumentum) en dat reeds ondertekend is door de verzekeraar.

Memorie van toelichting: De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen merken op dat van zodra er in de precontractuele fase een face-to-face contact is geweest, er geen sprake is van een verkoop op afstand van de verzekeringsovereenkomst. In de praktijk zal er vaak nog een face-to-face contact zijn. Zij vragen de memorie van toelichting aan te passen waar deze vermeldt dat in de meerderheid van de gevallen de overeenkomsten gesloten zijn op op afstand.

§4, eerste lid:

Artikel II.3, §4 bepaalt dat de verzekeringnemer voor levensverzekeringen (groepsverzekeringen uitgezonderd) de mogelijkheid moet hebben om de overeenkomst op te zeggen binnen een termijn van 30 dagen na de inwerkingtreding van de overeenkomst. Dit artikel neemt de bepalingen van artikel 57, §3 W.Verz. over.

De Commissie wijst erop dat deze bepaling strijdig is met artikel 186, eerste lid, eerste alinea Richtlijn 2009/138/EG dat bepaalt: *"De lidstaten zorgen ervoor dat verzekeringnemers die een individuele levensverzekeringsovereenkomst aangaan, beschikken over een termijn van 14 tot 30 dagen, te rekenen vanaf het tijdstip waarop zij ervan in kennis zijn gesteld dat de overeenkomst is gesloten, om deze overeenkomst op te zeggen."* (zie tevens Hof van Justitie arrest W. Endress, C-209/12 betreffende de precontractuele informatieplicht inzake het opzeggingrecht van de verzekeringnemer in artikel 15 tweede richtlijn levensverzekeringen 90/619/EEG en artikel 31 derde richtlijn levensverzekering 92/96/EEG).

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen, van de verzekeringstussenpersonen en de deskundigen stellen voor om artikel II.3, §4, eerste lid aan te passen als volgt: *"Voor alle levensverzekeringsovereenkomsten, met uitzondering van de groepsverzekeringen, moet de verzekeringnemer de mogelijkheid hebben de overeenkomst op te zeggen, met onmiddellijk gevolg op het ogenblik van de kennisgeving, binnen een termijn van dertig dagen na de inwerkingtreding van de overeenkomst te rekenen vanaf het tijdstip waarop hij ervan in kennis is gesteld dat de overeenkomst is gesloten."*. Zie tevens *infra*, III.B, artikel II.3, §4.

De vertegenwoordigers van de verbruikers vinden deze interpretatie te restrictief en menen dat de verzekeringnemer, mede op basis van artikel 5 EU richtlijn 93/13 in kennis moet gesteld worden van alle elementen van zijn overeenkomst, met inbegrip van het opzeggingsrecht zelf. Naar hun mening kan de termijn van 30 dagen maar beginnen te lopen vanaf het moment dat hij in kennis werd gesteld van het feit dat de overeenkomst werd gesloten en van het opzeggingsrecht. In het kader van de interne markt beogen deze de verzekeringsrichtlijnen volgens hen om aan de consument een grotere en meer gedifferentieerde keuze te bieden.

§4, vierde lid:

Omwille van de duidelijkheid vragen de vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen, van de verzekeringstussenpersonen en de deskundigen om te preciseren dat bij tak 23 verzekeringen met een overlijdensdekking, de verzekeraar het terug te betalen bedrag "*vermindert met de bedragen die werden verbruikt om het risico te dekken*" – "*déduction faite des sommes consommées pour la couverture du risque*", zoals ook is bepaald in §4, tweede lid voor de tak 21 verzekeringen.

De vertegenwoordigers van de verbruikers menen dat dit voorstel tot aanpassing ingaat tegen de geest van de Europese richtlijn 93/13 en stellen dat de verzekeraar de totale premie dient terug te betalen.

Definitie van verzekeringsaanvraag

Anders dan in artikelen 55, 5° en 57 W.Verz., is in artikel II.3 geen regeling opgenomen betreffende de "verzekeringsaanvraag".

Deskundigen en waarnemers bevestigen dat, zoals de memorie van toelichting verduidelijkt, in de praktijk het begrip "verzekeringsaanvraag" veelal in een andere dan deze wettelijke betekenis wordt gebruikt en veel problemen schept. Dans la définition légale, il s'agit d'une offre provisoire alors que, en pratique, ce qui est proposé par l'assureur est une offre de contracter à titre définitif. Dans les assurances obsèques, par exemple, le document intitulé demande d'assurance contient déjà le montant de la prime et le montant garanti et il est simplement demandé au preneur d'apposer sa signature. Ceci donne l'impression que l'offre au sens juridique du terme émane du preneur. La notion de demande d'assurance est fondamentalement ambiguë alors que la notion de couverture provisoire est claire. Om die reden is er in artikel II.3 geen sprake meer van de verzekeringsaanvraag doch voorziet artikel II.4 een nieuwe regeling voor de voorlopige dekking.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen en van de verbruikers zijn van mening dat die motivering niet beantwoordt aan de praktijk en wensen dat het begrip behouden blijft (zie tevens *infra*, artikel II.4).

Memorie van toelichting

Les représentants des entreprises d'assurance et des intermédiaires, et des experts demandent à préciser dans l'exposé des motifs que les processus de formation réglementés dans le Code ne sont pas limitatifs. Les articles II.3 et II.4 ne mettent pas à mal d'autres techniques pratiquées par les assureurs. De verzekeraar kan bij het sluiten van de verzekeringsovereenkomst vrij bepalen welke formulieren en procedures hij daarbij gebruikt. Echter, wanneer hij gebruik maakt van het verzekeringsvoorstel, de voorafgetekende polis, de

verkoop op afstand, een levensverzekeringsovereenkomst sluit of een voorlopige dekking verleent, dienen de bepalingen van de artikelen II.3 en II.4 te worden nageleefd.

De vertegenwoordigers van de verbruikers gaan niet akkoord met dit voorstel en menen dat dergelijke formulering afbreuk doet aan de dwingende consumentenbescherming die de verzekeringswetgeving volgens hen in elk geval biedt op het vlak van precontractuele informatie, onder meer of het document de kandidaat-verzekeringnemer en de verzekeraar verbindt tot het sluiten van de overeenkomst en inzake de datum van inwerkingtreding van de dekking.

De Ombudsman stelt de vraag of bij gebruik van andere technieken, er nog een bescherming is voor de consument (bv. opzegrecht binnen 14 dagen)?

Artikel II. 4 – Voorlopige dekking en verzekeringsattest

Dit artikel II.4 voorziet een nieuwe regeling wanneer de verzekeraar een voorlopige dekking verleent.

- De Commissie vraagt om in het opschrift van artikel II.4 het begrip “verzekeringsattest” te vervangen door een ander begrip, aangezien dit verwarring schept. Dit begrip “(verzekerings)attest” wordt immers ook gebruikt voor een formulier waarin de verzekeraar ten aanzien van derde (bv. een overheid) verklaart (attesteert) dat er een verzekeringsovereenkomst werd gesloten.

In de memorie van toelichting dient tevens verduidelijkt dat de voorlopige dekking ook bestaat in andere dan verplichte verzekeringen.

- De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen vragen om deze regeling te beperken tot de arbeidsongevallenverzekering (om een einde te maken aan discussies met Fedris over vragen omtrent het risico van niet-verzekering en de verplichting van Fedris om tussen te komen als garantiefonds) en de WAM-verzekering.

Voor de overige verzekeringen vragen deze vertegenwoordigers om de “verzekeringsaanvraag” zoals die vandaag bestaat, te behouden. En effet, la notion de couverture provisoire ne remplace pas de manière adéquate la demande d’assurance telle qu’utilisée régulièrement par les assureurs. Ainsi la couverture provisoire est présentée comme accordée de manière unilatérale par l’assureur. Rien n’est prévu quant à la manière dont l’assuré marque accord sur son contenu notamment sur la prime due pour une telle couverture. En abandonnant la notion de demande d’assurance, on perd tout le régime de formation du contrat qui y était lié. Contrairement à ce qui est mentionné dans l’exposé des motifs, la notion de « demande d’assurance » est régulièrement utilisée dans la pratique.

De vertegenwoordigers van de verbruikers verzoeken om het stelsel van de verzekeringsaanvraag te behouden, desnoods met aanpassingen zodat dit niet meer uitsluitend betrekking heeft op de voorlopige dekking.

Les experts observent cependant que la demande d’assurance est rarement utilisée dans le sens légal (couverture provisoire) ce qui entraîne des confusions. La demande d’assurance se présente parfois comme un document préimprimé où apparaissent déjà tous les éléments

essentiels du contrat à conclure si bien que l'on a l'impression que l'offre, entendue au sens juridique comme une proposition contractuelle complète, émane de l'assuré et non de l'assureur. Le fait de régler distinctement la question de la couverture provisoire rend donc moins nécessaire le maintien de la demande d'assurance. De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen zijn tevens van mening dat het "verzekeringsattest" niet geldt als bewijs van de verzekeringsovereenkomst maar uitsluitend als bewijs van de voorlopige dekking. Zij stellen voor de tekst aan te passen: *"Dit document geldt als bewijs van de voorlopige dekking. Het vermeldt de datum waarop de voorlopige dekking ingaat en, desgevallend, het uur, alsook de datum waarop deze voorlopige dekking eindigt."* Zij gaan niet akkoord met de memorie van toelichting waar die stelt dat er bij afwezigheid van het attest geen voorlopige dekking is maar een overeenkomst die gesloten wordt voor de duur bepaald in de wet. Zij stellen dat er bij gebreke van attest geen sprake is van een verzekeringsovereenkomst. Deze vertegenwoordigers wijzen er op dat de exacte datum waarop de voorlopige dekking zal eindigen niet steeds gekend is. Volgens hen moet het volstaan dat de einddatum op een generieke wijze kan worden omschreven en vragen om dit te preciseren in de memorie van toelichting.

Des experts estiment qu'il est nécessaire de réglementer les couvertures provisoires pour toutes les assurances, puisqu'ils sont très largement pratiquées. L'idée est que la couverture provisoire est un contrat à part entière qui a été conclu et qui accorde une garantie provisoire pendant une durée déterminée en attendant un examen plus approfondi qui débouchera ou non sur un contrat définitif. Comme les deux parties s'engagent réciproquement, l'accord doit exister et doit pouvoir être prouvé. Ce qui est réglé est la question de la preuve et de l'attestation. L'attestation est destinée à faire preuve de la couverture provisoire. S'il n'y a pas de preuve, il n'y a pas de droit. L'attestation de couverture provisoire doit au moins préciser la durée de la garantie. S'il n'y a pas de date précise d'échéance de la couverture provisoire, il faut la considérer comme une couverture définitive et le contrat devrait être réputé conclu pour un an.

De vertegenwoordigers van de verbruikers vragen dat de volgende bewoordingen uit de memorie van toelichting worden opgenomen in artikel II.4: *"er is geen voorlopige dekking indien een attest afwezig is en de verzekeringsovereenkomst is dan gesloten overeenkomstig de duur bepaald in artikel II.48"*.

Artikel II.8 - Medische informatie

Dit artikel II.8 neemt de bepalingen van artikel 61 W.Verz. over, en maakt de regeling eveneens van toepassing op de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst.

Meerdere delegaties stellen voor om af te toetsen bij de bevoegde instantie of deze bepaling in overeenstemming is met de EU Algemene Verordening Gegevensbescherming.

Artikel II.9 - Bewijslast

Dit artikel II.9 voorziet een nieuwe bepaling tot regeling van de bewijslast:

"Het behoort aan de verzekerde om te bewijzen dat hij onder de voorwaarden van de dekking valt."

Het behoort aan de verzekeraar om te bewijzen dat het schadegeval of de geleden schade zijn uitgesloten van de dekking, of dat de verzekerde is vervallen van het recht op deze dekking.” - “Il appartient à l’assuré de démontrer qu’il se trouve dans les conditions de la garantie. Il appartient à l’assureur de démontrer que le risque ou le dommage qui s’est réalisé est exclu de la garantie ou que l’assuré est déchu du droit à cette garantie.”.

De Commissie vraagt om artikel II.9, §1 meer te preciseren.

- De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen en van de verzekeringstussenpersonen alsook de deskundigen stellen voor om het eerste lid als volgt aan te passen: *“Het behoort aan verzekerde of de begunstigde om te bewijzen dat aan de voorwaarden van de dekking is voldaan.” - “Il appartient à l’assuré ou au bénéficiaire de démontrer que les conditions de la garantie sont remplies.”*

Immers, bij niet-levensverzekeringen moet aangetoond worden dat het schadegeval onder de voorwaarden van de dekking valt. Het volstaat niet dat enkel wordt aangetoond dat de verzekerde hieronder valt. Bovendien is het bij levensverzekeringen de begunstigde die dit zal moet aantonen.

Voorname delegaties stellen voor in de memorie van toelichting, in het laatste lid de bewoordingen “of een benadeelde in een aansprakelijkheidsverzekering” te schrappen.

- De vertegenwoordigers van de verbruikers stellen voor om artikel II.9, eerste lid aan te passen als volgt: *“Het behoort aan de verzekerde of de begunstigde om te bewijzen dat het schadegeval overeenstemt met de essentie van het verzekerde gevaar en zich niet heeft voorgedaan buiten de elementaire perken van de dekking” - “Il appartient à l’assuré ou au bénéficiaire de démontrer que le sinistre correspond à l’essence du péril assuré et qu’il ne s’est pas produit en dehors des limites élémentaires de la garantie.”.*

Zij stellen dat het ontwerpboek II op terechte en duidelijke wijze de bewijslast inzake uitsluitingen bij de verzekeraar legt. Zij menen niettemin dat de formulering van het eerste lid van het ontwerp en het voorstel van de andere delegaties (waarbij het aan de verzekerde of de begunstigde toekomt om te bewijzen dat aan “de voorwaarden van de dekking” is voldaan) een uitnodiging vormt voor verzekeraars om uitsluitingen in de toekomst te formuleren als dekkingsvoorwaarden (omdat de bewijslast dan opnieuw bij de verzekerde wordt gelegd). Deze bepaling voert immers naar hun mening een nieuw onderscheid in tussen, enerzijds dekkingsvoorwaarden en anderzijds uitsluitingen (en verval van recht). Zo bv. de diefstalverzekering waarin de uitsluiting van diefstal die zonder braak werd gepleegd, even goed kan worden geformuleerd als een verzekering die alleen diefstal met braak dekt. Zij stellen dat in de rechtsleer reeds voldoende benadrukt werd dat dit onderscheid kunstmatig is en alleen maar afhangt van de manier waarop de polis werd geformuleerd. Nochtans mag het niet louter afhangen van die formulering, gekozen door de verzekeraar, of de bewijslast al dan niet op de verzekerde rust. Zij verwijzen naar de trage totstandkoming van de rechtspraak van het Hof van Cassatie die na decennialange onduidelijkheid geoordeeld heeft dat een uitsluiting waar nodig dient te worden geherkwalificeerd als een verval van recht. Zij vinden dat het ontwerp zo veel als mogelijk duidelijkheid moet bieden om nieuwe en langdurige discussies te vermijden over in welke gevallen een positieve dekkingsomschrijving toch moet

worden beschouwd als een uitsluiting. In het belang van de verzekerden dient op hen slechts de beperkte bewijslast te rusten dat de feiten beantwoorden aan de elementaire kern van de dekking (wat M. Fontaine *“le contenu normal de la garantie promise”* en P. Henry *“les limites normales de la garantie”* hebben genoemd). Zij menen dat het FSMA-standpunt Bewijslast in verzekeringscontracten van 20 september 2018 overeenstemt met hun voorstel en vragen dat naar dit FSMA-standpunt zou worden verwezen in de memorie van toelichting. Deze vertegenwoordigers gaan niet akkoord met de voorgestelde aanpassing in het laatste lid van de memorie van toelichting en stellen dat de bewoordingen correct zijn in de context van de rechtstreekse vordering waarover de benadeelde beschikt tegenover de aansprakelijkheidsverzekeraar.

Les autres délégations estiment qu’il appartiendra au juge de qualifier et que la distinction doit être éclairée par la jurisprudence. Les conditions tendent à déterminer le périmètre de la garantie au premier degré à l’aide de différents critères (biens assurés, responsabilités assurées, périls assurés, étendue de la garantie dans le temps et dans l’espace etc.). A l’intérieur de ce périmètre, l’exclusion de risque vise à réduire la garantie au second degré dans certains cas déterminés (absence de droit à la garantie). La déchéance de garantie est une perte du droit à la garantie en raison d’un manquement contractuel imputable à l’assuré article 65 loi relative aux assurances terrestres). Cela peut difficilement être exprimé dans un texte légal. Zij nemen aan dat de rechtspraak van het hof van Cassatie die oordeelt dat de rechters verplicht zijn om de polisbedingen te herkwalficeren, ook van toepassing is op polisbedingen die uitsluitingen zouden omschrijven als voorwaarden van de omvang van de dekking.

Artikel II.12 – Bewijs en inhoud van de overeenkomst

Artikel II.12, §§1-3 nemen de bepalingen van artikel 64 W.Verz. over.

§2, 1°: De verzekeringsovereenkomst dient de datum te vermelden waarop de overeenkomst is gesloten en de datum waarop de verzekering begint te lopen.

In geval de overeenkomst tot stand komt via een voorafgetekende polis is het evenwel niet mogelijk om een exacte datum in de overeenkomst te vermelden, gezien deze niet gekend is. Het is wel mogelijk om een beschrijving te vermelden in de overeenkomst die toelaat om de exacte datum te bepalen.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen vragen om deze precisering voor de voorafgetekende polis in een afzonderlijk lid in artikel II.12 te preciseren.

§2, 3°: zie *supra*, II.B.4.

§4 is nieuw

§4, eerste lid neemt de bepalingen van artikel 5 KB leven over en breidt het toepassingsgebied uit tot alle verzekeringsovereenkomsten: *“De verzekeraar bezorgt de verzekeringnemer een polis met de tekst van de voorwaarden van de overeenkomst.”*.

- De Commissie stelt voor om de verplichting uit te breiden tot de gevallen van wijziging van de overeenkomst: *“De verzekeraar bezorgt de verzekeringnemer een polis met de tekst van de voorwaarden van de overeenkomst, of van de wijzigingen ervan”*.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen verduidelijken dat wanneer de verzekeraar wijzigingen communiceert aan de verzekeringnemer, zij in de regel geen gecoördineerde versie van de polis meedelen maar enkel de wijzigingen van de bestaande polis. Zij stellen daarom voor om de woorden "een polis met" te schrappen.

- De vertegenwoordigers van de verbruikers merken op dat deze bepaling geen uiterlijk tijdstip vermeldt waarop de verzekeraar deze verplichting moet nakomen, zodat de plicht moeilijk afdwingbaar is. In het geval in Boek I de definitie van "polis" zou worden geschrapt, kan deze bepaling naar hun mening ook worden ingekort als volgt: "De verzekeraar bezorgt de verzekeringnemer de tekst van de voorwaarden van de overeenkomst te gelegener tijd voordat de verzekeringnemer gebonden is door de overeenkomst, of onmiddellijk erna in de gevallen beoogd door artikel VI.57, §2 van het Wetboek van Economisch Recht."

§4, tweede lid is gesteund op het ontwerp van wet gehecht aan het advies van de Commissie voor Verzekeringen C/2011/4 en bepaalt: *"De verzekeringnemer kan op eenvoudig verzoek en te allen tijde een afschrift op papier van de polis met de tekst van de overeenkomst of van de wijzigingen ervan bekomen. Een eerste exemplaar wordt hem kosteloos verstrekt."*

- De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen wijzen op de toenemende digitalisering, alsook op de hoge administratieve kost van het overmaken van afschriften op papier. Zij vragen duidelijker te preciseren in de memorie van toelichting dat een papieren versie enkel op verzoek van de verzekeringnemer kan worden overgemaakt en dat enkel het eerste exemplaar kosteloos is.

- De vertegenwoordigers van de verbruikers vragen dat ook rekening gehouden wordt met verzekeringnemers die niet digitaal (wensen te) werken. Zij vragen tevens dat de verzekeraar de verzekeringnemer dient te informeren over de mogelijkheid om steeds een papieren afschrift van de polis te bekomen en dat deze steeds kosteloos worden verstrekt. Zij stellen als aanpassing voor: "De verzekeraar informeert de verzekeringnemer erover dat hij op eenvoudig verzoek en te allen tijde een afschrift op papier van de polis met de tekst van de overeenkomst of van de wijzigingen ervan kan bekomen. De opgevraagde exemplaren worden hem steeds kosteloos verstrekt, zowel bij het sluiten van de overeenkomst als bij iedere wijziging ervan."

Deskundigen verwijzen naar de uitgebreide Mifid-informatieplichten. Om duidelijker te preciseren dat enkel het eerste exemplaar kosteloos verstrekt wordt kunnen in het tweede lid de bewoordingen "Een eerste exemplaar" – "Un premier exemplaire" worden vervangen door "Het eerste exemplaar"- "Le premier exemplaire".

Memorie van toelichting:

In het tweede lid dient de verwijzing naar "§5" te worden vervangen door "§4, tweede lid".

Artikel II.13 - Archivering van modellen van documenten

Dit artikel II.13 is gesteund op het ontwerp van wet gehecht aan het advies van de Commissie voor Verzekeringen C/2011/4 en maakt de regeling algemeen van toepassing en niet enkel in de gevallen waarin gebruik wordt gemaakt van de voorgestelde alternatieve regeling van het bewijs van het bestaan en de wijziging van de verzekeringsovereenkomst.

De memorie van toelichting verduidelijkt dat dit artikel de verzekeraar de verplichting oplegt om de documenten te archiveren die worden gebruikt in de contractuele relaties en dit op zodanige wijze dat iedere verzekerde steeds toegang heeft tot de voorwaarden van zijn verzekeringsovereenkomst en iedere discussie tussen partijen over de op een bepaald ogenblik toepasselijke verzekeringsvoorwaarden wordt voorkomen. Deze archivering moet gebeuren conform de reglementering betreffende de elektronische identificatie en vertrouwensdiensten voor elektronische transacties.

De memorie van toelichting bij het ontwerp gehecht aan het advies van de Commissie voor Verzekeringen C/2011/4 (p. 28) vermeldt ter zake: "Deze archiveringsplicht kadert in de bescherming van de verzekeringnemer en beoogt ieder discussie tussen partijen over de op een bepaald ogenblik toepasselijk verzekeringsvoorwaarden te voorkomen. Door de datering van de stukken, de beschrijving van het toepassingsgebied van de neergelegde documenten, het toekennen van een unieke code en de periode dat zij toegepast worden/werden, kan de verzekeringnemer steeds kennis hebben van welke voorwaarden op welk ogenblik bedongen zijn in zijn verzekeringsovereenkomst (...) De archivering dient de garantie te bieden dat de gearchiveerde documenten en voorwaarden niet meer gewijzigd kunnen worden, dat de verzekeringnemer op een eenvoudige manier de op zijn overeenkomst toepasselijke voorwaarden kan consulteren, met inbegrip van de historiek van zijn lopende en beëindigde overeenkomst." - "Cette obligation d'archivage s'inscrit dans le cadre de la protection du preneur d'assurance et vise à prévenir toute discussion entre les parties quant aux conditions d'assurance applicables à un moment donné. Grâce à la datation des documents, à la description du champ d'application des documents déposés, à l'octroi d'un code unique et à l'indication de la période pour laquelle elles sont/ont été appliquées, le preneur d'assurance peut en permanence savoir quelles conditions ont été stipulées dans son contrat d'assurance et à quel moment elles l'ont été (...) L'archivage doit apporter la garantie que les documents et conditions archivés ne pourront plus être modifiés et que le preneur d'assurance pourra consulter aisément les conditions applicables à son contrat, y compris l'historique de son contrat en cours et du contrat auquel il a été mis fin. ».

§1 bepaalt: *"De door de verzekeraar gebruikte documenten moeten op een duurzame drager gearchiveerd en gedateerd worden. De archivering en datering geldt voor de algemene en speciale voorwaarden, de voorgestelde wijzigingen en een model van de documenten waarop zich de, krachtens de artikelen II.15 en II.20, aan de verzekeringnemers meegedeelde inlichtingen bevinden."*

- De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen en tussenpersonen, alsook de deskundigen vragen om: het woord "voorgestelde" – "proposées" te schrappen.

- De Commissie vraagt om:

- na "artikelen II.15" toe te voegen: "II.17";

- in Boek I een definitie op te nemen van het begrip "speciale voorwaarden" – "conditions spéciales". Hiervoor kan verwezen worden naar de memorie van toelichting bij het ontwerp van wet gehecht aan het advies van de Commissie voor Verzekeringen C/2011/4 (p. 8): "Onder speciale voorwaarden verstaat men de voorwaarden "die lijken op de algemene voorwaarden maar enkel van toepassing zijn op een categorie van vooraf vastgelegde risico's" (P. Bruyère, Lexique juridique. Assurances de dommages, Louvain la Neuve, Anthemis, 2008, p. 49).

Een voorbeeld van algemene voorwaarden zijn de voorwaarden van de overeenkomst BA motorrijtuigenverzekering die van toepassing zijn op alle motorrijtuigen. De bonus-malusbepalingen die enkel van toepassing zijn op motorrijtuigen toerisme en zaken zijn speciale voorwaarden." – "Par conditions générales, l'on entend les conditions "qui s'appliquent à l'ensemble des contrats visant des situations identiques ou similaires". Par conditions spéciales, l'on entend les conditions "qui s'apparentent aux conditions générales, mais s'appliquent seulement à une catégorie de risques prédéfinis" (P. Bruyère, Lexique juridique. Assurances de dommages, Louvain la Neuve, Anthemis, 2008, p. 49). L'on peut, à titre d'exemple, citer comme conditions générales les conditions du contrat d'assurance RC automobile qui sont applicables à tous les véhicules automoteurs. Les clauses bonus-malus qui s'appliquent uniquement aux véhicules de tourisme et utilitaires sont des conditions spéciales. ».

De speciale voorwaarden mogen niet verward worden met de bijzondere voorwaarden.

- De vertegenwoordigers van de verbruikers gaan niet akkoord met het voorgestelde artikel II.13, §1 waar dit bepaalt dat de verzekeraar een model van de documenten archiveert, waarop zich de inlichtingen bevinden die aan de verzekeringnemers werden meegedeeld bij het sluiten van de overeenkomst en bij de herinneringsprocedure in het kader van de wijziging van de overeenkomst. Voor hen kan het niet dat bewijskracht wordt verleend aan een model van een document in plaats van aan het eigenlijke document dat aan een verzekeringnemer werd overgemaakt. Zij stellen dat dit de zeggende bewijslast uitholt die, volgens andere bepalingen van Boek II, op de verzekeraar rust inzake de naleving van zijn informatieverplichtingen. Zij stellen bovendien dat de memorie van toelichting vermeldt dat op de verzekeraar de verplichting rust om de verzekeringsvoorwaarden van ieder individueel contract te archiveren op zodanige wijze dat gegarandeerd is dat iedere verzekerde steeds toegang heeft tot de geldende voorwaarden van zijn verzekeringsovereenkomst en tot de historiek, en vragen deze verplichting te formuleren in artikel II.13.

- Les représentants des entreprises d'assurance demandent à modifier l'exposé des motifs. Selon eux, le texte va bien au-delà du prescrit de l'article II.13, puisqu'il évoque un accès permanent et sécurisé du preneur à ses documents archivés, ce que l'article en question ne prévoit nullement. Ces passages sont repris de manière inadéquate du texte annexé à l'avis précité de la Commission des assurances. Ils sont spécifiques aux sous-sections suivantes relatives au régime alternatif de preuve d'un contrat par le biais du paiement de la prime.

- De deskundigen wijzen erop dat artikel II.13, §1 de bepaling overneemt van artikel 10nonies, §1 van het ontwerp van wet gehecht aan het advies van de Commissie voor Verzekeringen C/

C/2011/4 en dat de memorie van toelichting bij artikel 10^{onies} vermeldt (p. 28): *“Deze archiveringsplicht kadert in de bescherming van de verzekeringnemer en beoogt ieder discussie tussen partijen over de op een bepaald ogenblik toepasselijk verzekeringsvoorwaarden te voorkomen. Door de datering van de stukken, de beschrijving van het toepassingsgebied van de neergelegde documenten, het toekennen van een unieke code en de periode dat zij toegepast worden/werden, kan de verzekeringnemer steeds kennis hebben van welke voorwaarden op welk ogenblik bedongen zijn in zijn verzekeringsovereenkomst.”*. Uit deze toelichting blijkt duidelijk dat ook artikel 10^{onies}, §1 beoogt om de verzekerde steeds toegang te geven tot de documenten betreffende zijn individuele overeenkomst. Inzoverre deze bedoeling niet duidelijk blijkt uit artikel II.13, §1 dient dit verduidelijkt te worden. Bovendien is artikel II.13 opgenomen onder Onderafdeling I. Algemene bepalingen van Afdeling III van Hoofdstuk I. Bepalingen betreffende alle verzekeringsovereenkomsten, zodat de toepassing van artikel II.13 niet beperkt is tot de situaties waarin de alternatieve bewijsregeling wordt toegepast.

- La FSMA demande de pouvoir avoir accès aux documents en cas de prestataire autre qu'une entité sous statuts de la FSMA. Zij merkt op dat er een overlap is tussen de toepasselijke regeling van de outsourcing (artikel IV.6) en artikel II.13. Deze artikelen moeten op elkaar worden afgestemd. L'objectif est qu'il n'y ait pas de doute quant aux conditions applicables au preneur d'assurance. Il faut éviter qu'une autre disposition n'impose une obligation d'archivage autre part. Zie hiervoor het tweede advies dat de Commissie voor Verzekeringen zal geven betreffende de Boeken IV tot en met VI, en de aanpassing van artikel IV.6.

§2 bepaalt de voorwaarden waaraan de archivering moet voldoen.

La Commission signale que l'obligation de recourir à un service d'archivage qualifié lorsqu'il s'agit de se conformer à une obligation légale de conservation de documents est déjà prévue, de manière générale, par le Code de droit économique (art. XII-25, § 5, al 3 CDE). L'entrée en vigueur de cette disposition est toutefois suspendue et ce, selon les propos du ministre de l'Agenda numérique tenus lors des travaux parlementaires, tant qu'il n'y aura pas une offre suffisante et compétitive de services qualifiés sur le marché (Rapport de la Commission de l'Infrastructure de la Chambre, doc. Chambre 54 1893/02 du 4 juillet 2016, p. 7). L'arrêté royal définissant les normes techniques et organisationnelles à respecter pour obtenir la qualité de service « qualifié » n'a d'ailleurs pas encore été pris. Il est dès lors indispensable de disposer clairement que l'obligation de recourir à des services d'archivage qualifiés prévue à l'article II.13 § 2 du projet de Code des assurances n'entrera pas en vigueur avant l'obligation générale analogue prévue par le Code de droit économique, c'est-à-dire tant qu'il n'y aura pas une offre suffisante et compétitive de services qualifiés sur le marché.

De vertegenwoordigers van de gebruikers vragen dat de verzekeraars de alternatieve bewijsregeling, zoals bepaald in de artikelen II.15-II.22, in geen geval mogen toepassen alvorens de bepalingen inzake de gekwalificeerde vertrouwensdiensten in werking zijn getreden. Deze vraag is ondergeschikt aan hun verzet tegen de invoering van deze alternatieve regeling (zie *infra*).

Artikel II.14 – Mededeling van de voorwaarden van de dekking

Dit artikel II.14 wijzigt artikel 78 W.Verz. en bepaalt: *“Iedere verzekerde, begunstigde of benadeelde die een recht zou kunnen laten gelden, heeft recht om van de verzekeringnemer, of zo nodig van de verzekeraar mededeling te krijgen van de voorwaarden van deze dekking.”*

- Om coherent te zijn met de Franse versie vraagt de Commissie om de Nederlandse tekst als volgt aan te passen: *“Iedere verzekerde, ..., die een recht op de dekking ~~zou kunnen~~ kan laten gelden, heeft het recht van de verzekeringnemer, of, ~~zo nodig~~ wanneer deze in gebreke blijft, van de verzekeraar”*.

- De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen wijzen er op dat de verzekeringnemer steeds het recht heeft om de begunstigde in een levensverzekering te wijzigen. Omwille van de privacy van de verzekeringnemer zijn zij van mening dat de voorwaarden van de dekking niet zomaar aan de begunstigde kunnen worden gegeven (zo weet de betrokkene immers dat hij begunstigde is). Zij vragen om het recht van de begunstigde te beperken tot die situaties waarin hij er daadwerkelijk belang bij heeft om de voorwaarden te kennen, nl. de begunstigten die onder bezwarende titel recht hebben op de dekking van een verzekering, zoals voorzien door in artikel 78 W.Verz., en de begunstigten nadat het verzekerde risico zich heeft voorgedaan.

Deskundigen zijn van mening dat de tekst reeds een antwoord biedt op de vraag van de vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen en dit belang in hoofde van de begunstigde in de tekst is verwoord in *“die een recht op de dekking kan laten gelden”* – *“qui peut prétendre à la garantie”*.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen vragen om deze precisering in de memorie van toelichting op te nemen.

Artikelen II.15 – II.22 – Bepalingen eigen aan het bewijs van het bestaan en de inhoud van de verzekeringsovereenkomst door de betaling van de premie bij het sluiten van de overeenkomst/bij wijziging van de overeenkomst

Algemene bemerking

De artikelen II.15 – II.22 zijn overgenomen uit het ontwerp van wet gehecht aan het advies van de Commissie voor verzekeringen 2011/4.

De vertegenwoordigers van de verbruikers verwijzen naar hun standpunt in het advies van de Commissie voor verzekeringen 2011/4 en herhalen dat de huidige regeling inzake het schriftelijk bewijs (zoals bepaald in artikel II.12) als enige regeling moet worden behouden, zonder de mogelijkheid van een alternatief systeem zoals bepaald in de artikelen II.15 – II.22. Naar hun mening betekent dit alternatief systeem minder bescherming voor de consument. Het klassieke systeem betreft een normale bewijsregeling, het alternatieve systeem betreft een zeer lichte bewijsregeling. Volgens hen werd het belang van een uitdrukkelijke toestemming van de consument de voorbije jaren opnieuw erkend op verschillende maatschappelijke vlakken, bv. de verwerking van gevoelige persoonsgegevens in het kader

van de GDPR. Zij menen dat deze regeling niet noodzakelijk is voor het online sluiten van verzekeringen en zorgt voor een groot onevenwicht tussen het belang van de verzekeringnemer en van de verzekeraar. Zij menen dat deze regeling het de verzekeraars zal mogelijk maken om hun dekking te beperken, even vaak als zij nu de premies kunnen verhogen. Indien de verzekeraars de huidige wetsbepalingen inzake het schriftelijk bewijs niet toepassen is dit naar hun mening geen afdoende argumentering om de wet te wijzigen maar is striktere handhaving van de wetgeving nodig.

De hierna door deze vertegenwoordigers voorgestelde aanpassingen blijven derhalve volledig ondergeschikt aan hun verzet tegen de invoering van deze regeling.

De andere delegaties verwijzen eveneens naar hun standpunt in het advies van de Commissie voor verzekeringen 2011/4 en bevestigen het belang en de argumenten tot invoering van deze alternatieve bewijsregeling. Zij verwijzen naar de memorie van toelichting waarin tevens is gesteld dat in de praktijk ook verzekeringnemers de huidige wetgeving niet toepassen. Zij brengen in herinnering dat de voorgestelde alternatieve bewijsregeling het voorwerp is geweest van uitvoerige besprekingen in de Commissie voor verzekeringen (voorbereid in een werkgroep) van 2004 tot en met 2013. Zij benadrukken dat deze regeling geen afbreuk doet aan het consensueel karakter van een verzekeringsovereenkomst en de betaling van de premie enkel geldt als bewijs van de aanvaarding door de verzekeringnemer van het bestaan en de inhoud van de (wijzigingen van de) verzekeringsovereenkomst.

Zij gaan niet akkoord met de hierna door de vertegenwoordigers van de verbruikers voorgestelde aanpassingen.

Artikel II.15 en artikel II.17– Informatieverplichting van de verzekeraar

Artikel II.15, §1 bepaalt: *“In afwijking van artikel II.12, §1, eerste lid, geldt de betaling van de premie als bewijs van de aanvaarding door de verzekeringnemer van het bestaan en de inhoud van de verzekeringsovereenkomst, mits de verzekeraar de verplichtingen bepaald in paragraaf 2 heeft nageleefd.”*

Artikel II.17, §1, eerste lid bepaalt: *“In afwijking van artikel II.12, §1, eerste lid, geldt de betaling van de premie als bewijs van de aanvaarding door de verzekeringnemer van het bestaan en de inhoud van de wijzigingen van de verzekeringsovereenkomst, mits de verzekeraar de verplichtingen bepaald in paragraaf 2 en de artikelen II.18 tot en met II.22 werden nageleefd. In afwijking van de termijn bepaald in artikel II.48 kan deze regeling toegepast worden op de jaarlijkse vervaldag van de verzekeringsovereenkomst.”*

- De vertegenwoordigers van de verbruikers vinden dat de alternatieve bewijsregeling uitsluitend mogelijk kan zijn mits de voorafgaande uitdrukkelijke en schriftelijke instemming van de verzekeringnemer, wat zij een initiële instemming noemen. Zij vragen dat de verzekeraar duidelijk aan de verzekeringnemer laat weten of hij de alternatieve regeling ook wenst toe te passen voor toekomstige wijzigingen van de overeenkomst. Indien de verzekeringnemer geen uitdrukkelijke en schriftelijke voorafgaande instemming heeft gegeven, dient het klassieke bewijssysteem van artikel II.12 van toepassing te zijn. Zij stellen voor artikel II.17, §1, eerste lid te wijzigen als volgt: *“In afwijking van artikel II.12, § 1, eerste lid, geldt de betaling van de premie als bewijs van de aanvaarding door de verzekeringnemer*

van het bestaan en de inhoud van de wijzigingen van de verzekeringsovereenkomst, mits de verzekeringnemer hiermee uitdrukkelijk en schriftelijk heeft ingestemd in de overeenkomst en mits de verplichtingen in paragraaf 2 en de artikelen II.18 tot en met II.22 werden nageleefd (...)." In de memorie van toelichting zou dan moeten worden verduidelijkt dat bij gebrek aan instemming artikel II.12 van toepassing is.

- Deze vertegenwoordigers van de verbruikers menen dat artikel II.17, §1, tweede lid ("*Deze paragraaf doet geen afbreuk aan wettelijke en reglementaire bepalingen die de wijziging van een bestaande overeenkomst verbieden of beperken*") onvoldoende duidelijk is en vragen om expliciet te vermelden dat levensverzekeringen uitgesloten zijn van het toepassingsgebied van de alternatieve regeling. Het moet voor hen duidelijk zijn dat de verzekeraar bv. de gewaarborgde intrestvoet of de toeslagen die bij het sluiten van de levensverzekeringsovereenkomst werden bedongen niet in het nadeel van de consument kunnen worden gewijzigd.

Deskundigen zijn van mening dat het voorgestelde artikel II.17, §1, tweede lid duidelijk is. Bovendien zou het expliciteren van de levensverzekeringen *a contrario* kunnen geïnterpreteerd worden in de zin dat andere verzekeringen wel kunnen gewijzigd worden, zoals de niet-beroepsgebonden ziekteverzekeringen. Een opsomming van verzekeringen houdt het gevaar in van onvolledigheid, of dat wordt vergeten om deze aan te passen bij toekomstige wetswijzigingen.

Artikel II.15, §2 – artikel II.17, §2 bepalen de informatieverplichting die de verzekeraar moet naleven opdat de betaling van de premie zou gelden als bewijs van de aanvaarding door de verzekeringnemer van het bestaan en de inhoud van de overeenkomst/wijziging van de overeenkomst.

- De vertegenwoordigers van de verbruikers benadrukken dat het betalen van de premie volgens de alternatieve regeling concreet betekent dat de verzekeringnemer kennis heeft genomen van de algemene, speciale en bijzondere voorwaarden/de wijzigingen ervan, alsook deze aanvaard heeft. Zij zijn van mening dat artikel II.15, §2 en artikel II.17, §2 een zeer lichte informatieverplichting voor de verzekeraar inhoudt en dat het Europees recht (artikel 5, lid 1 EU Richtlijn verkoop op afstand van financiële diensten; HvJ 21 maart 2013, C-92/11, RWE en HvJ 30 april 2014, C-26/13, Kasler) vereist dat de verzekeringsovereenkomst en de algemene, speciale en bijzondere voorwaarden, en de wijzigingen ervan, actief moeten bezorgd worden aan de verzekeringnemer. Volgens hen blijkt uit artikel II.15, §2, 3° en artikel II.17, §2, 4° dat de verzekeraar de tekst niet moet bezorgen maar zich kan beperken tot het verwijzen naar een vindplaats en hebben deze specifieke bepalingen volgens hen, binnen het kader van de nieuwe regeling, voorrang op het algemene artikel II.12, §4.

Deskundigen merken op dat de bepaling van artikel II.12, §4 ("*De verzekeraar bezorgt de verzekeringnemer een polis met de tekst van de voorwaarden van de overeenkomst*") onverkort van toepassing is in geval gebruik wordt gemaakt van de alternatieve bewijsregeling. Artikel II.15, §1 en artikel II.17, §1 bepalen immers uitdrukkelijk dat de alternatieve bewijsregeling enkel afwijkt van artikel II.12, §1, eerste lid.

§2, tweede lid:

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen zijn van mening dat de Nederlandse en de Franse versie van de tekst niet volledig coherent zijn. In de Franse tekst wordt gesproken over "*dans l'avis d'échéance de la prime ou dans l'annexe à cet avis*", en de Nederlandse versie bepaalt "*op of hecht deze aan het premievervaldagbericht.*" Zij vragen om de Nederlandse tekst aan te passen overeenkomstig de Franse versie. En outre, ils estiment que le texte devrait se référer à l'avis d'échéance *éventuel*, ou mentionner les mots *le cas échéant*, afin de permettre l'application du régime alternatif de preuve en assurance vie, où il n'y a généralement pas d'avis d'échéance.

De vertegenwoordigers van de verbruikers wijzen erop dat de alternatieve regeling niet mag toegepast worden om lopende verzekeringsovereenkomsten te wijzigen (bv. gewaarborgde interestvoet of toeslagen niet wijzigen in het nadeel van de consument).

De deskundigen vragen om de Franse versie in overeenstemming te brengen met de Nederlandse versie daar dit de oorspronkelijke tekst is van het ontwerp van wet bij het advies van de Commissie voor verzekeringen 2011/4. Het woord "aanhechten" betekent dat de documenten aan elkaar hangen zodat er geen discussie kan zijn over de inhoud en het aantal meegedeelde pagina's.

Artikel II.15, §2, derde lid bepaalt dat de verzekeraar de informatie over de essentiële kenmerken van de voorgestelde verzekeringsovereenkomst (bedoeld in artikel II.15, §1, tweede lid, 1°) niet moet vermelden op, of hechten aan, het premievervaldagbericht wanneer hij de algemene en speciale voorwaarden aan de verzekeringnemer meedeelt op enige duurzame drager of ter beschikking stelt op een website die voldoet aan de voorwaarden van artikel II.13.

- De vertegenwoordigers van de verbruikers vinden het onvoldoende om deze documenten op een website ter beschikking te stellen wanneer het gaat om het sluiten van een overeenkomst en gaan niet akkoord met deze afwijking. Zij merken op dat het louter verwijzen naar een website volgens de memorie van toelichting juist deel uitmaakt van de huidige problemen inzake informatievertrekking. Bovendien kan volgens hen het zgn. IPID-document niet voldoen aan het in de memorie van toelichting vermelde modelformulier dat de Koning zou kunnen opleggen omdat dit niet steeds alle essentiële kenmerken bevat van de voorgestelde overeenkomst. Zo behoort volgens hen het systeem van de premieverhoging bij schadegeval in de WAM-verzekering tot de essentiële kenmerken maar is dit geen categorie van het IPID.

- Les représentants des entreprises d'assurance estiment que dans un souci de sécurité juridique, l'exposé des motifs devrait préciser si le document dit IPID répond oui ou non à l'exigence de reprendre les caractéristiques essentielles du contrat d'assurance proposé comme prévu à l'article II.15, §2, 1°. En outre, ils demandent que l'exposé des motifs précise que l'obligation de reprendre les informations mentionnées (article II.15, §2, al. 2) ne concerne que le premier avis d'échéance émis à la suite de la conclusion du contrat, et non les avis émis les années suivantes, au cours de la vie du contrat. Hetzelfde geldt voor de

bijzondere voorwaarden, die ook enkel bij het eerste vervaldagbericht volgend op de sluiting van de overeenkomst, moeten gehecht worden.

Artikel II.15, §3 kent aan de Koning bevoegdheid toe om de vorm en de inhoud van de te verstrekken informatie geheel of gedeeltelijk te bepalen.

De vertegenwoordigers van de verbruikers vragen dat de Koning hiervan gebruik zou maken gezien de naar hun mening zeer algemeen omschreven informatieverplichting in artikel II.15, bv. het opleggen van een modelformulier. Dit koninklijk besluit zou in werking moeten treden uiterlijk zodra artikel II.15 in werking treedt.

Artikel II.16

3^e lid:

Zelfde opmerking bij artikel II.18 en artikel II.21, 3e lid.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen menen dat de beide taalversies niet helemaal coherent zijn en vragen dat, om coherent te zijn met de Franse tekst, de laatste zin in het Nederlands wordt aangepast: *“De uitwerking gaat ten vroegste in op de jaarlijkse vervaldag van de overeenkomst vermeld in waarop het vervaldagbericht ~~betrekking heeft~~.”*

De vertegenwoordigers van de verbruikers en de deskundigen vragen om de Nederlandse tekst te behouden en de Franse versie in overeenstemming te brengen met de Nederlandse versie. De Nederlandse versie is de oorspronkelijke tekst van het ontwerp van wet gehecht aan het advies van de Commissie voor verzekeringen 2011/4.

Exposé des motifs:

Remplacer les mots « la inopposabilité » par « l'inopposabilité ».

Artikel II.17, §2

De vertegenwoordigers van de verbruikers zijn van mening dat het essentieel is dat de verzekeringnemer daadwerkelijk kennis kan nemen van de voorgestelde wijzigingen van de verzekeringsovereenkomst op het premieervaldagbericht en zijn aandacht hierop wordt getrokken, bv. in een kader en vetgedrukt. Zij menen dat de vorm van die informatieverstrekking moet bepaald worden in een koninklijk besluit in uitvoering van artikel II.17, §3 en dit KB in werking moet treden uiterlijk gelijktijdig met artikel II.17.

Naar hun mening legt dit artikel geen juridische verplichting op voor verzekeraars om een premieervaldagbericht te bezorgen voor de jaarlijkse vervaldag, anders dan vermeld in de memorie van toelichting. Indien het ontwerp beoogt dat de informatie aan de verzekeringnemer verstrekt wordt voor de jaarlijkse vervaldag van de lopende overeenkomst, menen zij dat die verplichting in de wettekst moet geformuleerd worden. Zij vragen dat in artikel II.17, §2 een punt 5° wordt toegevoegd zodat de verzekeringnemer correct zou worden geïnformeerd in geval van domiciliëring (zie *infra*, artikel II.22).

Artikel II.19 - Weigering van de wijzigingen en opzeggingsrecht

- De Commissie voor verzekeringen vraagt om in artikel II.19 en in de memorie van toelichting, zevende lid en laatste lid de termijn van "twee maanden" te vervangen door "drie maanden", conform de gevraagde aanpassing van de termijn in artikel II.48.

- De vertegenwoordigers van de verbruikers verwijzen naar de memorie van toelichting waar deze stelt dat een niet-naleving door de verzekeringnemer van de vormvereisten voor de weigering gelijkgesteld wordt met een afwezigheid van reactie ("de verzekeraar zonder bericht laten"). Hierna kan meteen de herinneringsprocedure worden gestart. Zij zijn van mening dat dit niet aanvaardbaar is voor de consument: hoe kan de verzekeringnemer de vormvereisten voor de weigering correct naleven indien hij niet werd geïnformeerd over zijn weigeringsrecht en de geldige uitoefeningswijze ervan? Hetzelfde geldt volgens hen voor artikel II.22, §2, eerste lid. Dat er onmiddellijk een herinneringsprocedure zou worden gestart, is volgens hen strijden met ongelijke wapens. Volgens hen werd in artikel 10quater van het ontwerp van wet gehecht aan het advies van de Commissie C/2011/4 de weigeringsmogelijkheid niet voorzien om de verzekeringnemer er niet toe te verplichten de overeenkomst op te zeggen terwijl hij ze eigenlijk ongewijzigd wenst te behouden. Ofwel dient de verzekeringnemer dus geïnformeerd te worden over het weigeringsrecht, ofwel zouden er geen formele vormvereisten verbonden mogen worden aan de weigering van wijzigingen van de overeenkomst. Deze vertegenwoordigers zijn tevens van mening dat de memorie van toelichting een onjuiste verantwoording geeft voor de afwezigheid van een informatieplicht over het recht op weigering en ten onrechte stelt dat "de verzekeringnemers zo snel mogelijk de beëindiging van een overeenkomst wensen". Naar hun mening wenst de verzekeringnemer, die de voorgestelde wijzigingen niet wil aanvaarden, alleen dat zijn overeenkomst ongewijzigd zou behouden blijven. In ondergeschikte orde, als de vormvereisten toch zouden blijven gelden voor de weigering door de verzekeringnemer, zou in §3, inzake de verzekeringnemer die vraagt om vervroegde uitwerking van de opzegging, de formulering "overeenkomstig de modaliteiten van artikel II.49" beter vervangen worden door "meegedeeld bij een aangetekende zending, bij deurwaardersexploot of door afgifte van een brief tegen ontvangstbewijs".

Deskundigen wijzen er op dat artikel II.19 een onderscheid maakt tussen de weigering door de verzekeringnemer en de opzegging van de overeenkomst door de verzekeringnemer. In beide gevallen gelden de voorwaarden van artikel II.49, §1, eerste lid ter bescherming van de verzekeringnemer zodat hij een bewijs heeft van zijn kennisgeving/opzegging en van de datum. Zij merken op dat de Nederlandse versie van de memorie van toelichting, tweede lid, niet correct is en als volgt dient aangepast te worden aan de Franse versie: *"Bovendien wensen de verzekeringnemers die een einde maken aan hun verzekeringsovereenkomst dat deze zo snel mogelijk een einde neemt, terwijl de weigering de overeenkomst nog een tijd(je) verlengt"* (*"A cela s'ajoute que les preneurs d'assurance mettant fin à leur contrat souhaitent que la résiliation intervienne le plus rapidement possible, alors qu'un refus prolongerait le contrat encore pour quelque temps"*). Bovendien is de verplichting in hoofde van de verzekeraar in artikel II.19 om de herinneringsprocedure in te leiden wanneer de verzekeringnemer de

formele voorwaarden van een weigering niet naleeft net een maatregel ter bescherming van de verzekeringnemer. Immers, deze situatie wordt gelijkgesteld met een situatie waarin de verzekeraar niets van de verzekeringnemer heeft vernomen en de verzekeraar bij gebreke van een aangetekend premievervaldagbericht niet kan bewijzen dat hij een vervaldagbericht heeft verstuurd. De verzekeraar kan in deze gevallen aan de verzekeringnemer geen ingebrekestelling sturen tot betaling van de premie, doch moet eerst de herinneringsprocedure doorlopen en ondertussen blijft de verzekeringsovereenkomst bestaan aan de oude voorwaarden (zie memorie van toelichting bij artikel II.20).

Artikel II.20, §3 - Herinneringsprocedure bij wijziging van de overeenkomst

§3, 4° bepaalt dat de verzekeraar in de herinnering vermeldt *"het feit dat de verzekeraar bij niet-betaling van de premie de overeenkomst opzegt"*.

- Krachtens de tweede paragraaf heeft de verzekeraar het recht om de overeenkomst op te zeggen, maar is hij hiertoe niet verplicht. Om dit tot uiting te laten komen in de vermeldingen van de herinneringsbrief, wordt voorgesteld om §3, 4° aan te passen: *"in voorkomend geval, het feit dat de verzekeraar bij niet-betaling van de premie de overeenkomst opzegt."*

- De vertegenwoordigers van de verbruikers menen dat deze formulering dubbelzinnig is en gevaarlijk voor de consument die de indruk kan krijgen dat bij niet-betaling van de premie, de verzekeraar nog een opzegbrief zal sturen alvorens de overeenkomst te beëindigen, terwijl uit de memorie van toelichting blijkt dat deze formulering toelaat dat de overeenkomst eindigt na het verstrijken van de termijn waarbinnen de premie kon worden betaald. Zij stellen voor punt 4° als volgt aan te passen: *"in voorkomend geval, het feit dat de verzekeraar bij niet-betaling van de premie de overeenkomst opzegt en dat deze opzegging uitwerking heeft vanaf de dag volgend op de dag waarop de termijn eindigt, zonder dat dit afbreuk doet aan de dekking die betrekking heeft op een verzekerd voorval dat zich voordien heeft voorgedaan;"* (cf. Artikel II.34, derde lid).

Deze vertegenwoordigers vragen bovendien dat in artikel II.20, §3 een punt 6° wordt toegevoegd zodat de verzekeringnemer correct zou geïnformeerd worden in geval van domiciliëring (zie *infra*, artikel II.22).

Artikel II.22 – Domiciliëring

Dit artikel regelt de situatie waarin de verzekeringnemer de premie betaalt via domiciliëring.

- De Commissie voor verzekeringen vraagt om in dit artikel II.22 en in de memorie van toelichting de termijn van "twee maanden" te vervangen door "drie maanden", conform de gevraagde aanpassing van de termijn in artikel II.48 en artikel II.19.

- De vertegenwoordigers van de verbruikers gaan niet akkoord met de regeling van de domiciliëring, zeker in geval van wijziging van een lopende overeenkomst. Voor hen behoort dit tot de meest onaanvaardbare aspecten van deze regeling. Er is geen garantie dat de verzekeringnemer het vervaldagbericht ontvangt, doch niettemin geldt de geautomatiseerde betaling van zijn premie als bewijs van zijn aanvaarding. Zij menen dat de verzekeringnemer geenszins wordt beschermd door een herroepings-, weigerings-, of opzeggingsrecht, want hij

werd mogelijks niet geïnformeerd. De verzekeringnemers die geen domiciliëring hebben toegestaan en die het vervaldagbericht niet ontvingen (of die er niet op reageren), wordt een herinnering gestuurd bij aangetekende zending (of deurwaardersexploot), met informatie over de wijzigingen. Voor de verzekeringnemers die wel een domiciliëring hebben toegestaan en het vervaldagbericht niet ontvingen, geldt de automatische betaling als aanvaarding en volgt er geen herinneringsprocedure. Naar hun mening moet de verzekeringnemer bij domiciliëring de wijziging van de overeenkomst ondergaan zonder dat de verzekeraar concreet hoeft te bewijzen dat de verzekeringnemer enige informatie heeft ontvangen. Naar hun mening hoeft de verzekeraar enkel het bestaan van de verzonden documenten (het gearchiveerde model) en de premiebetaling te bewijzen.

In ondergeschikte orde vragen deze vertegenwoordigers om in artikel II.17, §2 een 5° en in artikel II.20, §3, een 6° toe te voegen zodat de verzekeringnemer correct zou worden geïnformeerd in geval van domiciliëring: *“het feit dat, in geval van betaling van de premie door domiciliëring, de herroeping van de betaling niet geldt als weigering of opzegging van de voorgestelde wijzigingen en dat de verzekeringnemer binnen de 8 weken vanaf de dag na de betaling van de premie door domiciliëring de voorgestelde wijzigingen kan weigeren of de overeenkomst kan opzeggen.”*.

Volgens deze vertegenwoordigers houden de deskundigen te weinig rekening met volgende elementen. Ten eerste bepaalt artikel II.13, §1 dat de verzekeraar slechts een model moet archiveren van de documenten waarop zich de meegedeelde inlichtingen bevinden. Van de verzekeraar wordt volgens hen niet verwacht dat hij het bewijs levert van zijn concrete mededeling, nu hij niet eens verplicht is deze te archiveren. Ten tweede bepaalt artikel II.22, §1, laatste lid dat in geval van herroeping van de gedomicilieerde betaling, de verzekeraar de herinneringsprocedure zal toepassen en stelt de memorie van toelichting dat de verzekeringnemer wordt geacht niet duidelijk te hebben gereageerd. De gevraagde toevoeging beoogt de verzekeringnemer daarover correct te informeren. Ten derde is het noodzakelijk om de verzekeringnemer te informeren over diens weigerings- en opzeggingsrecht. Anders lijkt de geautomatiseerde betaling (via domiciliëring) een onafwendbare aanvaarding met zich te brengen krachtens de verplichte formulering “het feit dat de betaling van de premie geldt als bewijs van de aanvaarding van het bestaan en de inhoud van de wijzigingen van de overeenkomst” (art. II.17, §2, 2° en II.20, §3, 3°).

De deskundigen wijzen erop dat een domiciliëring in vele sectoren wordt gebruikt en bepaalde gevolgen heeft die men kent wanneer men een domiciliëring toezegt. Artikel II.22 beoogt net om de verzekeringnemer die toch kiest voor domiciliëring beter te beschermen. Bovendien zijn zij het niet eens met de interpretatie van de vertegenwoordigers van de verbruikers. Immers, artikel II.17 is onverkort van toepassing in geval van domiciliëring, zodat de verzekeraar niet alleen de informatieverplichtingen moet naleven (§2), maar ook moet bewijzen dat hij deze heeft nageleefd (§4). Het voorleggen van een modelbrief is daarbij geen voldoende bewijs en deze verplichting kan geenszins geïnterpreteerd worden als een vermindering van de bewijsverplichting die op de verzekeraar rust. Indien de verzekeraar deze naleving niet kan bewijzen, kunnen de verzekeringnemer, verzekerden en begunstigten steeds de niet-tegestelbaarheid van de wijzigingen inroepen (artikel II.21). Deskundigen zien ook geen bescherming in het voorstel tot toevoeging van een informatieplicht. Immers, indien

de betaling geldt als bewijs van aanvaarding van de wijzigingen (artikel II.17, §2, 2°/ artikel II.20, §3, 3°) dan biedt de door de verbruikers voorgestelde zin *"de herroeping van de betaling niet geldt als weigering of opzegging van de voorgestelde wijzigingen"* geen bescherming omdat ze tot gevolg heeft dat ook de herroeping van de betaling geldt als aanvaarding van de wijzigingen. Bovendien houdt het voorstel van de verbruikers in dat de verzekeringnemer altijd een aangetekende brief moet sturen, hetgeen net niet de bedoeling is van de voorgestelde regeling.

Artikel II.23, §1 - Eenzijdige wijziging van de verzekeringsovereenkomst en beding van indexatie van de premie

§1 neemt de bepaling van artikel 7, tweede lid KB van 24 december 1992 brand eenvoudige risico's over en veralgmeent de regeling voor alle verzekeringsovereenkomsten.

Het bepaalt: *"Behoudens om rekening te houden met een wijziging van het risico mag de verzekeraar zich niet het recht voorbehouden de voorwaarden van de overeenkomst te wijzigen, zelfs al gaat dat recht gepaard met een opzeggingsmogelijkheid voor de verzekeringnemer."*

- Deze bepaling betreft een verbod op eenzijdige wijziging van de verzekeringsovereenkomst door de verzekeraar. Partijen kunnen, onder de wettelijk voorwaarden, in onderling akkoord de overeenkomst wijzigen. Ter verduidelijking vraagt de Commissie om de tekst aan te passen als volgt: *"Behoudens om rekening te houden met een wijziging van het risico mag de verzekeraar zich niet het recht voorbehouden de voorwaarden van de overeenkomst eenzijdig te wijzigen, zelfs al gaat dat recht gepaard met een opzeggingsmogelijkheid voor de verzekeringnemer."*

- De vertegenwoordigers van de verbruikers vragen de schrapping van de woorden "Behoudens om rekening te houden met een wijziging van het risico". Zij menen dat deze uitzondering uit het KB van 24 december 1992 al zonder voorwerp is wegens strijdigheid met hogere rechtsnormen. In geval van een vermindering of verzwaring van het risico, voorzien de desbetreffende wetsbepalingen (artikelen II.44 en II.45) dat de wijziging slechts kan bestaan voor zover ze wordt aanvaard door de verzekeringnemer. Ook indien het gaat om een andere wijziging van het risico waarmee de verzekeraar rekening wil houden in het kader van de door hem gehanteerde segmentatie, voorziet het artikel IV.33, §2 dat de wijziging enkel bestaat als ze wordt aanvaard door de verzekeringnemer.

- De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen daarentegen vragen om in de bepaling toe te voegen dat de verzekeraar het recht zou hebben om eenzijdig de overeenkomst aan te passen wanneer de wijziging uitsluitend in het voordeel van de klant is. Bv. in het geval de verzekeraar het dekkingsplafond van een waarborg wil verhogen zonder dat dit gepaard gaat met een premiestijging, is er geen enkel nadeel voor de verzekeringnemer. Zij menen dat het in deze situaties disproportioneel is om de toestemming van de verzekeringnemer te vragen, zelfs via de procedure voorzien in artikel II.17 e.v. Wanneer een verzekeraar verschillende wijzigingen zou voorstellen, moeten deze allen in het voordeel van de klant zijn opdat de verzekeraar zich zou kunnen beroepen op de mogelijkheid om de overeenkomst eenzijdig te wijzigen.

De vertegenwoordigers van de verbruikers merken op dat de wijzigingen in de praktijk bijna nooit enkel en alleen voordelig zijn voor de verzekerden. Bovendien vinden zij het criterium "uitsluitend in het voordeel van de klant" onnauwkeurig en vergt dit een subjectieve beoordeling, die best aan de consument zelf wordt overgelaten, namelijk door zijn toestemming te bekomen.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen zijn eveneens van mening dat de procedure voorzien in artikel II.17 e.v. disproportioneel is wanneer een verzekeraar uitsluitend zijn tarief wenst aan te passen. In dergelijke situatie zou het moeten volstaan dat de verzekeringnemer over voldoende tijd beschikt om de overeenkomst op te zeggen nadat hij geïnformeerd werd over de tarief-aanpassing. Zij stellen voor om in §1 een tweede lid toe te voegen. Deze bepaling kan in vervanging komen van het huidige artikel 12 KB van 22 februari 1991 algemeen controlereglement: *"Niettegenstaande het eerste lid, wanneer de verzekeraar uitsluitend zijn tarief aanpast, informeert hij de verzekeringnemer van deze tariefwijziging voor de jaarlijkse premievervaldag. De verzekeringnemer heeft het recht om de overeenkomst op te zeggen overeenkomstig artikel II.49 binnen een termijn van drie maanden te rekenen vanaf de dag na verzending van deze kennisgeving. Het opzegrecht wordt uitdrukkelijk in de kennisgeving vermeld."*

De vertegenwoordigers van de verbruikers stellen dat het ontwerp van wet gehecht aan het advies van de Commissie voor Verzekeringen C/2011/4 op vraag van alle andere delegaties werd opgesteld als een uniforme regeling voor de wijziging van zowel de premie als andere verzekeringsvoorwaarden. De vertegenwoordigers van de verbruikers kunnen instemmen met de voorgestelde bepaling voor zover de artikelen II.15-II.22 worden geschrapt en enkel een regeling voor tariefwijziging behouden blijft. Zij menen dat er in dat geval geen risico op verwarring bestaat tussen de verschillende regelingen.

§2-3 voorzien een uitzondering op het verbod van eenzijdige wijziging van de overeenkomst in geval de overeenkomst een indexatieclausule bedingt. Deze bepaling is gesteund op het ontwerp van wet gehecht aan het advies van de Commissie voor verzekeringen 2011/4.

- Mede verwijzend naar hun bemerkingen in het advies van de Commissie voor verzekeringen 2011/4, gaan de vertegenwoordigers van de verbruikers niet akkoord met het recht van de verzekeraar om indexeringsclausules te bedingen, omdat deze de inflatie aanwakken, de concurrentie beknotten en de verzekeringnemer belemmert om zijn overeenkomst op te zeggen wegens premieverhoging. De verzekeringnemer zal immers minder dan 2 maanden voor de vervaldag in kennis worden gesteld van de premieverhoging ingevolge een indexering, waardoor hij zich niet meer tijdig kan verzetten tegen de verlenging van de overeenkomst en de indexering gedurende minstens één jaar moet ondergaan. De premie-indexering mag in geen geval van toepassing zijn op levensverzekeringen. Ze kunnen zich wel vinden in een indexatie die gesteund is op de stijging van de reële kosten. In ieder geval kan naar hun mening enkel de zuivere premie worden geïndexeerd en niet de handelspremie inclusief administratieve en andere kosten. Bovendien vragen deze vertegenwoordigers om in het ontwerp of in de memorie van toelichting te verduidelijken dat het verboden blijft om de premie te indexeren rechtstreeks in functie van het indexcijfer van de consumptieprijzen. Zij verwijzen hiervoor naar artikel 57, §1 van de wet van 30 maart 1976 betreffende de

economische herstelmaatregelen. Voorts zitten er volgens hen in de indexkorf, op basis waarvan de consumptieprijsindex wordt berekend, meerdere soorten verzekeringen, bv. de verplichte autoverzekering. Wanneer in deze verzekeringen een beding van premie-indexering in functie van de consumptieprijsindex zou worden ingelast, ontstaat er een soort van kortsluiting (of cirkelmechanisme) binnen de berekening van de consumptieprijsindex.

De andere delegaties wijzen erop dat de bedingen in de verzekeringsovereenkomst tot indexatie van de premie een geleidelijke evolutie van de premies beogen en plotse hoge stijging vermijden, alsook in de praktijk zullen leiden tot minder wijzigingen van de verzekeringsovereenkomst.

- Les représentants des entreprises d'assurance estiment que des clauses d'indexation automatique devraient également être autorisées en vue d'adapter les franchises et les plafonds de couverture.

§3 bepaalt de voorwaarden waaraan de indexatieclausule moet voldoen.

- Om verwarring en onduidelijkheid te vermijden stelt de Commissie voor om de verwijzingen naar artikel 57, §2 van de wet van 30 maart 1976 betreffende de economische herstelmaatregelen en artikel VI.83, 2° (de juiste referentie is artikel VI.82, 2°) van het Wetboek Economisch recht te schrappen en te vervangen door een bepaling die het principe van deze artikelen overneemt en stelt dat het beding niet onwettig mag zijn en duidelijk de wijze beschrijft waarop de premie kan worden aangepast.

Memorie van Toelichting:

- De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen vragen om de eerste zin van het eerste lid te nuanceren als volgt: *"Le § 1er interdit à l'assureur de prévoir dans le contrat d'assurance une clause lui permettant de modifier unilatéralement le contrat."* Daarnaast vragen ze te verduidelijken dat de regel van paragraaf 1 geen afbreuk doet aan de bestaande praktijk van flexibele levensverzekeringen, die de principes volgen zoals bepaald in artikel II.132, 2° (de overeenkomst geeft aan in welke mate en voor welke duur de technische grondslagen van de tarifiering worden gewaarborgd) en in artikel VI.209 (de verrichtingen met flexibele premies worden voor de tarifiering als een geheel van verrichtingen tegen koopsom beschouwd en geen enkele waarborg inzake tarief mag worden toegekend voor flexibele premies vóór hun storting).

Artikel II.24

§3, 1^e lid: De Commissie vraagt om in de Nederlandse versie de bewoordingen "waarin de rechtsnorm inwerking getreden is" te worden vervangen door "waarin de rechtsnorm bekend gemaakt is". Deze vervanging is conform te Franse versie en de Nederlandse versie in §2.

§3, 2de en 3de lid: Omwille van de duidelijkheid stelt de Commissie voor om te preciseren binnen welke termijn en volgens welke modaliteiten de verzekeringnemer zijn overeenkomst kan opzeggen. Zij stelt een termijn van drie maanden te voorzien evenals een verwijzing naar artikel II.49 voor wat betreft de modaliteiten.

Memorie van toelichting: Volgens de memorie van toelichting doet het voorgestelde artikel geen afbreuk aan artikel 1134 Burgerlijk Wetboek dat voorziet dat overeenkomsten tussen partijen gelden als wet. De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen vragen om de verwijzing naar artikel 1134 BW te schrappen aangezien dit erop neer zou komen dat wijzigingen ingevolge een rechtsnorm nooit volgens de voorgestelde bepaling van toepassing kunnen zijn op de lopende overeenkomsten.

Artikel II.28 - Opzettelijke fout en zware fout

§§1 en 2 nemen de bepalingen van artikel 62 W.Verz. over.

Opschrift

Om het opschrift van artikel II.28 meer in overeenstemming te brengen met de inhoud ervan, vraagt de Commissie om het opschrift te vervangen door “Opzettelijk schadegeval en zware fout” – “Sinistre intentionnel et faute lourde”.

§3 voegt, in vergelijking met artikel 62 W.Verz., een nieuwe bepaling in tot bescherming van de minderjarige en stelt: *“In afwijking van de vorige twee paragrafen, is de verzekeraar verplicht zijn dekking te geven aan de minderjarige tot de leeftijd van veertien jaar zelfs indien deze het schadegeval opzettelijk of door zware fout heeft veroorzaakt, zonder mogelijkheid van verhaal tegen deze. Bovendien kan de verzekeraar in dezelfde situaties dekking geven aan de minderjarige die ouder is dan veertien jaar.”.*

- De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen kunnen niet akkoord gaan met de verplichting voor de verzekeraar om dekking te geven aan minderjarigen tot de leeftijd van 12 of 14 jaar, zelfs bij zware fout en opzet, en zonder mogelijkheid van verhaal. Volgens hen is dergelijke bepaling tegenstrijdig met de basisprincipes van het verzekeringsrecht en heeft deze tot gevolg dat er geen enkele responsabilisering van de minderjarige jonger dan 12 of 14 jaar is doordat hij niet aansprakelijk kan gesteld worden. Volgens hen is er een groot verschil in de gedragingen en het besef van bv. een 7 en een 12 of 14 jarige. Bovendien zijn de ouders van de minderjarige tot 12 of 14 jaar ingevolge de hervorming van het aansprakelijkheidsrecht altijd aansprakelijk voor de daden van deze minderjarige, waardoor de familiale verzekering van de ouders zal tussenkomen en de benadeelde in principe vergoed wordt. Zij vragen om de voorgestelde §3 te schrappen.

De vertegenwoordigers van de verbruikers verwijzen naar een onderzoek van Testaankoop in 2017 van 23 verzekeringsovereenkomsten BA privé leven waaruit blijkt dat slechts twee geen dekking boden voor de persoonlijke aansprakelijkheid van minderjarigen in geval van opzet en één bij zware fout en dat dekking zonder verhaal werd geboden minstens tot en met de leeftijd van 15 jaar, of tot en met de leeftijd van 17 jaar.

- De Commissie voor verzekeringen wijst er op dat de voorgestelde tekst moet aangepast worden aan de nieuwe ontwikkelingen in het voorontwerp tot wijziging van het Burgerlijk wetboek betreffende de buitencontractuele aansprakelijkheid. Après consultation publique, le projet de Code civil a été revu. Pour des raisons de protection du mineur, il est prévu que le mineur qui n’a pas atteint l’âge de 14 ans n’engage pas sa responsabilité, d’aucune manière, ni pour faute ni pour un autre fait générateur. L’âge a été réduit de 14 à 12 ans dans l’avant-

projet modifié après la consultation publique. Un mineur de 12 ans ne peut pas engager sa responsabilité, ce qui ne signifie pas que ses parents ne doivent pas en répondre. Cela revient à dire que l'âge du discernement du mineur est fixé à 12 ans. Entre 12 et 18 ans, le mineur peut être responsable mais le juge a un pouvoir de modération de l'indemnité qu'il devra payer au titre de sa responsabilité personnelle, sauf lorsqu'il y a une assurance.

Au vu de cela, il devient compliqué de dire qu'un mineur peut commettre une faute intentionnelle ou une faute lourde en droit des assurances alors qu'il ne peut commettre de faute au regard de la responsabilité extracontractuelle.

La Commission estime qu'il y a une exigence de cohérence à cet égard. L'assureur ne peut donc pas reprocher à un mineur de moins de 12 ans une faute lourde ou intentionnelle. Il peut reprocher une faute lourde ou intentionnelle à un mineur entre 12 et 18 ans mais garde aussi la possibilité contractuelle de couvrir ces fautes entre 12 et 18 ans.

Derhalve vraagt de Commissie om in artikel II.28, §3 de woorden « veertien jaar » te vervangen door « twaalf jaar ». Bovendien dient de memorie van toelichting, leden 3-6 te worden aangepast.

Artikel II.29 – Combinatiepolissen

Opschrift

Wanneer geen gevolg wordt gegeven aan hoger vermelde vraag van enkele delegaties om de definitie van het begrip “polis” weg te laten (zie *supra*, artikel I.11, 2°), vraagt de Commissie om het woord “combinatiepolissen” te vervangen om verwarring te vermijden met de definitie van “polis” in artikel I.11, 2°.

Sommige delegatie stellen voor om het te vervangen door “gecombineerde waarborgen”.

De vertegenwoordigers van de verbruikers stellen voor om het te vervangen door “gecombineerde prestaties”. Zij menen dat het artikel handelt over gecombineerde prestaties, niet alleen omwille van de verstrekte waarborg maar ook omwille van de verzekerde risico's in de zin van verzekerde voorwerpen (bv. een WAM-overeenkomst waarin een personenwagen en een motorfiets samen worden verzekerd).

3^{de} lid neemt de bepaling van artikel 7, eerste lid KB Brand eenvoudige risico's over en geeft het een algemene toepassing.

Omwille van de volledigheid vraagt Commissie om de tekst aan te passen als volgt: “*Deze mogelijkheid moet uitdrukkelijk in de algemene, speciale en/of bijzondere voorwaarden van de verzekeringsovereenkomst en in de opzeggingsbrief van de verzekeraar worden vermeld.*”.

4^e lid neemt de bepaling van artikel 66, derde lid W.Verz. over die stelt: “De grond van nietigheid betreffende één van de prestaties geldt niet voor de gehele overeenkomst”.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen stellen dat deze bepaling leidt tot problemen voor de verzekeringsovereenkomsten waarin er duidelijk één hoofdwaarborg is en waarbij de acceptatiepolitiek van de verzekeraar voorziet dat de bijkomende waarborgen niet kunnen bestaan zonder de hoofdwaarborg. Indien er een nietigheid zou zijn van de hoofdwaarborg, kunnen de bijkomende waarborgen niet op zichzelf bestaan. Dit is bijvoorbeeld het geval bij een verzekering BA auto (hoofdwaarborg) met een bijkomende

waarborg rechtsbijstand. Zij vragen om te bepalen dat in de verzekeringsovereenkomst kan afgeweken worden van deze bepaling. Dit is naar hun mening coherent met artikel II.29, eerste lid dat wat betreft de opzegging van een waarborg, een afwijkende regeling in de overeenkomst toelaat.

De deskundigen verwijzen naar de memorie van toelichting die stelt dat dit vierde lid in overeenstemming is met de rechtspraak van het Hof van Cassatie en strekt tot bescherming van de verzekerde. Bovendien is toegelicht dat deze bepaling toelaat dat een verzekeraar de nietigverklaring kan bekomen van de gehele overeenkomst wanneer hij kan aantonen dat in het kader van zijn acceptatiepolitiek deze grond van nietigheid het geheel van de overeenkomst betreft.

Artikel II.31 – Premiekrediet

Dit artikel II.31 neemt de regeling van artikel 73 W.Verz. over en breidt het toepassingsgebied uit tot de situatie van verval van de overeenkomst door het wegvallen van het voorwerp.

1^{ste} lid:

- De Commissie stelt voor om in de Nederlandse tekst de woorden '*verval van de overeenkomst*' te vervangen door '*ontbinding van de overeenkomst*' wat juridisch correcter is. Bovendien kan beter niet verwezen worden naar '*het voorwerp van de overeenkomst*' aangezien dit een specifieke betekenis heeft in het gemeen contractenrecht en bijgevolg tot verwarring kan leiden en te vervangen door "*het verzekerde belang*".

Het voorstel tot aanpassing: '*In geval van opzegging van de overeenkomst op welke gronden ook, of ~~verval~~ ontbinding van de overeenkomst door het wegvallen van het verzekerde belang ~~haar voorwerp~~ worden de betaalde premies met betrekking tot de verzekerde periode na het van kracht worden van de opzegging of het wegvallen van het verzekerde belang ~~voorwerp~~ terugbetaald binnen een termijn van dertig dagen vanaf de inwerkingtreding van de opzegging of vanaf de kennisgeving van het wegvallen van het ~~voorwerp~~ verzekerde belang door de verzekeringnemer of, in geval van toepassing van artikel II.3,§4, vanaf de ontvangst door de verzekeraar van de kennisgeving van de opzegging.*'

- De memorie van toelichting stelt met betrekking tot het wegvallen van het voorwerp van de overeenkomst: "*Aangezien de verzekeraar de datum van het einde van de overeenkomst moet kennen, werd deze vastgelegd op het ogenblik van de kennisgeving van het wegvallen van het voorwerp.*" Deze toelichting is verwarrend en stemt niet overeen met de wettekst. Het lijkt aangewezen in de memorie van toelichting het onderscheid te maken tussen enerzijds de aanvang van periode waarvoor premies dienen te worden terugbetaald, en anderzijds de aanvang van de terugbetalingstermijn van 30 dagen.

Artikelen II.39 – II.41 Collectieve verzekeringen

Deze artikelen zijn nieuw en regelen, geïnspireerd op de Franse wetgeving, de collectieve verzekeringen. De huidige wetgeving bevat geen regeling voor deze collectieve verzekeringen (met uitzondering van de arbeidsongevallenverzekeringen en de groepsverzekeringen). Zij

worden enkel onrechtstreeks behandeld in artikel 92 W.Verz. betreffende de verzekeringen voor rekening.

Algemene bemerking

Tijdens de besprekingen binnen de Commissie voor Verzekeringen is gebleken dat in de praktijk de problemen betreffende collectieve verzekeringen volgens sommige leden en de waarnemers vooral betrekking hebben op de informatieverstrekking aan de verzekerde en de bescherming van de verzekerde wanneer deze bij het toetreden of in de loop van de overeenkomst onvoldoende geïnformeerd wordt over de voorwaarden (en de wijzigingen ervan).

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen leggen bijgevolg een alternatieve regeling voor tot oplossing van deze problemen. Deze alternatieve regeling is mede gesteund op de (ontwerp)wet tot omzetting van IDD en dient best te worden opgenomen in Boek VII dat de omzetting van IDD zal bevatten. De voorgestelde artikelen II.39-II.41 kunnen dan geschrapt worden.

Hun alternatieve regeling houdt twee luiken in, enerzijds de collectieve verzekeringen met een verplichte toetreding, en anderzijds de collectieve verzekeringen met facultatieve toetreding.

- Voor de *collectieve verzekeringen met een verplichte toetreding* kan gesteund worden op de ontwerpwet tot omzetting van IDD. Daarin is voorzien dat de verzekeraar of de tussenpersoon de gedragsregels moet naleven ten aanzien van de verzekeringnemer. Deze verzekeringnemer is vervolgens verplicht om alle informatie die hij ontvangt door te geven aan elk lid (verzekerde) onverwijld na de aansluiting van het lid (artikel 279, §2 van de ontwerpwet).

- Voor de *collectieve verzekeringen met facultatieve toetreding* vertrekt het alternatieve voorstel van de ontwerpwet tot omzetting IDD en voegt daaraan maatregelen toe ter bescherming van de verzekerde. Indien de verzekeringnemer activiteiten van verzekeringsdistributie uitoefent en hij hiervoor een vergoeding ontvangt (in de ruime zin geïnterpreteerd en niet uitsluitend commissielonen), zal de verzekeringnemer gekwalificeerd worden als een verzekeringstussenpersoon.¹ Hieruit volgt dat de gedrags- en informatieregels voorzien in de ontwerpwet tot omzetting IDD door de verzekeringnemer zullen moeten nageleefd worden ten aanzien van de verzekerde.² De alternatieve regeling onderscheidt vier situaties en wie verantwoordelijk is voor welke gedragsregels verschilt naargelang de situatie:

1. De verzekeringnemer is een verzekeringstussenpersoon (makelaar, verbonden agent of niet-verbonden agent):

Alle gedragsregels voorzien in de ontwerpwet tot omzetting van IDD dienen nageleefd te worden door de verzekeringnemer-verzekeringstussenpersoon ten aanzien van de verzekerde. Dit impliceert o.m. dat de verzekeringnemer de verlangens en behoeften van de verzekerde moet analyseren, dat hij informatie moet verstrekken aan de

¹ De definitie van "verzekeringstussenpersoon": "elke rechtspersoon of elke natuurlijke persoon werkzaam als zelfstandige in de zin van de sociale wetgeving die geen verzekerings- of herverzekeringsonderneming en geen nevenverzekeringsstussenpersoon is, en die, tegen vergoeding, toegang heeft tot het verzekeringsdistributiebedrijf of het verzekeringsdistributiebedrijf uitoefent".

² Zie ook de Memorie van Toelichting bij de ontwerpwet tot omzetting van IDD, p. 47.

verzekerde, waaronder het informatiedocument (IPID), en dat hij de regels over belangenconflicten moet naleven.

2. De verzekeringnemer is een nevenverzekeringstussenpersoon³ die ingeschreven moet worden bij de FSMA;

Deze situatie is identiek aan de situatie onder 1. De verzekeringnemer-nevenverzekeringstussenpersoon moet alle gedragsregels naleven ten aanzien van de verzekerde.

3. De verzekeringnemer is een nevenverzekeringstussenpersoon die vrijgesteld is van inschrijving bij de FSMA;

Deze nevenverzekeringstussenpersoon die vrijgesteld is van inschrijving bij de FSMA, is ook vrijgesteld van de toepassing van de gedragsregels voorzien in de ontwerpwet tot omzetting IDD. Echter, de verzekeraar of verzekeringstussenpersoon die samenwerkt met deze vrijgestelde nevenverzekeringstussenpersoon moet ervoor zorgen dat de verplichtingen worden nageleefd ten aanzien van de verzekerde van de collectieve verzekering met facultatieve toetreding. Deze verplichtingen zijn: (i) precontractuele informatie over de identiteit van de verzekeringsonderneming of tussenpersoon en over de klachtenprocedure; (ii) passende en proportionele regelingen treffen om de fundamentele gedragsregels en regels over koppelverkoop na te leven; (iii) ervoor zorgen dat er rekening wordt gehouden met de verlangens en behoeften van de klant; (iv) informatiedocument (IPID) aan klant precontractueel ter beschikking stellen; (v) natuurlijke personen die bij nevenverzekeringstussenpersoon rechtstreeks deelnemen aan distributie, moeten de essentiële kenmerken van het product kennen en kunnen toelichten aan klanten (artikel 258, §2 ontwerpwet omzetting IDD).

Voor een optimale bescherming van de verzekerde, voorziet het alternatief voorstel dat bovenvermelde verplichtingen worden opgelegd aan de vrijgestelde nevenverzekeringstussenpersoon, in plaats van aan de verzekeraar (al blijft deze wel aansprakelijk, cfr. *infra*). De klant heeft immers enkel contact met de nevenverzekeringstussenpersoon en deze is bijgevolg het aanspreekpunt voor de klant (zeker wanneer het om een buitenlandse verzekeraar gaat). Deze verplichting geldt ook wanneer de klant een individuele verzekering sluit via een vrijgestelde nevenverzekeringstussenpersoon.

Daarnaast wordt een aanpassing van de regels over de aansprakelijkheid voorgesteld teneinde de bescherming van de klant te verhogen. De verzekeringsonderneming of verzekeringstussenpersoon die met vrijgestelde nevenverzekeringstussenpersonen werkt, is burgerlijk aansprakelijk voor elke handeling of verzuim met betrekking tot de informatieverplichtingen die aan de vrijgestelde nevenverzekeringstussenpersoon zijn opgelegd. Een gelijkaardige regeling is al voorzien voor de verbonden agenten en voor subagenten. De klant kan bijgevolg zowel de vrijgestelde

³ Een nevenverzekeringstussenpersoon wordt gedefinieerd in art 13, 56° ontwerpwet. Ook in deze definitie is voorzien dat de persoon een vergoeding ontvangt. Een kredietinstelling of een beleggingsonderneming kunnen geen nevenverzekeringstussenpersoon zijn.

nevenverzekeringstussenpersoon als de verzekeraar of tussenpersoon aanspreken (deze laatsten kunnen een verhaal uitoefenen tegen de vrijgestelde nevenverzekeringstussenpersoon). Bovendien zal de verzekerde zich kunnen beroepen op de regel dat het vermoeden van oorzakelijk verband (artikel 5 ontwerpwet IDD).

4. De verzekeringnemer ontvangt geen vergoeding en is bijgevolg geen verzekeringstussenpersoon, noch een nevenverzekeringstussenpersoon.

Wanneer de verzekeringnemer geen vergoeding ontvangt en hij bijgevolg geen (neven)verzekeringstussenpersoon is, zal er, naargelang het geval, sprake zijn van een rechtstreekse verkoop door de verzekeraar, dan wel van een tussenkomst van een verzekeringstussenpersoon. In dergelijke gevallen zal de verzekeraar of de verzekeringstussenpersoon alle gedragsregels voorzien in de ontwerpwet moeten naleven ten aanzien van de verzekerde (Memorie van Toelichting bij de ontwerpwet tot omzetting IDD, p. 47).

Met betrekking tot de informatieverplichtingen dient voor het specifieke geval van de collectieve verzekeringen met facultatieve toetreding voorzien te worden dat de informatie die aan de verzekerde wordt verstrekt, aangepast moet zijn aan het feit dat de verzekerde niet de verzekeringnemer is. Zo bevat de IPID o.m. informatie over de premiebetaling en de opzeg van de verzekeringsovereenkomst. Gezien de verzekerde evenwel niet de verzekeringnemer is, dient deze informatie aangepast te worden. De relevante informatie voor de verzekerde is immers de wijze waarop hij zijn bijdrage voor de verzekering dient te betalen en de wijze waarop hij zijn aansluiting kan opzeggen. Dit gebeurt niet noodzakelijk op dezelfde manier als bij de verzekeringsovereenkomst.

De FSMA is bevoegd om na te gaan of de verzekeraars, de verzekeringstussenpersonen en de ingeschreven nevenverzekeringstussenpersonen de gedragsregels naleven en ze kan sancties opleggen. Doordat in het alternatieve voorstel aan de vrijgestelde nevenverzekeringstussenpersonen ook verplichtingen worden opgelegd, is de FSMA eveneens bevoegd om na te gaan of de nevenverzekeringstussenpersonen deze verplichtingen naleven.

De vertegenwoordigers van de gebruikers zijn van mening dat de problemen met de collectieve verzekeringen niet enkel de informatieverstreking betreffen maar ook andere rechten van de verzekerden. Zij vinden het goed dat het ontwerp deze rechten beoogt te regelen op ruimere wijze dan de beperkte benadering van het voorstel van de vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen.

Artikelsgewijze bemerkingen artikel II.39 – Toepassingsgebied

1e lid:

- Het begrip “aangeslotene” – “affilié” moet vervangen worden door een ander begrip, daar het niet beantwoordt aan het begrip “aangeslotene” zoals gedefinieerd in artikel I.13, 14° dat verwijst naar de tweede pijler verzekeringen. Zie tevens artikel II.41.

- Sommige leden vinden het begrip “onderschrijver” niet duidelijk en stellen voor dit te vervangen door “verzekeringnemer”. Zie tevens artikel II.41.

- De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen wensen dit artikel II.39 te schrappen (zie *supra*). Ondergeschikt merken deze vertegenwoordigers op dat volgens hen het begrip “banden van eenzelfde aard” vatbaar is voor interpretatie. Bovendien geeft naar hun mening de memorie van toelichting een striktere interpretatie aan dit begrip dan de voorgestelde wettekst zelf en is deze memorie niet duidelijk. Om discussies en rechtsonzekerheid te vermijden, is het volgens hen aangewezen, indien deze bepaling zou worden behouden, om de definitie van een collectieve verzekering te verduidelijken. Zij vinden dat ook het onderscheid tussen een collectieve verzekering en een verzekering voor rekening niet duidelijk is.

- Sommige leden vinden dat artikel II.39 beter zou worden opgenomen bij de definities in Boek I. Andere leden wijzen erop dat artikel II.39 geen definitie is maar een omschrijving van het toepassingsgebied, zoals voor de aansprakelijkheidsverzekeringen of de arbeidsongevallenverzekering.

2^{de} lid:

- De 1^e pijlerverzekeringen dienen voor de toepassing van deze wetgeving te worden behandeld zoals 2^{de} pijler groepsverzekeringen, en derhalve te worden uitgesloten van de regeling voor collectieve verzekeringen.

- L’alinéa 2 stipule que cette sous-section ne s’applique pas « *aux assurances accidents du travail* ». Par souci de clarté et de cohérence, il faut ajouter l’article II.39 dans la liste des articles non applicables à l’AT définie à l’art. II.179 et supprimer en corollaire la référence « *aux assurances AT* » dans l’article II.39, alinéa 2.

- In ondergeschikte orde, wanneer deze bepaling toch zou worden behouden, vinden de vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen dat ziekteverzekeringen waarvoor een specifieke regeling bestaat die reeds voorziet in een bescherming van de verzekerde door het toekennen van een recht op individuele voortzetting, moeten worden uitgesloten van het toepassingsgebied van de collectieve verzekeringen. Zij verwijzen naar de memorie van toelichting waarin dit vermeld staat, hoewel deze niet zijn uitgesloten in de bepaling.

De vertegenwoordigers van de verbruikers vinden dat louter de regeling inzake de individuele voortzetting niet rechtvaardigt dat de overige aspecten van de betrokken ziekteverzekeringen buiten het toepassingsgebied zouden worden gelaten.

Artikelsgewijze bemerkingen artikel II.40 - Collectieve verzekering met vrijwillige toetreding

- De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen vragen om de artikelen II.40 en II.41 te schrappen omdat deze regeling volgens hen onduidelijk en complex is en enkel zal leiden tot problemen in de praktijk (zie *supra*). Bovendien menen zij dat deze bepaling verwarring schept met artikel II.39 dat een “collectieve verzekering” definieert als een verzekering gesloten door de verzekeringnemer die onderschrijver wordt genoemd, terwijl artikel II.40 spreekt over een raamovereenkomst gesloten door de onderschrijver, die geen verzekering zou zijn, maar wel wordt gesloten met een verzekeraar en waarbij individuele

verzekeringen worden gesloten tussen de verzekeraar en de aangeslotenen. Volgens hen is een overeenkomst ofwel collectief, ofwel individueel. Bovendien zou de raamovereenkomst enkel door het gemeen contractenrecht worden geregeld, wat volgens hen niet logisch is. Zij merken ook op dat er collectieve verzekeringen zijn die zowel in een verplichte als een vrijwillige toetreding voorzien, bv. beroepsgebonden ziektekostenverzekeringen waarbij de toetreding van de werknemers verplicht is maar de aansluiting van de gezinsleden van de werknemers facultatief is.

Deskundigen merken op dat in de memorie van toelichting kan worden verduidelijkt dat indien in het kader van een verplichte collectieve verzekering ook de mogelijkheid wordt voorzien voor facultatieve toetreding (bv. door gezinsleden), op het geheel van de aansluitingen de reglementering van de verplichte collectieve verzekering van toepassing is.

- De vertegenwoordigers van de verbruikers menen uit het artikel II.40, §3, tweede lid af te mogen leiden dat de verzekeringnemer wordt geacht zijn toestemming te geven zonder dat de verzekeraar verplicht is hem vooraf in kennis te stellen van alle contractvoorwaarden. Zij stemmen niet in met dergelijke afwijking op de normale principes inzake informatieplichten en wilsovereenstemming, op de principes inzake de overeenkomsten op afstand met betrekking tot financiële diensten (artikel VI.54 WER en de Europese richtlijn inzake verkoop op afstand van financiële diensten) en de toepassing van de verplichtingen in Artikel VI.57 WER.

Deskundigen gaan niet akkoord met de interpretatie van de verbruikers en menen dat de voorgestelde regeling geen afbreuk doet aan de algemeen toepasselijke precontractuele informatieplichten. De verplichting tot mededeling van het aansluitingsattest en de algemene en bijzondere voorwaarden, als ook een informatiefiche met de elementen van de raamovereenkomst, vormen een specificering van de regeling in artikel II.12, §4.

- De vertegenwoordigers van de verbruikers gaan niet akkoord met de mogelijkheid voorzien in artikel II.40, §3, derde lid dat het aansluitingsattest kan bepalen dat wijzigingen, die tussen de onderschrijver van de raamovereenkomst en de verzekeraar werden overeengekomen, aan een aangeslotene tegenstelbaar zijn zonder aanvaarding van deze laatste. Zij vinden het noodzakelijk, vanuit het oogpunt van consumentbescherming en gelijke behandeling van verzekeringnemers, dat de aangeslotene uitdrukkelijk toestemt met de wijziging van zijn verzekeringsovereenkomst.

- In artikel II.40, §3 worden twee begrippen gebruikt voor eenzelfde inhoud "individuele overeenkomst" en "verzekeringsovereenkomst gesloten met elke aangeslotene".

Artikel II.43 – Niet-bestaan van het risico

Artikel II.43 neemt de bepalingen van artikel 79 W.Verz. over, doch voert voor alle verzekeringen het principe van de geldigheid van de dekking van het putatief risico in.

1^e lid De Commissie vraagt om het woord "verzekerde" te vervangen door "verzekeringnemer" aangezien de informatieplicht betreffende het risico bij het sluiten van

de overeenkomst op de verzekeringnemer rust. Bovendien wordt in artikel II.43, derde lid ook enkel verwezen naar de verzekeringnemer.

Voorgestelde tekst: *“De verzekering is nietig, wanneer bij het sluiten van de overeenkomst de verzekeraar of de ~~verzekerde~~ verzekeringnemer wist dat het risico niet bestond of reeds verwezenlijkt was.” – “Lorsque, au moment de la conclusion du contrat, l’assureur ou ~~l’assuré~~ le preneur d’assurance savait que le risque n’existait pas ou s’était déjà réalisé, l’assurance est nulle.”.*

Artikel II.47 – Taak van de eerste verzekeraar

2^e lid: In vergelijking met artikel 83 W.Verz. is bepaald dat de verzekerde, de begunstigde en de benadeelde aan de eerste verzekeraar alle betekeningen en kennisgevingen kunnen doen, met inbegrip van deze die betrekking hebben op rechtsvorderingen ingesteld tegen de andere medeverzekeraars. De memorie van toelichting stelt dat deze regel niet tot gevolg heeft dat de eerste verzekeraar de bevoegdheid krijgt om de andere medeverzekeraars te vertegenwoordigen in rechte.

De Commissie vraagt om in de regeling toe te voegen:

- dat de eerste verzekeraar de verplichting heeft om de overige medeverzekeraars in een gerechtelijke procedure te betrekken.
- dat de medeverzekeraars woonstkeuze moeten doen bij de eerste verzekeraar.

Le principal problème rencontré sous l’empire des dispositions précédentes était qu’en cas de co-assurance, il était nécessaire de lancer citation à l’encontre de chaque apériteur, quel que soit son domicile et nombre d’apériteurs avaient leur siège à l’étranger, ce qui aggravait considérablement le risque et le coût de la mise en œuvre d’une action en justice. Si les citations peuvent être dirigées à l’encontre de l’apériteur, encore doivent elles faire apparaître le nom de tous les co-assureurs puisque l’apériteur n’a pas le droit de les représenter en justice et de citer les sociétés à leur siège social.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen wijzen er op dat de overeenkomsten van medeverzekering allemaal dienen aangepast te worden, en vragen een overgangsregeling die bepaalt dat deze wijziging pas na twee jaar inwerking zou treden.

Artikel II.48 – Duur van de verplichtingen

- De Commissie vraagt om de termijn van “tenminste drie maanden” (voorzien in artikel 85 W.Verz.) te behouden, en derhalve in artikel II.48 de woorden “twee maanden” te vervangen door “drie maanden”.

- De vertegenwoordigers van de verbruikers vragen om bijkomend een regeling in te voeren gelijkaardig aan de Franse wet Hamon (artikel L113-15-2 Franse Code des assurances) waarbij de verzekeringnemer na een termijn van 1 jaar te rekenen vanaf de begindatum van de verzekeringsovereenkomst het recht heeft om op elk moment kosteloos de overeenkomst op te zeggen, waarna deze eindigt na verloop van 1 maand vanaf de kennisgeving. Zij menen dat deze regeling niet alleen vanuit juridisch oogpunt voordelig is voor de verzekeringnemers maar ook vanuit economisch perspectief de concurrentie ten goede komt. Volgens hen is de motivering in de memorie van toelichting zwak waar deze stelt “De wet voorziet geen

mogelijkheid in hoofde van de verzekeringnemer om na de eerste jaarlijkse verlenging op ieder ogenblik de verzekeringsovereenkomst op te zeggen, bij gebreke aan betrouwbare studies over de economische gevolgen voor de verzekerde, de verzekeringsmarkt en de verzekeraar van dergelijke in sommige landen bestaande regeling.”. Volgens hen werd in Frankrijk vastgesteld dat, in tegenstelling tot wat de Franse verzekeraars hadden voorspeld, de premies niet extreem de hoogte zijn ingegaan.

Deskundigen wijzen er echter op dat de structuur en het competitief verhaal van de Franse markt volledig anders is dan de Belgische markt, aangezien er in Frankrijk veel meer onderlinge verzekeringsondernemingen actief zijn. Zij benadrukken om voorzichtig te zijn met het zonder meer overnemen van deze Franse regeling in België. De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen verwijzen tevens naar het advies van de Commissie voor verzekeringen C2017/3.

Artikel II.55 - Vordering tot terugbetaling tegen minderjarigen

Dit artikel is nieuw en regelt voor alle verzekeringen de beperking van de omvang van de vordering die de verzekeraar kan instellen tegen een minderjarige tot terugbetaling van door de verzekeraar betaalde vergoedingen. De omschrijving van de omvang van de dekking werd overgenomen uit artikel 7 KB van 12 januari 1984 BA privé leven.

- De vertegenwoordigers van de verbruikers vinden deze definitie van netto-uitgaven suboptimaal omdat daarin niet wordt uitgedrukt dat het moet gaan om werkelijke uitgaven van de verzekeraar. Zij vragen om §1, tweede lid aan te passen als volgt: *“Onder netto-uitgaven van de verzekeraar wordt begrepen het bedrag van de ~~dekking~~ door hem als verzekeringsprestatie verrichte betalingen in hoofdsom, alsmede de gerechtskosten en interesten, het geheel verminderd met de bedragen die hij heeft kunnen recupereren.”*.

Deze vertegenwoordigers zijn tevens van mening dat in §2 het maximum bedrag van 31.000 euro moet verlaagd worden naar 15.000 euro, aangezien de maximumbedragen in de meerderheid van de overeenkomsten BA privé leven volgens hen niet hoger liggen dan 12.500 euro.

- De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen merken op dat de bedragen in §2 sedert jaren niet werden geïndexeerd. Zij vragen om deze bedragen te actualiseren door ze te indexeren op basis van de index der consumptieprijzen en om een automatische indexering voor de toekomst te voorzien.

Artikel II.62 – Indeplaatsstelling van de verzekeraar

4^{de} lid:

- Deze bepaling wijzigt artikel 95, vierde lid W.Verz. en stelt thans dat de verzekeraar geen verhaal heeft op de bloedverwanten, enz. *“behoudens opzettelijke fout”* - *“Sauf en cas de faute intentionnelle”*. Artikel 95, vierde lid W.Verz. bepaalt dat de verzekeraar geen verhaal heeft op de bloedverwanten enz. *“behoudens kwaad opzet”* - *“sauf en cas de malveillance”*.

De Commissie voor verzekeringen gaat helemaal niet akkoord met deze optie en vraagt om in ieder geval de huidige bewoordingen van artikel 95, vierde lid W.Verz. *“behoudens kwaad opzet”* - *“sauf en cas de malveillance”* te behouden.

De vertegenwoordigers van de verbruikers vragen bovendien in de bepaling zelf het begrip *“kwaad opzet”* – *“malveillance”* te verduidelijken zoals toegelicht in de voorbereidende werken bij het oorspronkelijk artikel 41 WLVO. Deze voorbereidende werken stellen: *“Het verhaal van de verzekeraar wordt echter behouden wanneer de schade door één van deze personen wordt veroorzaakt met het opzet de verzekerde te schaden. Dit wordt aangeduid in de termen “behoudens kwaadwillig opzet” – “Le recours de l’assureur est toutefois maintenu lorsque le dommage a été provoqué par l’une de ces personnes, dans l’intention de nuire à l’assuré. C’est ce qu’indiquent les termes « sauf en cas de malveillance » (Parl. St. Kamer 1990-91, nr. 1586/1, 40). Zij vragen om de bepaling aan te vullen als volgt: “behoudens kwaad opzet gericht tegen de verzekerde” – “Sauf en cas de malveillance dirigée contre l’assuré.”*

Des experts estiment qu'il faut respecter l'esprit de la disposition. L'article 95, alinéa 4, loi 4 avril 2014 organise un abandon de recours "légal" contre les ascendants, descendants, parents alliés en ligne directe, présumant que l'assuré n'aurait jamais exercé un recours contre ces personnes pour obtenir une indemnisation. Cette présomption tombe lorsque le parent en question a agi par "malveillance" contre l'assuré. En effet, dans ce cas, on ne peut plus présumer une renonciation au recours. L'assureur qui a payé peut donc faire ce que l'assuré aurait fait également. Cette disposition a été critiquée par certains auteurs et assureurs, notamment parce qu'elle n'est pas du tout adaptée aux assurances de responsabilité dans lesquelles la malveillance est plutôt dirigée vers la personne lésée. La formulation « sauf en cas de malveillance dirigée contre l'assuré » respecte l'esprit du texte. C'est la volonté de causer un préjudice à l'assuré qui est déterminante. Ce que l'on vise en réalité, c'est l'intention de nuire à quelqu'un et non la faute intentionnelle en droit des assurances. Celle-ci est orientée sur le sinistre.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen vragen om de huidige tekst van artikel 95, vierde lid W.Verz. te behouden. Zij wijzen erop dat de argumentatie van de verbruikers en de deskundigen, met name dat de verzekerde zelf geen verhaal zou instellen wanneer het kwaad opzet niet tegen hem gericht is, niet opgaat voor de gasten en het huispersoneel van de verzekerde, welke ook gevisieerd worden door deze bepaling.

- Deze bepaling voorziet, zoals artikel 95, §4 W.Verz. dat de verzekeraar geen verhaal heeft op de echtgenoot.

De Commissie is van mening dat deze regel van afstand van verhaal in overeenstemming moet zijn met het huidige familierecht. Echter, het is niet noodzakelijk om de bepaling aan te passen. Immers, de wettelijk samenwonende partner zit al vervat in de het begrip *“inwonende personen”*. Het is bijgevolg niet nodig om de wettelijk samenwonende partner apart te vermelden. Indien dit toch wenselijk wordt geacht, kan de *“wettelijk samenwonende partner”* in de opsomming worden opgenomen.

Artikel II.72 – Verplichtingen van de verzekerde bij schadegeval

§1: Dit artikel II.72, §1 neemt de bepaling van artikel 75 W.Verz. over doch beperkt het toepassingsgebied tot de schadeverzekeringen en niet langer tot de verzekeringen tot vergoeding van schade. De verantwoording hiervoor is dat in persoonsverzekeringen (die zowel indemnitaire als forfaitaire kunnen zijn) de verzekeraar aan de verzekerde geen verplichting kan opleggen tot beperking of voorkomen van schade na schadegeval, omdat de wet patiëntenrechten en de grondrechten de verzekerde het recht geven om toestemming voor een behandeling te weigeren.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen gaan niet akkoord met deze beperking en vragen om de oorspronkelijke tekst van artikel 75 W. Verz. te behouden. Het gewijzigd artikel dient verplaatst te worden naar Titel II. Zij stellen dat de schadebeperkingsplicht ook relevant kan zijn voor persoonsverzekeringen, bv. in hospitalisatieverzekering wanneer een verzekerde er bewust voor kiest om zich in het buitenland te laten behandelen, terwijl de ingreep even goed in België had kunnen uitgevoerd worden. In de memorie van toelichting kan verduidelijkt worden dat *“de fundamentele rechten van de verzekerde steeds moeten nageleefd worden”*. Sommige deskundigen delen deze mening.

De vertegenwoordigers van de verbruikers gaan wel akkoord met het voorgestelde artikel II.72. Bovendien stellen zij dat de verzekeraar een verplichting om een bepaalde behandeling te ondergaan of zich te laten behandelen door een bepaalde arts of in een bepaald ziekenhuis niet kan steunen op een schadebeperkingsplicht na schadegeval. Zij zijn van mening dat sinds de wet landverzekeringsovereenkomsten in 1992 de problematiek van de kosten in de ziekteverzekeringen sterk veranderd is, waardoor er een grotere kans bestaat dat verzekeraars invloed zouden willen uitoefenen op keuze van de medische behandelingen.

§2 neemt de bepalingen van artikel 76 W.Verz. ongewijzigd over.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen merken op dat de Franse tekst *“intention frauduleuse”* vermeldt en de Nederlandse tekst *“bedrieglijk opzet”*. Het komt hen voor dat beide begrippen niet helemaal hetzelfde betekenen en achten het aangewezen om te verduidelijken wat precies wordt bedoeld.

2. Titel III - Schadeverzekeringen: brandverzekeringen

Artikel II.88 – Betaling van schadevergoeding

Dit artikel II.88 neemt de bepalingen van artikel 121 W.Verz. en artikel 9, §1, 5°, b) en §3, 1° KB Brand eenvoudige risico's over en voert een nieuwe bepaling in §3, 2°, tweede lid.

§3, 2°, tweede lid:

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen gaan akkoord met het voorstel dat moratoire intresten verschuldigd zijn wanneer een verzekeraar afstand doet van zijn vordering of indien de strafvordering heeft geleid tot een vrijspraak. Zij kunnen daarentegen niet akkoord gaan dat bij een buitenvervolginstelling ook moratoire intresten verschuldigd zouden zijn. Een buitenvervolginstelling is vaak het gevolg van het feit dat het parket andere prioriteiten heeft en doet dus geen uitspraak over de onschuld van de verzekerde of begunstigde. Daarnaast vragen ze om te preciseren dat de moratoire intresten aan de wettelijke intrestvoet "in burgerlijke zaken" bedoeld worden.

§3, 5° veralgemeent de bepaling van artikel 9, §1, 5°, b) KB Brand eenvoudige risico's.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen vragen om in de bepaling het woord "of" te vervangen door "en/of": "*Als de vaststelling van de vergoeding en/of de verzekerde aansprakelijkheden betwist worden (...)*". Ze merken op dat bij de sluiting van de betwisting er nog niet noodzakelijk een akkoord is over het te vergoeden bedrag, bv. bij lichamelijke letsels waarvoor een medische expertise nodig is. In deze gevallen menen zij dat de termijn van dertig dagen na het einde van de betwisting over de aansprakelijkheid te kort is om de vergoeding uit te keren.

Deskundigen merken op dat deze bepaling ongewijzigd werd overgenomen van het KB Brand eenvoudige risico's. Bovendien zijn de begrip "of" en "ou" niet exclusief.

§5:

Dit artikel II.88, §5 regelt de verzekering tegen nieuwwaarde en vermindering wegens slijtage. Het bepaalt dat in geval van verzekering tegen nieuwwaarde de slijtage van een beschadigd goed of van het beschadigde gedeelte van een goed slechts mag worden afgetrokken indien deze hoger ligt dan 30 % van de nieuwwaarde. Voor de dekking storm, hagel, sneeuw- en ijsdruk belooft de drempel 20%.

De vertegenwoordigers van de verbruikers vragen dat wordt verduidelijkt dat de formulering "gedeelte van een goed" in artikel II.88, §5 niet mag worden begrepen als "eender welk onderdeel van het verzekerde goed". Zij stellen dat verzekerde gebouwen met meer dan 30 % totale slijtage, zoals bedoeld door de wetgever, in de praktijk niet vaak voorkomen doch dat experts vaak slijtage aftrekken ook al is een gebouw normaal onderhouden. Zij kunnen dat omdat de wet in zekere mate dubbelzinnig is opgesteld waar sprake is van "slijtage van een beschadigd goed of van het beschadigde gedeelte van een goed". Wanneer men voor een verzekerd goed dat uit een hoofdgebouw en een bijgebouw bestaat bv. aan meer dan 30 % slijtage komt voor het bijgebouw, moet naar hun mening de bepaling geïnterpreteerd worden in die zin dat alleen de vergoeding met betrekking tot dat bijgebouw wordt verminderd en is

het nooit correct om de slijtage apart te ramen voor onderdelen, zoals behang, vloeren en schilderwerk. De formulering “gedeelte van een goed” moet naar hun mening begrepen worden overeenkomstig artikel II.84, waar het gaat over “de inboedel waarmee een gebouw of een gedeelte van een gebouw gestoffeerd is”.

3. Titel III - Schadeverzekeringen: Krediet – en borgtochtverzekeringen

Article II.94 - Modifications des limites de crédit

L'article II.94 est un nouvel article relatif aux modifications des limites de crédit. Il comporte deux règles:

- Le preneur d'assurance doit être informé des modifications de limites de crédit par envoi recommandé ;
- Les modifications sont d'application après l'expiration d'un délai qui ne peut être inférieur à 15 jours (à compter du jour qui suit l'envoi recommandé).

Les représentants des entreprises d'assurance estiment que cet article n'est pas du tout adapté à la réalité de l'assurance-crédit et ne répond à aucune nécessité. Contrairement à ce qui est dit dans l'exposé des motifs, il n'aura pas, selon eux, pour effet de renforcer la sécurité juridique ni de protéger les droits des assurés. Leurs arguments sont :

- Le recours à l'envoi recommandé dans la sphère commerciale paraît totalement anachronique à une époque où toutes les communications se font par courrier électronique ordinaire; il ne faut en effet pas oublier que, en assurance-crédit, les preneurs d'assurance et assurés sont des entreprises (il s'agit de « grands » risques). Cette disposition aura pour seul effet de générer un formalisme inutile et des coûts supplémentaires. De plus, le recours à l'envoi recommandé électronique nécessite pour chaque assuré d'implémenter un système permettant la réception de tels envois.

- Un tel délai minimum, qui s'appliquerait dans toutes les situations, est totalement inadapté à la réalité de l'assurance-crédit où il faut dans certains cas prendre des mesures d'urgence, par exemple en cas de faillite imminente du débiteur et ce, également dans l'intérêt de l'assuré lui-même qui supporte toujours un pourcentage de la créance (non couvert). La protection des assurés ne se situe pas tellement dans l'application d'un tel délai mais plutôt dans la transparence de l'information et la motivation des décisions de l'assureur. Une telle obligation de motivation existe en France (Art. L113-4-1 du Code des assurances, loi 2009-1255 du 19 octobre 2009). Les assureurs-crédit actifs en Belgique appliquent d'ores et déjà cette règle. Une limite de crédit peut ainsi être modifiée en raison d'un risque de faillite, de mauvais chiffres, d'arriérés auprès d'autres assurés, ... L'assuré a dans ces cas tout intérêt à être informé des évolutions de la situation de ses débiteurs et à ce que son contrat soit adapté en conséquence. Ces mécanismes étant régis par les contrats, ils ne donnent pas lieu à une situation d'insécurité juridique. Le projet pourrait par contre créer une telle insécurité en donnant l'illusion à un assuré qu'il pourrait continuer pendant 15 jours à faire des affaires avec un débiteur défaillant, voire insolvable, à son propre détriment.

Par ailleurs, la plupart des assureurs ont recours à des mécanismes qui visent à éviter qu'une modification de limite ait des effets trop brutaux sur la situation des assurés (p.ex. des maintiens de la couverture pour l'exécution de commandes en cours, sous conditions, p.ex.

absence d'insolvabilité). L'assureur-crédit a tout intérêt à satisfaire ses clients et à éviter qu'ils ne se trouvent en difficulté. Son volume de prime en dépend directement.

En réalité, les assureurs-crédit s'abstiennent absolument de modifier de manière systématique et arbitraire les limites sur des débiteurs en général; à défaut, ils engageraient leur responsabilité, tant vis-à-vis de leurs assurés que des clients de ces derniers (les acheteurs). Ce point a d'ailleurs été formalisé dans un code de conduite auquel les assureurs-crédit ont adhéré (Code de déontologie à l'usage du secteur de l'assurance-crédit, élaboré par le Credit management Think Tank, http://www.financementdesentreprises.be/sites/default/files/files/code-de-deontologie-fr_0.pdf). L'article 5 de ce code dispose notamment:

« Les compagnies d'assurance-crédit s'engagent : (...)

4. à exposer clairement leur stratégie de modification des lignes de crédit, stratégie qui s'appuiera sur des critères objectifs et des dispositions convenues au préalable. Les décisions relatives aux limites de crédit individuelles ne s'inspireront en principe pas de la seule situation du secteur commercial au sein duquel opère l'entité concernée : elles seront au contraire fondées sur divers types d'information – publique et confidentielle, financière ou non –, qui constituent une source de valeur unique aux yeux de l'assureur-crédit ; (...)

7. à examiner, en collaboration avec l'assuré, la possibilité de réduire ou d'augmenter, en fonction des besoins, les lignes de crédit accordées à certains débiteurs. A développer et/ou promouvoir des solutions visant à éviter toute volatilité systématique et mouvement brutal. ».

- l'article proposé est d'autant plus inadapté qu'il s'appliquerait également en cas d'augmentation de limites de crédit ou de modifications effectuées à la demande de l'assuré.

Certains experts remarquent qu'en cas d'abandon de l'exigence du recommandé, il faudrait traduire dans la loi certains des principes énoncés par le code de déontologie en cas de modification des limites de crédit.

Artikel II.96 – Omission ou inexactitude non intentionnelles dans la déclaration du risque et aggravation du risque

Cet article II.96 reprend le prescrit de l'article 138 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, mais en le rendant impératif, alors que l'article actuel est supplétif.

- De Commissie voor verzekeringen gaat akkoord met deze wijziging, doch vraagt om de sanctie meer af te stemmen op de specificiteit van de krediet – en borgtochtverzekering, en stel voor de tekst aan te passen als volgt:

« § 1er. Lorsque l'omission ou l'inexactitude dans la déclaration ne sont pas intentionnelles, l'assureur peut réduire sa prestation dans le rapport ~~entre la prime payée et la prime que le preneur d'assurance aurait dû payer~~ le montant de la limite de crédit accordée et le montant de la limite de crédit qu'il aurait fixée ~~s'il~~ si le preneur d'assurance avait régulièrement déclaré le risque. (...)

§ 2. Lorsque, au cours de l'exécution d'un contrat, le risque de survenance d'un événement assuré s'est aggravé, le preneur d'assurance doit en faire immédiatement la déclaration à l'assureur. (...)

Si le preneur d'assurance est de bonne foi, l'assureur peut réduire sa prestation selon le rapport entre la prime payée et la prime que le preneur d'assurance aurait dû payer le montant de la limite de crédit accordée et le montant de la limite de crédit qu'il aurait fixée si l'aggravation avait été prise en considération. L'assureur peut néanmoins décliner sa garantie s'il établit qu'il n'aurait en aucun cas assuré le risque aggravé. Dans ce cas il restitue la prime.

- In de memorie van toelichting moet de verwijzing naar M. Fontaine vervangen worden door "M. Fontaine, Droit des assurances, 2016, n° 106, note 263".

4. Titel III - Schadeverzekeringen: Aansprakelijkheidsverzekeringen

Artikel II.100 – Verplichtingen van de verzekeraar na het einde van de overeenkomst

§2, tweede lid, eerste streepje neemt de bepaling van artikel 142, §2, tweede lid, eerste streepje over, behoudens de vervanging van het begrip "risico" – "sinistre" door "deze schade niet daadwerkelijk door een andere verzekeraar wordt vergoed" – "le dommage n'est pas effectivement couvert par un autre assureur". Deze aanpassing is gesteund op de rechtspraak van het Hof van Cassatie en beoogt rechtszekerheid.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen vragen om de oorspronkelijke tekst van artikel 142 W.Verz. te behouden omdat er uiteenlopende redenen kunnen zijn waarom de schade niet gedekt wordt door de verzekeraar, bv. de schade valt onder de vrijstelling, de dekking is geschorst wegens niet-betaling van de premie. Zij menen dat het niet de bedoeling kan zijn dat de schade in al deze situaties alsnog zou vergoed worden.

Artikel II.109 – Tegenstelbaarheid van de excepties, nietigheid, verval van recht

§2, eerste lid neemt de bepalingen van artikel 151, §2, tweede lid W.Verz. over, doch met een positieve formulering in plaats van een negatieve formulering in de Franse versie waardoor deze beter wordt afgestemd op de Nederlandse versie.

Un expert estime que le texte nouveau est moins satisfaisant au regard de la fluidité de la langue française que ne l'était le texte précédent et qu'il voit mal la portée de cette correction.

§2, tweede lid is nieuw en bepaalt dat het regime van niet-tegenwerpelijheid van de verweermiddelen bepaald in paragraaf 1 van toepassing is op de BA privé leven en de BA waarborgen in de brandverzekering eenvoudige risico's.

- De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen gaan niet akkoord met deze uitbreiding van het toepassingsgebied en vragen dat niet geraakt wordt aan de tegenstelbaarheid aan de benadeelde (o.m. de opzettelijke en zware fout, de vermindering van de schadevergoeding wegens onopzettelijke verzwijging of verzwaring). Naar hun mening zal de niet-tegenstelbaarheid tot gevolg hebben dat er geen enkele responsabilisering meer is. De verzekeraar zal altijd moeten uitkeren en draagt het risico van een niet succesvol verhaal. Zij menen dat hierdoor de kans op fraude zal toenemen omdat de verzekerden weten dat de verzekeraar altijd dekking verschuldigd zal zijn (zie tevens het voorgestelde artikel III.82). Voor de BA privé-leven geldt dit des te meer wanneer de gezinsleden beschouwd worden als derde onder elkaar. Zij zijn van oordeel dat dit een negatief effect op de premie zal hebben en leiden tot een strenger acceptatiebeleid. In het bijzonder gaan ze niet akkoord

met de niet tegenwerpelijheid van de vrijstelling. Zij stellen dat de vrijstelling in de BA privé leven (dekkinggraad 90 à 95 %) werd ingevoerd om kleine misbruiken te vermijden en proportioneel overdreven hoge beheerskosten die kleine schadegevallen met zich meebrengen worden uitgeschakeld, waardoor de premie laag kan gehouden worden. Ook het aantal brandverzekeringen (95% van de eigenaars; boven de 85% van de huurders), die gewoonlijk een luik aansprakelijkheid ten aanzien van derden bevatten, zou volgens hen afnemen ingeval van hogere premies en verstrengde acceptatiepolitiek. Naar hun mening biedt deze regel geen betere bescherming van de slachtoffers.

De vertegenwoordigers van de verbruikers gaan wel akkoord met deze regeling. Zij zijn niet overtuigd van de argumenten van fraude en premiestijging, gezien deze ook in het verleden werden ingeroepen bij wetswijzigingen doch niet hard werden gemaakt. Het recupereren van de vrijstelling en het risico op insolventie ligt in deze regeling op de verzekeraar en niet meer op de benadeelde (die hiervoor ook in de rechtsbijstandsverzekering niet altijd een waarborg heeft).

De Ombudsman stelt de vraag of een veralgemening van de praktijk van sommige verzekeraars om een zgn. Engelse vrijstelling te bedingen (une franchise de seuil) geen oplossing kan bieden.

De deskundigen wijzen er op dat het principe van de uitbreiding van het regime van de niet-tegenstelbaarheid van de verweermiddelen reeds voorzien is sinds de WLVO, doch de Koning het niet heeft uitgewerkt. De ratio van de voorgestelde regeling is een bescherming van de gezinnen en de benadeelden. Compte tenu du fait que l'assurance RC familiale est extrêmement répandue, on veut mettre à l'abri la victime des problèmes contractuels qui peuvent se poser entre l'assureur et l'assuré (ex. La faute intentionnelle, faute lourde, non paiement de la prime). La solution maximale est de rendre l'assurance RC familiale obligatoire. Het wettelijk verplicht stellen van een verzekering BA privé leven en BA brand eenvoudige risico's is echter moeilijk realiseerbaar. De voorgestelde regeling is een tussenoplossing die de de verzekering vrij en facultatief laat maar de verweermiddelen uitbreid dit niet kunnen tegengeworpen worden door de verzekeraar. Overigens wijzen ze erop dat in de praktijk sommige verzekeraars een afstand van verhaal bedingen (bv. tegen minderjarigen), niet altijd verhaalsvorderingen worden ingesteld en deze ook niet altijd succesvol zijn.

5. Titel III - Schadeverzekeringen: Rechtsbijstandsverzekeringen

Algemene bemerking

Les représentants des entreprises d'assurance estiment que l'adoption des différents articles proposés va entraîner inévitablement une charge de sinistres (coûts externes) beaucoup plus élevée et par conséquent une augmentation très significative des primes. L'impact portera à la fois sur les entreprises d'assurance protection juridique (accessibilité du produit, anti-sélection, positionnement, attractivité du produit, introduction systématique de franchises, plafond d'intervention moins élevé, ...) et sur le consommateur, qui aura accès à un produit moins étendu et financièrement plus difficile. Selon eux, il est paradoxal de constater, d'une part, la volonté clairement affichée du gouvernement de stimuler et d'encourager fiscalement la souscription de contrats d'assurance de protection juridique et d'observer, d'autre part, la teneur des modifications proposées qui remettent, selon eux, gravement en cause l'avenir même de l'assurance protection juridique en Belgique.

Artikel II.112 – Toepassingsgebied

Dit artikel II.112 neemt de bepalingen over van artikel 154 W.Verz. en artikel 2,3° KB rechtsbijstand.

-De Commissie vraagt om in de memorie van toelichting de verwijzing naar "artikel 2, 2°" KB van 12 oktober 1990 te vervangen door "artikel 2, 1°".

- Les représentants des entreprises d'assurance s'interrogent sur l'utilité de supprimer l'exception prévu à l'article 2, 1° de la AR du 12 octobre 1990 concernant les navires de mers. Selon eux, cette exception vise un domaine à ce point particulier et qui n'a rien à voir avec l'assurance protection juridique « classique ». Ils plaident pour le maintien de cette exception en faveur des litiges et des risques relatifs aux navires de mer ou qui sont en rapport avec cette utilisation. Il est, selon eux, disproportionné d'évoquer le principe d'égalité dans l'exposé des motifs qu'il s'agit de risques à ce point différents et que cette exception ne pose pas de problèmes pratiques. Ils remarquent que le Code Français des assurances (article L127-6) prévoit aussi que l'assurance de protection juridique ne s'applique pas lorsque celle-ci concerne des litiges ou des risques qui résultent de l'utilisation de navires de mer ou sont en rapport avec cette utilisation.

Artikel II.114 – Schadegeval

Dit artikel II.114 is nieuw en voert een definitie in van het begrip schadegeval in de zin van de rechtsbijstandsverzekering: *"Het schadegeval in de zin van dit hoofdstuk is de weigering van een aanspraak waarvan de verzekerde de auteur of de bestemming is"* – *"Au sens du présent chapitre, le sinistre s'étend du refus qui est opposé à une réclamation dont l'assuré est l'auteur ou le destinataire"*.

Deze definitie is gelijkaardig aan de definitie in artikel L.127-2-1 Franse Code des assurances.

- De Commissie erkent het belang van een definitie van het begrip schadegeval in de rechtsbijstandsverzekering, tot oplossing van de discussie en rechtsonzekerheid, onder meer met betrekking tot de tijdige aangifte van het schadegeval en de verjaring.

La Commission est d'accord que pour définir le sinistre, il faut partir du risque spécifique couvert par l'assurance protection juridique, qui est bien la survenance ou l'apparition d'un litige ou une contestation, et non le fait générateur de ce litige ou de cette contestation. Il faut donc focaliser la définition sur la notion de litige. La jurisprudence montre que parfois l'assuré ne prend conscience de ses droits que tardivement alors même que le fait générateur de responsabilité ou le fait constitutif d'infraction s'est déjà réalisé depuis longtemps (victimes du sang contaminé par le VIH, victimes d'abus sexuels). Le refus de garantie dans de telles hypothèses n'est pas justifié dès lors qu'aucune réclamation n'a encore été formulée.

De Commissie is tevens van oordeel dat de definitie van schadegeval in de rechtsbijstandsverzekering niet tot gevolg heeft dat de verzekeraar de anterioriteit niet meer contractueel zou kunnen regelen. Gelet op het gevaar voor antiselectie, dient de verzekeraar de mogelijkheid te behouden om de anterioriteit contractueel te regelen. Per analogie kan verwezen worden naar artikel 143 W.Verz. (artikel 78 WLVO) betreffende de aansprakelijkheidsverzekering dat volgens het Hof van Cassatie niet de anterioriteit regelt. Par ailleurs, la Commission observe qu'indépendamment de la clause d'antériorité l'assuré reste légalement tenu de déclarer lors de la souscription du contrat toute circonstance connue de lui dont il doit raisonnablement considérer qu'elles ont une influence sur le risque.

La Commission, à l'exception des représentants des entreprises d'assurance, et l'Ombudsman demande de clarifier dans l'exposé des motifs que l'assureur peut prévoir qu'il ne couvre pas les faits, événements ou actions survenus antérieurement à la conclusion du contrat, dont le preneur avait connaissance à ce moment et dont il devait savoir qu'ils conduiraient nécessairement à un litige.

Les représentants des entreprises d'assurance estiment que le sujet est d'une telle importance qu'il doit être explicitement repris également dans le projet de loi et pas seulement dans l'exposé des motifs. De plus, le terme « nécessairement » n'est, selon eux, pas acceptable car pour savoir que les faits donneront nécessairement lieu à un litige, il s'agit soit d'une déclaration farfelue, soit d'un cas où le refus est déjà connu.

- Wat betreft de formulering van de definitie:

De vertegenwoordigers van de verbruikers gaan akkoord met de voorgestelde formulering van artikel II.114, die gesteund is op de Franse wet. Naar hun mening belet deze definitie de rechtsbijstandsverzekeraar niet om reeds in een vroeger stadium advies en bijstand te verlenen aan de verzekerde teneinde deze in staat te stellen zijn rechten of aanspraken te doen gelden als eiser of als verweerder. De verzekeraar hefet er belang bij dat aldus wordt vermeden dat de betwisting totstandkomt. In Frankrijk stelt de definitie bij hun weten geen problemen in dit opzicht.

De andere leden van de Commissie zijn van oordeel dat de voorgestelde definitie moet worden aangepast, omdat ze een te beperkende omschrijving geeft van de situaties waarin een verzekerde recht heeft op rechtsbijstand. Immers, de bewoordingen *"weigering van een aanspraak waarvan de verzekerde de auteur of de bestemming is"* – *"le sinistre s'étend du refus qui est opposé à une réclamation dont l'assuré est l'auteur ou le destinataire"* kunnen geïnterpreteerd worden in de zin dat er slechts een schadegeval (verwezenlijking van het

risico) zou zijn in het geval van een geweigerde aanspraak en het conflict tussen de betrokken partijen definitief tot stand gekomen is. Echter, de rechtsbijstandsverzekeraar kan reeds in een vroeger stadium tussenkomen en advies en bijstand verlenen aan de verzekerde teneinde deze in staat te stellen zijn rechten of aanspraken te doen gelden als eiser of als verweerder. In gemeen overleg met de rechtsbijstandsverzekeraar kan bepaald worden op welke wijze aanspraken zullen geregeld of behandeld worden, en aldus worden vermeden dat de betwisting of het conflict definitief totstandkomt.

Voorts zijn er situaties waarin er geen sprake is van een weigering, bv. wanneer na een aanranding, de tegenpartij strafrechtelijk vervolgd wordt en de verzekerde zich burgerlijke partij wil stellen.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen stellen volgende definitie voor:

"§1. Het schadegeval in de zin van dit hoofdstuk is een aanspraak waarbij de verzekerde hetzij eiser of verweerder is.

§2. De verzekerde kan van bijstand genieten op voorwaarde dat het schadeverwekkend feit plaatsvindt gedurende de dekkingperiode van de verzekeringsovereenkomst.

Geen prestatie is verschuldigd door de verzekeraar indien de verzekerde op het ogenblik van het afsluiten van de verzekeringsovereenkomst kennis had of redelijkerwijze kennis had moeten hebben van de feiten, gebeurtenissen of handelingen die aanleiding geven tot zijn vraag tot bijstand."

"§1. Le sinistre au sens de ce chapitre est une réclamation dont l'assuré est soit demandeur, soit défendeur.

§2. L'assuré peut recevoir une assistance à condition que le fait générateur du dommage ait lieu pendant la période de couverture du contrat d'assurance.

Aucune prestation n'est due par l'assureur si l'assuré avait connaissance ou aurait dû raisonnablement avoir connaissance des faits, événements ou actions ayant donné lieu à sa demande d'assistance au moment de la conclusion du contrat d'assurance."

Naar hun mening wordt door de schrapping van het woord "weigering" en door de toevoeging van de §2 tegemoetgekomen aan voornoemde kritieken.

De deskundigen en de Ombudsman stellen voor om de definitie in artikel II.114 aan te passen als volgt:

"Het schadegeval in de zin van dit hoofdstuk is een aanspraak waarbij de verzekerde hetzij eiser of verweerder is."

"Le sinistre au sens de ce chapitre est une revendication dont l'assuré est soit demandeur, soit défendeur. ».

De deskundigen, de vertegenwoordigers van de verbruikers en de Ombudsman gaan niet akkoord met de definitie voorgesteld door de vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen. In het bijzonder gaan zij niet akkoord met de voorgestelde §2, eerste lid. Deze bepaling sluit immers iedere dekking uit wanneer het schadeverwekkende feit of de overtreding is voorgevallen vóór het sluiten van de overeenkomst, zelfs in die gevallen waarin de verzekerde hiervan geen kennis heeft en volstrekt te goeder trouw is. In hoger genoemde gevallen (bv. de slachtoffers van besmette bloedtransfusies of van seksueel misdrijf)

laat deze bepaling aan de verzekeraar toe om dekking te weigeren, wat volgens hen niet gerechtvaardigd is.

Artikel II.116 - Vrije keuze van raadslieden

Dit artikel II.116 neemt de bepalingen van artikel 156 W.Verz. over doch breidt het toepassingsgebied van de vrije keuze van de advocaat uit tot procedures van buitengerechtelijke geschillenbeslechting en wanneer de tegenpartij wordt bijgestaan door een advocaat (§1) en voorziet dat geen enkel beding in de overeenkomst, binnen de grenzen van de dekking, afbreuk kan doen aan de wettelijk bepaalde vrije keuze van de advocaat (§2).

Algemene bemerkingen

- Les représentants des entreprises d'assurance refusent toutes les nouvelles dispositions et les modifications qui visent à rendre incontournable le recours systématique à l'avocat dans le cadre de la gestion des dossiers protection juridique. Ils estiment que l'assureur protection juridique dispose de la maîtrise totale de la gestion de la phase amiable et la législation actuelle prévoit clairement les situations dans lesquelles l'assuré dispose du droit de faire appel à un avocat de son choix. Cette situation équilibrée doit absolument être maintenue et il n'y a, selon eux, aucune justification valable pour rompre cet équilibre en accordant un rôle prépondérant à l'avocat. Le rôle de l'assureur protection juridique ne pourrait pas être réduit à un rôle de tiers payant.

- De deskundigen stellen vast dat de voorgestelde tekst niet beoogt om de schadeafwikkeling in de minnelijke fase volledig toe te kennen aan de vrij gekozen advocaat (zoals wel bestaat in Duitsland) en de Belgische regeling van het pleitmonopolie van de advocaat niet wijzigt (geen toepassing van het Nederlandse systeem).

Certains experts estiment que cet article contient un certain nombre d'innovations qui ne peuvent qu'aider à dissiper les très nombreux conflits qui apparaissent entre avocats et assureurs de protection juridique lorsque ces derniers souhaitent mettre en œuvre leur droit de gérer la phase précontentieuse du litige. L'expérience montre, selon eux, que l'information donnée par l'assureur de protection juridique à l'assuré, dans le cadre de la phase préjudiciaire, est souvent sommaire, en particulier en matière de dommages corporels. La très grande majorité des assurés ignore totalement ce à quoi ceux-ci ont droit au titre de la réparation de leur préjudice corporel. Or, avant l'intervention d'un avocat, jamais les victimes ne sont invitées à rencontrer un juriste ou un gestionnaire de sinistre qui pourrait les éclairer concrètement à ce sujet et attirer leur attention sur l'importance qu'il y a à conserver d'emblée toute preuve de toute espèce de préjudice possible. En outre, le souci d'éviter l'intervention d'un avocat conduit les assureurs de protection juridique à privilégier l'expertise amiable contradictoire, plus rapide, certes, que l'expertise judiciaire, mais moins complète et peu adaptée aux dommages complexes. De surcroît, à supposer même que cette information leur parvienne au terme de l'expertise, il arrive souvent qu'elle soit tardive, faute pour l'assuré d'avoir conservé les preuves de tous ses débours et déplacements autres que les frais médicaux et pharmaceutiques.

Selon eux, le vrai problème des relations entre assureurs de protection juridique et avocats est un problème de qualité de l'information. Cela ne signifie pas que tous les avocats font le

travail qu'ils devraient faire mais cela signifie simplement qu'il est certain en tout cas que les gestionnaires de sinistres, qui ne sont pas organisés pour recevoir, écouter et éclairer concrètement les assurés, ne le font guère. Toute disposition qui, dès lors, rend plus facile et plus rapide le recours à l'avocat ne peut être qu'en faveur de l'accès à la justice et surtout de l'indemnisation correcte des personnes lésées, en particulier lorsqu'il s'agit de personnes lésées de milieux peu favorisés.

Une solution alternative serait que les assureurs, dans le cadre de la gestion pré-judiciaire des litiges, s'équipent et s'organisent pour recevoir, le temps nécessaire, leurs assurés, de manière à leur faire expliquer, par des juristes ou à tout le moins des gestionnaires informés, quels sont leurs droits, les précautions à prendre, les preuves à rassembler et à conserver, mais il n'est pas certain que pareille solution soit pratiquement envisageable.

Les représentants des entreprises d'assurance ne peuvent marquer leur accord sur une telle, selon eux, description caricaturale du métier et du fonctionnement de l'assurance protection juridique en Belgique.

- Certains experts estiment qu'il serait même souhaitable de donner en plus à l'assuré la liberté de choisir un avocat ou toute autre personne qualifiée dès qu'un accord transactionnel lui est proposé, de manière à vérifier si cet accord tient bien compte des intérêts complets de la victime. Ils proposent de modifier l'article II.116, b) : « Chaque fois que surgit un conflit d'intérêt avec son assureur *ou qu'un accord transactionnel lui est proposé*, l'assuré a la liberté de choisir... ».

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen gaan niet akkoord met dit voorstel en zijn van mening dat een systematische aftoetsing van een regelingsvoorstel door een advocaat niet altijd in het voordeel van de verzekerde zal zijn en de kosten zal opdrijven. Zij verwijzen ook naar het voorontwerp tot aanpassing van de reglementering betreffende de buitencontractuele aansprakelijkheid dat een dading in geval van lichamelijk letsel zou verbieden.

§1, punt a): in vergelijking met artikel 156 W.Verz. wordt bepaald dat de verzekerde ook in de procedures van bemiddeling of andere erkende buitengerechtelijke vorm van geschillenbeslechting, het recht heeft op vrije keuze van een advocaat.

- De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen gaan niet akkoord met deze uitbreiding van het vrije keuzerecht en vragen het behoud van de huidige regeling in artikel 156 W.Verz. Zij wijzen erop dat artikel 156 W. Verz. recent gewijzigd werd (zgn. Wet Brotcorne van 9 april 2017) en vinden dat deze wijziging een evenwichtige situatie heeft gecreëerd. Zij achten het bijgevolg niet logisch dat er op korte termijn een tweede maal aan hetzelfde artikel wordt gesleuteld, waarbij de nieuwe wijziging (opnieuw) een inbreuk op het minnelijke beheer van de rechtsbijstandsverzekeraars betekent. La gestion amiable appartient à l'assureur protection juridique est, selon eux, la présence d'un avocat dans une médiation risque de compromettre les chances de succès de la médiation en y introduisant des éléments de nature juridiques alors que les parties recherchent avant tout une solution à leur litige. Cette extension ne vise, selon eux, qu'à étendre le monopole de la plaidoirie des avocats dans les procédures judiciaires également aux modes de règlements alternatifs lorsque la personne

dispose d'une assurance protection juridique et part du principe que l'assureur protection juridique n'est pas en mesure d'assister valablement son assuré dans ce genre de procédures.

En outre, ces représentants estiment que l'argumentation de l'exposé des motifs tirée de la décision de la Cour européenne de Justice est incorrecte. La médiation et les autres modes de règlement non judiciaires reconnus de règlement de conflits ne sont pas des préalables indispensables à l'introduction d'un recours devant les juridictions belges. De plus, dans le cadre d'une médiation, l'essence même d'une médiation et de son succès repose sur le duo constitué par les parties en conflit. C'est à elles qu'il revient de rechercher une solution à leur différend avec l'aide du médiateur. Dans cette procédure, l'avocat ne peut pas représenter son client tout au plus peut-il être présent au même titre qu'un conseiller juridique d'une entreprise d'assurance.

- De deskundigen wijzen op het principe van de "gelijkheid van wapens" voor de partijen betrokken in het geschil. Zij menen dat bepaalde daden niet kunnen gesteld worden door een dossierbeheerder van de rechtsbijstandsverzekeraar. Dans une médiation ou autre procédure non judiciaire reconnue de règlement des conflits, le particulier doit pouvoir bien mesurer les avantages et les inconvénients d'une médiation versus un litige et connaître ses droits. C'est d'autant plus important quand la médiation pourrait devenir prochainement un préalable obligatoire à certaines procédures. Zij verwijzen tevens naar het arrest 136/2018 van 11 oktober 2018 van het Grondwettelijk Hof waarin volgende prejudiciële vraag aan het Hof van Justitie van de Europese Unie werd voorgelegd: « *Dient het begrip « gerechtelijke procedure » in artikel 201, lid 1, a), van de richtlijn 2009/138/EG van het Europees Parlement en de Raad van 25 november 2009 betreffende de toegang tot en uitoefening van het verzekerings- en het herverzekeringsbedrijf zo te worden uitgelegd dat daaronder de buitengerechtelijke en de gerechtelijke bemiddelingsprocedures, zoals geregeld in de artikelen 1723/1 tot 1737 van het Belgisch Gerechtelijk Wetboek, zijn begrepen?* » (<http://www.const-court.be/public/n/2018/2018-136n.pdf>).

§1, punt c): de voorgestelde bepaling voorziet dat de verzekerde moet worden bijgestaan door advocaat van zijn keuze zodra dit ook het geval is voor de tegenpartij.

- De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen gaan niet akkoord met dit voorstel en menen dat dergelijke verplichting kosten met zich zal meebrengen die zullen leiden tot hogere premies voor de rechtsbijstandverzekering, zonder dat dit een betere dienstverlening of snellere schaderegeling garandeert. Le fait de lui imposer de faire appel à un avocat peut, selon eux, même se retourner contre l'assuré lorsque les plafonds de couverture ne sont pas suffisants pour couvrir tous les frais exposés et qu'il devra lui-même payer les frais de l'avocat auquel il a été obligé de s'adresser uniquement sur base du fait que la partie adverse était représentée par un avocat (expertise, frais de procédure, honoraires avocats, ...). Elle part aussi du postulat inexact qu'un assureur protection juridique ne pourrait pas défendre les intérêts de son client de manière valable uniquement parce que la partie adverse serait représentée par un avocat. Cette affirmation ne repose sur aucun élément objectif et est fermement contestée par les représentants des entreprises d'assurance. Ils estiment que le produit d'assurance doit pouvoir sortir ses effets de manière complète : il

comprend une phase amiable qui doit donc pouvoir être exercée pleinement par l'assureur protection juridique.

De deskundigen gaan wel akkoord met de bepaling en wijzen ook hier op het principe van de "gelijkheid van wapens" en de bescherming van de verzekerde.

§2: de voorgestelde bepaling voorziet dat geen enkel beding in de overeenkomst, binnen de grenzen van de dekking, afbreuk kan doen aan de vrije keuze van de verzekerde toegekend in §1.

Les représentants des entreprises d'assurance remarquent que la circulaire de la CBFA (FSMA) 2010-22 du 19 octobre 2010 permet une certaine latitude. Elle prévoit que l'assureur peut également stipuler dans le contrat que si l'assuré choisit un avocat en dehors d'une circonscription territoriale déterminée, l'indemnisation des frais supplémentaires, comme les frais de déplacement et de séjour, de cet avocat sera limitée. Par « frais supplémentaires », l'on entend les frais qui excèdent ceux qui auraient été engagés si l'assuré avait choisi un avocat dans la circonscription territoriale déterminée. Zij gaan niet akkoord met de voorgestelde bepaling.

Deskundigen wijzen op de bewoordingen "binnen de grenzen van de dekking" in §2. Hieruit volgt dat de verzekeraar in de overeenkomst de kosten van de tussenkomst van de advocaat kan beperken. Echter, dergelijk beding, evenals de interpretatie van de Circulaire CBFA, dienen te beantwoorden aan de rechtspraak van het Hof van Justitie inzake artikel 4 van de EU Richtlijn van 87/344 (zaken Eshig, Stark, Sneller).

§3: neemt inhoudelijk artikel 6 van het KB Rechtsbijstandsverzekering over.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen menen dat deze paragraaf zeer restrictief verwoord is en vragen om de oorspronkelijke tekst van artikel 6 te behouden.

Deskundigen merken op dat het niet mogelijk is om de oorspronkelijke tekst van artikel 6 te hernemen, gezien de voorgestelde nieuwe regeling inzake de vrije keuze van de advocaat.

Artikel II.117 - Recht van de verzekeraar om dekking te weigeren

Dit artikel II.117 neemt de bepalingen van artikel 157 W.Verz. en artikel 7 KB rechtsbijstandsverzekering over en voegt een nieuw §3 toe dat aan de verzekeraar de verplichting oplegt om de regeling van de objectiviteitsclausule bij de verzekerde in herinnering te brengen bij de melding van ontvangst van de aangifte van het schadegeval, alsook telkens hij de verzekerde adviseert over het aangaan van een minnelijke schikking, hij een negatief advies geeft over het instellen van een procedure en algemeen bij een meningsverschil met de verzekerde over de schadeafwikkeling.

§3: De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen menen dat het niet proportioneel is dat de rechtsbijstandsverzekeraar reeds vanaf de eerste brief moet wijzen op de objectiviteitsclausule en de wetgeving hen reeds verplicht deze objectiviteitsclausule op te nemen in de algemene voorwaarden. Voorts zijn zij van mening dat wanneer in elke briefwisseling tussen verzekeraar en verzekerde deze clausule moet worden opgenomen, er een negatieve connotatie op de relatie tussen verzekeraar en verzekerde wordt gelegd en

reeds de nadruk wordt gelegd op een potentieel geschil. Zij menen dat de huidige informatieplicht op het ogenblik dat er effectief een betwisting is tussen de verzekerde en zijn rechtsbijstandsverzekeraar, zoals geregeld in artikel II.118 (Artikel 157 W.Verz.), volstaat.

Andere delegaties en de Ombudsman gaan akkoord met de voorgestelde regeling omdat deze beantwoordt aan de nood aan informatie van de verzekerde over zijn rechten in de relatie ten aanzien van zijn verzekeraar. Zij verwijzen naar verschillende jaarverslagen van de Ombudsman van de laatste 10 jaar waarin deze problematiek wordt aangehaald (jaarverslag 2009, p. 60; jaarverslag 2011, p.33; jaarverslag 2014, p. 21 met aanbeveling; jaarverslag 2015, p. 21). Uit de ervaring van de Ombudsman blijkt dat in de praktijk de objectiviteitsclausule slechts beperkt wordt voorgesteld, niettegenstaande er reeds in het huidig recht een (lichtere) informatieplicht geldt. Zij achten het aangewezen om die informatieplicht van een sanctie te voorzien. Zij wijzen tevens op de vaststelling van de Ombudsman dat de taak van de rechtsbijstandsverzekeraar voor veel verzekerden niet duidelijk is en er hierover vaak verkeerde verwachtingen bestaan, alsook dat verzekerden in de loop van een gerechtelijke procedure vaak verwonderd zijn over de financiële limiet van de waarborg rechtsbijstand. Zij wijzen op het belang van duidelijke informatie hierover bij iedere schadeaangifte en pleiten ervoor om bij iedere opening van een dossier aan de verzekerde een document te verstrekken waarin in duidelijke en toegankelijk taal minstens toelichting gegeven wordt over de rol van de rechtsbijstandsverzekeraar, het verzekerd bedrag en de werking van de objectiviteitsclausule bij een meningsverschil.

6. Titel III - Schadeverzekeringen: Vervoersverzekeringen

Algemene bemerkingen

Reeds in het begin jaren 90 heeft de Commissie voor Verzekering deze problematiek van de aflijning tussen de transport – en de landverzekeringen en hun specificiteit besproken in een werkgroep en hierover in 1996 een verslag opgesteld. In 2012 heeft de Commissie een advies verleend over het door de Commissie Maritiem recht opgestelde Blauwboek 9 (C/2012/3 van 2 oktober 2012). Ondertussen blijft de rechtspraak van het Hof van Cassatie over de pleziervaartuigen en de pleziervliegtuigen voor discussie zorgen in de rechtsleer.

De Commissie gaat akkoord met de optie in het ontwerpWetboek Verzekeringen om, overeenkomstig haar advies van 2012, de vervoersverzekeringen onder het algemeen regime van het verzekeringsovereenkomstenrecht te brengen, doch met specifieke bepalingen die rekening houden met de eigenheid van deze vervoersverzekering. De Commissie gaat tevens akkoord om de verzekering van alle risico's van vervoersverrichtingen door particulieren (ook onder bezwarende titel) buiten het toepassingsgebied van de specifieke bepalingen te houden en aldus geen afbreuk te doen aan de bescherming van de huidige regeling in Deel 4 W.Verz.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen benadrukken dat de professionele transportverzekering een belangrijke handelsondersteunende verzekering is die uitgaat van snelheid en vertrouwen tussen de betrokkenen en niet formalistisch werkt. Het incasso van deze verzekeringen bedraagt 300 miljoen euro. De sector van de transportverzekeringen vertegenwoordigt minder dan 1% van de verzekeringsmarkt in België, doch behoort op wereldniveau tot de top 15 landen omwille van haar goede ligging en het

gunstig regime met onder meer de Goederenverzekeringsspolis van Antwerpen. Voor hen is het belangrijk dat de reglementering van de vervoersverzekering rekening houdt met de bestaande praktijk, met de polissen die ruim internationaal gekend zijn om hun degelijkheid en geringe aantal geschillen, de concurrentiële omgeving die de internationale handel kenmerkt en het internationaal reglementair kader waarin zij werken.

Deskundigen wijzen op het belang van een preciese afbakening van het toepassingsgebied, waarbij niet alleen de bescherming van de particulier van belang is maar ook aandacht moet gegeven worden aan de bescherming van de verzekerde en de benadeelde-derde in de vervoersverzekering en het vermijden van discriminatie al naargelang de specifieke regeling van toepassing is of niet.

De Commissie gaat akkoord met een minimalistische regeling van de vervoersverzekering, zodat veel ruimte wordt gelaten voor contractuele regelingen, hetgeen aansluit bij de praktijk.

Artikel II.119 – Toepassingsgebied

Dit artikel II.119 omschrijft het toepassingsgebied van de specifieke bepalingen van de vervoersverzekering en stelt als essentiële voorwaarde dat de vervoersverrichtingen beroepsmatig zijn verricht.

Dit artikel bepaalt: *“Dit hoofdstuk is van toepassing op de verzekeringsovereenkomsten die de dekking van de risico's van beroepsmatig uitgevoerde vervoersverrichtingen tot voorwerp hebben, voor zover er niet wordt van afgeweken door bijzondere wetten of door de bepalingen in Boek III.*

Dit hoofdstuk is niet van toepassing op de bagage – en verhuisverzekeringen.

Dit hoofdstuk is evenmin van toepassing op de risico's die gewaarborgd zijn in persoonsverzekeringen bedoeld in artikel I.12, 6°.”.

- De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen zijn van mening dat de memorie van toelichting correcter dan artikel II.119 de verschillende risico's omschrijft die traditioneel door de transportverzekeraars worden onderschreven waar deze preciseert: *“het toepassingsgebied van het hoofdstuk alle vervoerswijzen omvat, zijnde zee, binnenvaart, luchtvaart, ruimte, spoor, weg en multimodaal en de daaraan verbonden risico's betreffende de casco, de aansprakelijkheid (aansprakelijkheidsverzekering van de transporteur) en de lading (cargo).”.* Bovendien menen ze dat een aantal zee-activiteiten die door maritieme verzekeraars thans onderschreven worden, zoals zeevisserij, baggerschepen en zogenaamd landmateriaal (bv. kranen, pontons), ook onder het toepassingsgebied van dit hoofdstuk vervoersverzekering moeten vallen.

Zij stellen voor om de omschrijving van het toepassingsgebied in artikel II.119 aan te passen als volgt:

“§ 1. Voor zover er niet wordt van afgeweken door bijzondere wetten of door de bepalingen in Boek III, is dit hoofdstuk van toepassing op de verzekeringsovereenkomsten die de dekking tot voorwerp hebben van goederen en zaken, het casco en de aansprakelijkheid van de dienstverlener in de vervoersverrichting met betrekking tot:

- de risico's verbonden aan beroepsmatige vervoersverrichtingen;

- de risico's verbonden aan het beroepsmatig uitbaten van zee- en binnenschepen, drijvende of vaste tuigen op zee- of binnenwateren;

- de risico's verbonden aan beroepsmatige opslag of behandeling van de goederen voor, tijdens of na het vervoer voor zover deze opslag of behandeling in dezelfde verzekeringsovereenkomst worden gedekt;

- de risico's verbonden aan beroepsmatige deelname aan beurzen en tentoonstellingen;

- de risico's verbonden aan beroepsmatige uitbaten van tuigen aan land in het kader van bovenvermelde risico's.

Vervoersverrichtingen betreft alle vervoerswijzen, zijnde zee, binnenvaart, luchtvaart, ruimte, spoor, weg en multimodaal, zowel voor eigen rekening als voor rekening van een ander.

§2. Dit hoofdstuk is niet van toepassing op de bagage – en verhuisverzekeringen en op de verzekering van casco van voertuigen die in het wegverkeer worden gebruikt.

Dit hoofdstuk is evenmin van toepassing op de risico's die gewaarborgd zijn in de persoonsverzekeringen bedoeld in artikel 1.12, 6°."

Zij stellen voor in de memorie van toelichting volgende toelichtingen op te nemen:

- Gezien de verwarring tussen de termen goederen en zaken worden beiden begrippen opgenomen in de omschrijving van het toepassingsgebied. Strikt juridisch zijn goederen alle vermogensbestanddelen (waaronder ook de immateriële) en zijn zaken beperkt tot het materiële. In het gewone taalgebruik wordt voor zaken die vervoerd worden meestal het begrip "goederen" gebruikt (bv. vervoerwet van 1999 had als titel "vervoer van zaken over de weg", vervoerwet 2013 spreekt over "vervoer van goederen over de weg"; CMR-verdrag spreekt van vervoer van goederen; artikel 1 van de Goederenverzekeringsspolis van Antwerpen van 20 april 2004 spreekt van goederen en zaken).

- Het begrip "aansprakelijkheid van de dienstverlener" is ruimer dan "de aansprakelijkheid van de transporteur" en omvat naast vervoerders ook expediteurs, commissionairs, logistieke dienstverleners, natie, terminal-operators, transportarchitecten, groupagebedrijven, enz.

- De begrippen "zee- en binnen(vaart)schepen" worden gedefinieerd in artikel 1 Zeewet 1879 ("als zeeschepen beschouwd alle vaartuigen van ten minste 25 ton, bestemd of gewoonlijk gebruikt voor personen- of goederenvervoer, visserij, sleepvaart of enige andere winstgevende scheepvaartverrichting ter zee") en artikel 271 Zeewet 1879 ("als binnenschepen beschouwd, de vaartuigen, gewoonlijk gebruikt of bestemd voor de vaart in de binnenwateren ten behoeve van personen- of goederenvervoer, visserij, sleepvaart, baggerwerk of enige andere winstgevende scheepvaartverrichting (...) worden met binnenschepen gelijkgesteld alle vaartuigen van minder dan 25 ton die gewoonlijk ter zee worden gebruikt voor soortgelijke verrichtingen").

- De begrippen "drijvende of vaste tuigen op zee-of binnenwateren" refereren aan "fixed and floating objects" die in het Engelse recht traditioneel tot de maritieme risico's behoren (bv. P&I Club GARD, Gard Guidance to the Rules 2018, Risks covered - Rule 37: Damage to fixed or floating objects). Het begrip "tuigen" (vertaling van "engins") wordt gebruikt in het ontwerp-Scheepvaartwetboek.

- De risico's verbonden aan beroepsmatige deelname aan beurzen en tentoonstellingen omvatten de verzekeringen die dekking bieden voor het vervoer van de tentoongestelde

goederen (heen naar de tentoonstellingsruimte/beurs en terug naar de gebruikelijke plaats van verblijf; zgn. 'nagel tot nagel' verzekeringen).

- De formulering "opslag of behandeling van goederen" komt uit het advies van de Commissie voor Verzekeringen over het Blauwboek 9 (C/2012/3, p. 5).

- De verzekering van "pleziervaartuigen" en "pleziervliegtuigen" vallen niet onder het toepassingsgebied van deze specifieke regeling, ongeacht of de verzekering wordt gesloten door een professioneel of particulier en ongeacht het gaat om beroepsmatige of privé vervoersverrichtingen (cf. Cass. 16 september 2011 en 1 maart 2013 pleziervaartverzekering; Cass. 18 december 2015). Voor het begrip "pleziervaartuig" wordt verwezen naar artikel 2, 2° van de wet van 5 juli 2018 op de pleziervaart (elk schip dat, al dan niet voor bedrijfs- of beroepsgebruik, aan pleziervaart doet of ervoor bestemd is, met uitsluiting van de schepen gebruikt voor het vervoer van meer dan twaalf passagiers". Onder pleziervaartuigen en – vliegtuigen vallen tevens onder meer woonboten, helicopters, zweefvliegtuigen, luchtballons, drones.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen gaan akkoord dat wat betreft de inhoud van de afbakening van het toepassingsgebied, nog verdere discussie en verfijning mogelijk is.

- Deskundigen merken op dat in het artikel II.119 gekozen werd voor een synthetische definitie in plaats van een analytische definitie om het risico te vermijden dat in de limitatieve opsomming een item zou vergeten worden. Het voorstel van de vertegenwoordigers van de verzekeraars mengt de twee benaderingen. Zij menen dat het voorstel niet sluitend is en te casuïstisch.

Met betrekking tot de opsomming rijzen volgende vragen:

- wat met het personenvervoer
- de vermelding van de beroepsmatige uitbating van zee- en binnenschepen is onvolledig, vermits dit in voorkomend geval evenzeer relevant is voor luchtvaartuigen, ruimtevaartuigen, spoorvoertuigen, enz
- de verdere definitie van de vervoerverrichting naar vervoerwijze lijkt overbodig. Bij gebreke van nadere specificatie, omvat de term vervoerverrichting automatisch alle vervoerwijzen
- de begrippen "drijvende of vaste tuigen op zee- of binnenwateren" zijn ruim en omvatten ook o.m. bruggen en mosselbanken
- valt de kostenverzekering (bv. rechtsbijstand met betrekking tot het vervoerrisico) er onder?

Artikel II.120 – Niet-toepasselijke of aanvullende wetsbepalingen

1° lid somt de artikelen van Boek II op die niet van toepassing zijn op de vervoersverzekering.

- De Commissie vraagt om in II.120, eerste lid de vermelding van artikel II.12 te schrappen zodat ook de regeling van het bewijs en de inhoud van de verzekeringsovereenkomst toepasselijk is op de vervoersverzekering.

- De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen vragen om enerzijds in artikel II.120 toe te voegen dat de artikelen II.5-II.7, artikel II.44 en artikel II.45 niet van toepassing zijn en anderzijds in dit hoofdstuk een nieuw artikel toe te voegen dat de mededelingsplicht

en de sanctie van verzwijging, verzwaring en vermindering specifiek voor de vervoersverzekeringen regelt (cf. de specifiek regeling in de kredietverzekeringen).

Zij verduidelijken dat in de huidige wetgeving (artikel 233 W.Verz.) iedere verzwijging leidt tot nietigheid van de overeenkomst, ongeacht de goede of kwade trouw van de verzekerde en de verzekeraar enkel moet aantonen dat hij niet of anders zou gecontracteerd hebben op basis van de verzwegen informatie. De strenge sanctie op de verzwijging in transportverzekeringen vindt een verklaring in de praktijk van de internationale handel die het voorwerp van de transportverzekering is. De wereldwijde verspreiding en het voortdurend in beweging zijn van de verzekerde risico's maakt een fysieke inspectie onmogelijk, waardoor de verzekeraar afhankelijk is van de informatie van de verzekerde. Er is eveneens een wanverhouding in verband met de kennis over de vervoerde goederen. Een verzekeraar wordt bijvoorbeeld wel geacht te weten dat glas kan breken en fruit kan rotten maar kan niet geacht worden om te weten dat bepaalde staalsoorten op een exacte temperatuur moeten vervoerd worden, dat bepaalde producten gevaarlijke stoffen bevatten, of dat producten zeer vochtgevoelig zijn.

De toepassing van artikel II.5 (artikel 58 W.Verz.) op de vervoersverzekering heeft tot gevolg dat de verzekeraar enkel de nietigheid van de overeenkomst kan invoeren indien ook een intentioneel element wordt bewezen wat volgens hen veel moeilijker is aangezien de verzekerden bijna altijd bedrijven zijn (artikel II.6; artikel 59 W.Verz.). Voorts legt artikel II.5 enkel een verplichting op aan de verzekeringnemer terwijl het net een belangrijke eigenschap is van de transportverzekering dat de verzekerde en verzekeringnemer verschillende personen kunnen zijn. Het is standaardpraktijk in de transportverzekering dat de informatie die nodig is voor de risicoinschatting en onderschrijving van het risico van meerdere partijen in de internationale koopovereenkomst komt. De koper, verkoper en andere betrokkenen moeten elkaar informatie verschaffen omtrent de eigenschappen van het verkochte goed, over het schip dat geboekt werd, over binnenlands vervoer of tussentijdse opslagrisico's, over documenten, embargo's, formaliteiten, enz. In geval van internationale koop wordt vaak een dekking "magazijn tot magazijn" verleend en de polis of het certificaat zijn overdraagbaar. De houder van de polis met een verzekerbare belang wordt dan vorderingsgerechtigd. Deze houder kan zowel de oorspronkelijke verzekeringnemer of een verzekerde "voor rekening van wie het behoort" zijn. De verzekeringnemer is degene die de informatie verzamelt en doorspeelt aan de verzekeraar. In geval van onvrijwillige verzwijging door de verzekerde zou de verzekeraar op basis van artikel II.7 geen enkel verweermiddel hebben aangezien de bepaling enkel rekening houdt met verzwijging door de verzekeringnemer.

Anderzijds worden tijdens de duur van de overeenkomst de mededelingsplichten in het kader van transportverzekeringen veel minder streng toegepast. Vanaf dan is het risico ook voor de verzekerde veel minder beheersbaar. In de huidige wetgeving op de transportverzekeringen is eveneens de verzwaring beperkt tot de daad van de verzekerde (artikel 255 W.Verz.; artikel 218 Zeeverzekeringswet). De Goederenverzekeringsspolis van Antwerpen van 20 april 2004 gaat nog verder en houdt een aantal situaties van risicoverzwaring gedekt (bv. artikelen 3, 9, 21).

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen vragen bijgevolg dat de mededelingsplicht ook zou gelden voor de verzekerde en dat de sanctie ook geldt voor de verzekerde die deze verplichting niet heeft nageleefd. Met betrekking tot verzwijging kan in

dat verband een bepaling worden opgenomen die stelt: “De verzekeraar is echter tot volledige prestatie gehouden, indien er tegen de begunstigde (of vorderingsgerechtigde) geen verwijt kan gemaakt worden van het verzwijgen of onjuist mededelen van gegevens.”.

Deskundigen merken op dat ook de UK Insurance Act 2015 klantvriendelijker is geworden en bepaalt dat de verzekeraar enkel bij zwaar foutieve tekortkoming aan de mededelingsplicht zijn prestatie volledig kan weigeren. De vraag rijst tevens of voor cargoverzekering geen rekening moet gehouden worden met het feit dat de cargoverzekeringsdekking van nature een korte levensduur heeft (in beginsel de periode van de vervoeroperatie) en een verzekerde optreedt die verschilt van de verzekeringnemer (verzekering voor rekening en polis aan toonder).

2^e lid somt de artikelen van Boek II op die aanvullend zijn voor de vervoersverzekering.

- Uit artikel II.120 volgt *a contrario* dat artikel II.28 over de opzettelijke en zware fout ook voor de vervoersverzekering een bepaling van dwingend recht is.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen vragen om de regeling van de zware fout in artikel II.28, § 2 tot 4 niet toepasselijk te maken op de vervoersverzekering. Naar hun mening dient het bestaande regime van deel 5 W.Verz. waarbij niet vereist is dat de verzekeringsovereenkomst de zware fout op uitdrukkelijke en beperkende wijze opsomt behouden te blijven omwille van de complexiteit van de transportrisico's, de diversiteit aan vervoerde goederen, de geografische uitgestrektheid (wereldwijd) van de verzekerde risico's en de diversiteit aan landen en rechtsregimes. Zij stellen dat het voorzien en beperkend omschrijven van alle mogelijke situaties in de praktijk niet mogelijk is.

Deskundigen merken op dat het voor alle verzekeringen moeilijk is om de gevallen van zware fout (die een verval van dekking zijn) uitdrukkelijk en beperkend te omschrijven. De situatie van een codificatie is niet te vergelijken met de huidige regeling waarin de vervoersverzekering in hoofdzaak contractueel wordt geregeld. De codificatie houdt in dat een specifieke regeling voor vervoersverzekeringen die afwijkt van een dwingende regel overtuigend moet gemotiveerd worden, ten einde de kritiek van een ongelijke behandeling te vermijden.

- Uit artikel II.120 volgt *a contrario* dat Artikel II.38 (verzekering voor rekening) en artikel II.58 (belang bij het verzekerde) van toepassing is op vervoersverzekeringen.

De vertegenwoordigers van de verzekeringstussenpersonen vragen in de memorie van toelichting bij artikel II.120 te verwijzen naar de rechtspraak van het Hof van Cassatie inzake het verzekerbaar belang in zee – en transportverzekering (Cass. 16 april 1953 (m/s Heemskerk; Cass. 17 mei 1957, m/s Dixie en Cass. m/s Halle).

- Uit artikel II.120 volgt *a contrario* dat de artikelen II.60 (omvang van de verzekeringsprestatie) en artikel II.75 (aangenomen waarde) van toepassing zijn op de vervoersverzekering.

De vertegenwoordigers van de verzekeringstussenpersonen vragen in de memorie van toelichting bij de artikelen II.60 en II.75 te vermelden dat deze artikelen ook dienen geïnterpreteerd te worden in de zin dat wanneer de partijen in een

vervoersverzekeringsovereenkomst overeengekomen zijn omtrent het bedrag van de verwachte winst, deze schatting bindend is, zonder dat nader bewijs vereist is.

- Uit artikel II.120 volgt *a contrario* dat artikel II.73 reddingskosten van toepassing is op de vervoersverzekering.

De Commissie vraagt om in de memorie van toelichting te vermelden dat opruimingskosten (c.q. lichtings- en vernietigingskosten) reddingskosten kunnen zijn, voor zover zij onder de voorwaarden van dit artikel II.73 vallen.

7. Titel IV – Persoonsverzekeringen: Levensverzekeringen

Algemene bemerking betreffende de eerste pijler groepsverzekeringen

De Commissie voor verzekeringen vraagt om de regeling voor de eerste pijler groepsverzekeringen ongewijzigd te laten en de reglementering betreffende de levensverzekering in het Wetboek Verzekeringen tevens van toepassing te maken op deze verzekeringsovereenkomsten tak 21 en tak 23 die worden gebruikt in het kader van de eerste pijler. Sommige levensverzekeraars oefenen nog steeds een activiteit uit in het segment van de wettelijke pensioenen (voornamelijk voor lokale overheden, zoals gemeenten, politiekorpsen). Zij beheren tak 21 en tak 23 groepsverzekeringen in uitvoering van artikel 29 of 32 van de wet van 24 oktober 2011 tot vrijwaring van een duurzame financiering van de pensioenen van de vastbenoemde personeelsleden van de provinciale en plaatselijke overheidsdiensten. Het betreft verzekeringsovereenkomsten en geen verrichtingen die onder tak 27 vallen.

Derhalve dient de definitie van groepsverzekering in artikel I.13, 10° en de memorie van toelichting, te worden aangepast (zie *infra*, aanpassing van artikel I.13, 10°).

Over het algemeen volgen eerste pijler groepsverzekeringen dezelfde regels als de tweede pijler groepsverzekeringen voor wat betreft het verzekeringsrecht. Niettemin dient in Boek II rekening te worden gehouden met de volgende afwijkingen ten opzichte van de tweede pijler, ten einde rekening te houden met de specifieke kenmerken van de eerste pijler:

- de aangeslotene van een 1e pijler groepsverzekering kan de begunstigde bij leven of overlijden niet vrij aanwijzen (zie *infra*, aanpassing van artikel II.140). Deze volgen immers de regels van het wettelijk pensioen;
- omdat de pensioenwetgeving de regels voor de begunstiging vastlegt, is het niet nodig om voor eerste pijler verzekeringen regels rond het vooroverlijden van de aangewezen begunstigde in het verzekeringsrecht op te nemen (zie *infra*, aanpassing van artikel II.146);
- een aangeslotene van een 1e pijler groepsverzekering heeft geen recht om de reserves af te kopen (reeds voorzien in artikel II.151, §2);
- in tegenstelling tot een 2e pijler groepsverzekering heeft een aangeslotene van een 1e pijler groepsverzekering geen recht om een voorschot te verkrijgen (zie *infra*, aanpassing van artikel II.159);
- in tegenstelling tot een 2e pijler groepsverzekering kan een aangeslotene van een 1e pijler groepsverzekering de rechten uit de overeenkomst niet in pand geven (zie *infra*, aanpassing van artikel II.160);

- de regeling over de gevolgen van een scheiding op verzekeringsovereenkomsten (afdeling VIII van Titel IV van Boek II) is niet van toepassing op 1e pijler groepsverzekeringen omdat de pensioenwetgeving de gevolgen van een scheiding voor het wettelijk pensioen van de ambtenaren en hun ex-partners vastlegt (zie *infra*, invoering van een nieuw artikel II.169bis).

Algemene bemerking betreffende het begrip “echtgenoot”

In meerdere bepalingen inzake levensverzekeringen is de regeling van toepassing op “de echtgenoot”. De Commissie vraagt verder te onderzoeken of en in hoeverre deze regeling kan uitgebreid worden tot “de echtgenoot en wettelijk daarmee gelijkgestelde partner”, rekening houdend met de onderliggende wetgeving in het Burgerlijk Wetboek (familierecht, erfrecht en huwelijksvermogensrecht), pensioenrecht en fiscaal recht.

Volgens de Commissie lijkt het in volgende bepalingen mogelijk om zowel over de echtgenoot als de wettelijk samenwonende partner te spreken:

- Artikel II.142 - Aanwijzing van de echtgenoot

Deze bepaling kan naar analogie worden toegepast op de wettelijk samenwonende partner, maar zonder verwijzing naar de artikelen II.172 en II.175 die betrekking hebben op echtscheiding. Voor de wettelijk samenwonende partner zou de bepaling kunnen geformuleerd worden als volgt:

“Wanneer de wettelijk samenwonende partner bij name als begunstigde wordt aangewezen, behoudt hij zijn recht op prestatie wanneer de verzekeringnemer een nieuwe wettelijke samenwoning aangaat, tenzij deze het tegendeel heeft bedongen.

Wordt de wettelijk samenwonende partner niet bij name als begunstigde aangewezen, dan komt het recht op prestatie toe aan hem die bij het opeisbaar worden van de verzekerde prestatie die hoedanigheid heeft.”

- Art. II.144 – Gezamenlijke aanwijzing van de kinderen en de echtgenoot als begunstigden *“Wanneer de echtgenoot en de kinderen al dan niet bij name gezamenlijk als begunstigden worden aangewezen, dan wordt het recht op prestaties voor de helft verleend aan de echtgenoot en voor de helft aan de kinderen, tenzij anders is bedongen.”*

Een gelijkaardige regel kan worden voorzien voor een gezamenlijke aanwijzing van de wettelijk samenwonende partner en de kinderen. In dit geval moet een overgangsmaatregel worden voorzien die bepaalt dat deze regel enkel van toepassing is op begunstigingen vanaf de datum van inwerkingtreding van het Boek II.

Voor alle andere bepalingen in het Boek II waar verwezen wordt naar echtgenoot, lijkt het niet opportuun om deze uit te breiden naar de wettelijk samenwonende partner. Immers, het Burgerlijk Wetboek kent aan de wettelijk samenwonende partner niet dezelfde rechten toe als aan een echtgenoot voor wat betreft het beheer van vermogens. Daarom lijkt het niet nodig om de wettelijk samenwonende partner te vermelden in alle bepalingen die rechten toekennen aan de verzekeringnemer van een levensverzekering waarbij gepreciseerd wordt dat de echtgenoot deze rechten niet kan uitoefenen. Dit is het geval voor de artikelen II.140 (aanwijzing van de begunstigde), II.147 (recht van herroeping), II.150 (titularis van het recht op afkoop), II.155 (titularis van het recht op reductie of op de omzetting van het contract),

II.158 (recht van voorschot), II.160 (recht van inpandgeving), II.162 (recht van overdracht) en II.165 (recht van aanvaarding).

Daarnaast kunnen de bepalingen betreffende levensverzekeringen en echtscheiding niet van toepassing zijn op de wettelijk samenwonende partner, omdat het Burgerlijk Wetboek geen echtscheiding kent voor wettelijk samenwonende partners. In de artikelen II.170 tot en met II.176 kan dus enkel over de "echtgenoot" worden gesproken.

Artikel I.13, 15° - Definitie "verzekerde van de tweede graad"

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen stellen de vraag naar de onderliggende reden om de definitie van "verzekerde" in bijlage 2 van het KB Leven op te splitsen in een definitie "verzekerde" en "verzekerde van de tweede graad". Volgens hen is het onduidelijk welke situatie met deze laatste definitie exact wordt gevisieerd en waar in de volgende boeken hiernaar wordt verwezen.

Artikel I.13, 10° - Definitie "groepsverzekering": Deze bepaling voert een definitie van groepsverzekering in.

Om hoger voormelde reden betreffende de eerste pijler groepsverzekeringen en om rekening te houden met het volledige scala aan tweede pijler groepsverzekeringen vraagt de Commissie om:

- de definitie van een "groepsverzekering" aan te passen als volgt:

"10° "groepsverzekering": een persoonsverzekering, tot uitkering van een vast bedrag, in dewelke het risico van het zich voordoen van het verzekerde voorval alleen afhankelijk is van de menselijke levensduur, zelfs indien de partijen de wederzijdse prestaties hebben geëvalueerd zonder rekening te houden met de voorvalswetten, en die is onderschreven door

- *één of meerdere publiekrechtelijke of privaatrechtelijke rechtspersonen ten voordele van het geheel of een categorie van hun werknemers, ambtenaren of bedrijfsleiders en/of hun rechthebbenden;*

- *een inrichter, in de zin van artikel 3, §1, 5° van de wet betreffende de aanvullende pensioenen, ten gunste van het geheel of een categorie van de werknemers van de ondernemingen of instellingen die deel uitmaken van hetzelfde paritaire (sub)comité en/of hun rechthebbenden;"*

De door het ontwerp voorgestelde invulling van het begrip "groepsverzekering" verwijst enkel naar collectieve pensioentoezeggingen voor werknemers (WAP) en is daardoor beperkter dan de huidige definitie in bijlage 2 van het KB Leven. Deze omvat ook eerste pijler groepsverzekeringen en collectieve tweede pijler pensioentoezeggingen voor zelfstandige bedrijfsleiders. Bovendien kan een werkgever of sector een groepsverzekering afsluiten voor een deel (welbepaalde categorie) van zijn werknemers en niet noodzakelijk voor alle werknemers, of kan hij de (sociaalrechtelijke) pensioentoezegging externaliseren bij één of meerdere pensioeninstellingen.

- in de memorie van toelichting een referentie op te nemen naar eerste pijler groepsverzekeringen: Les assurances de groupe peuvent exécuter des engagements de pension complémentaires mais aussi des engagements de pension légaux de statutaires,

comme par exemple les assurances visées aux articles 18, 29 et 32 de la loi du 24 octobre 2011 assurant un financement pérenne des pensions locales. De pensioenwetgeving inzake wettelijke pensioenen (eerste pijler) is van toepassing op deze groepsverzekeringen. Het toepasselijk pensioenstelsel bepaalt derhalve wie welke (afgeleide) rechten heeft of opbouwt.

Artikel I.13, 11° - Definitie "individuele pensioentoezeggingsverzekering"

De Commissie vraagt de definitie aan te passen als volgt:

- een inrichter kan een IPT-verzekering zowel voor een werknemer als voor een zelfstandige bedrijfsleider sluiten.
- de pensioenovereenkomst en het verzekeringscontract kunnen twee afzonderlijke documenten zijn. De pensioenovereenkomst heeft betrekking op de relatie inrichter-aangeslotene (sociaal recht), terwijl het verzekeringscontract de bepalingen omvat die betrekking hebben op de relatie inrichter-verzekeraar (verzekeringsrecht) (zie ook voor het pensioenreglement en de groepsverzekeringsovereenkomst in het kader van een collectieve aanvullende pensioentoezegging). Het is onduidelijk waarom de huidige definitie van 'pensioenovereenkomst' wordt geïntegreerd in de definitie van 'individuele pensioentoezeggingsverzekering' terwijl de definities 'groepsverzekering' (artikel I.13, 10°) en 'reglement van groepsverzekering' (artikel I.13, 55°) wel naast elkaar blijven bestaan.

Voorstel om de definitie als volgt te wijzigen:

« 11° "*individuele pensioentoezeggingsverzekering*": *persoonsverzekering, tot uitkering van een vast bedrag, in dewelke het risico van het zich voordoen van het verzekerde voorval alleen afhankelijk is van de menselijke levensduur, en die is onderschreven door een inrichter, in de zin van artikel 3, §1, 5° van de wet betreffende de aanvullende pensioenen of van artikel 35, 5° van de wet van 15 mei 2014 houdende diverse bepalingen, met het oog op het dekken van een individuele pensioentoezegging ten gunste van een werknemer, bedrijfsleider en/of zijn rechthebbenden; deze verzekering wordt beheerst door een pensioenovereenkomst die de verzekeringsvoorwaarden, de rechten en verbintenissen van de werkgever, de verzekerde en zijn rechthebbenden, alsook de regels met betrekking tot de uitvoering van de individuele pensioentoezegging vastlegt;*

Artikel I.13, 12° - Definitie "de verzekeringen vrij aanvullend pensioen voor zelfstandigen"

De Commissie stelt voor om, analoog aan de definities van een "groepsverzekering" en een "individuele pensioentoezeggingsverzekering", de concrete referentie naar de sociale wetgeving toe te voegen. Daarnaast kunnen ook bepaalde loontrekkende zorgverstrekkers een WAPZ-overeenkomst afsluiten. Tekstvoorstel:

« 12° "*de verzekeringen vrij aanvullend pensioen voor zelfstandigen*": *persoonsverzekering, tot uitkering van een vast bedrag, in dewelke het risico van het zich voordoen van het verzekerde voorval alleen afhankelijk is van de menselijke levensduur, en die overeenkomstig de programmawet (I) van 24 december 2002 is onderschreven door een zelfstandige met het oog op het vestigen van een aanvullend pensioen;* ».

Artikel I.13, 13° - Definitie "inrichter"

De huidige definitie van het begrip "inrichter" verwijst enkel naar groeps- en individuele pensioentoezeggingsverzekeringen voor werknemers.

De Commissie vraagt om ook naar de definitie in de WAP Bedrijfsleider te verwijzen: *"13° 'inrichter': de persoon bedoeld in artikel 3, §1, 5° van de wet betreffende de aanvullende pensioenen of in artikel 35, 5° van de wet van 15 mei 2014 houdende diverse bepalingen;"*.

Daarnaast vallen de lokale besturen met een eerste pijler groepsverzekering niet onder deze definitie. In de bepalingen uit de overige Boeken die niet alleen de tweede pijler maar ook de eerste pijler groepsverzekeringen viseren, gebruikt men daarom bij voorkeur de term 'verzekeringnemer' in plaats van 'inrichter'. In dit verband stelt zich de vraag naar de toegevoegde waarde van de definitie van 'inrichter' in deze codificatie.

Artikel I.13, 14° - Definitie "aangeslotene"

De Commissie vraagt deze definitie aan te passen als volgt (zie infra, toelichting bij artikel II.140): *"14° 'aangeslotene': de persoon bedoeld in artikel 3, §1, 8° van de wet betreffende de aanvullende pensioenen en in artikel 35, 7° van de wet van 15 mei 2014 houdende diverse bepalingen."*

Artikel I.13, ...° - Definitie "de aanvullende pensioenverzekeringen voor zelfstandigen-natuurlijke personen"

De Commissie vraagt een definitie toe te voegen van aanvullende pensioenverzekeringen voor zelfstandigen - natuurlijke personen:

"...° 'de aanvullende pensioenverzekeringen voor zelfstandigen-natuurlijke personen': een persoonsverzekering, tot uitkering van een vast bedrag, in dewelke het risico van het zich voordoen van het verzekerde voorval alleen afhankelijk is van de menselijke levensduur, en die is onderschreven in uitvoering 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 helper."

De Commissie wijst er op dat moet worden opgevolgd of een definitie en een regeling moet worden voorzien voor het vrij aanvullend pensioen voor werknemers dat momenteel bediscussieerd wordt op politiek niveau.

Artikel I.13, 16° - Definitie "actualisatie"

Deze definitie neemt de bepaling van Annex 2, 5 KB Leven over.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen menen dat het gebruik van de woorden "actuele waarde" in andere definities van het wetboek niet coherent is met de definitie van 'actualisatie'. De actuele waarde is volgens de definitie "actualisatie" gelijk aan

de huidige waarde van een toekomstig verzekerd bedrag berekend op basis van de toepasselijke tariefvoorwaarden (= wat is de overeenstemmende waarde van een toekomstig bedrag vandaag?). Niettemin wordt onder diezelfde term in andere definities, zoals in artikelen I.13, 31° (overnamen Annex 2, 22 KB Leven), 42° (overname Annex 2, 33 KB Leven) en 43° (overname Annex 2, 34 KB Leven) het vandaag verzekerd bedrag op einddatum bedoeld (= welk bedrag is vandaag op de einddatum van het contract verzekerd?). Zij stellen dat het belangrijk is verwarring te vermijden en coherentie na te streven en bijgevolg de woorden "actuele waarde" in deze definities te vermijden.

Artikel I.13, 37° - Definitie "inventarisreserve"

In deze definitie wordt verwezen naar 'theoretische afkoopwaarde' die niet gedefinieerd is in de codificatie. Hiervoor zou inspiratie kunnen worden gehaald uit artikel 29, §1 van het KB Leven.

Artikel I.13, 41° - Definitie "verrichting, verzekering(sverrichting)"

De definities e) en f) verwijzen enkel naar de geslachtsafhankelijke sterftetafels (MK/MR en FK/FR), terwijl intussen voor vele verzekeringsovereenkomsten verplicht de geslachtsneutrale sterftetafels (XK/XR) van toepassing zijn.

Tot nu toe gaat de Belgische wetgever ervan uit dat de maximale rentevoet noodzakelijk is als "vangnet", waardoor ook de sterftetafels moeten behouden blijven.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen wijzen erop dat het behoud van de sterftetafels een beleidsbeslissing was ten tijde van de omzetting van Solvency II en zij geen voorstander zijn om de sterftetafels te schrappen.

Artikel I.13, 47° - Definitie "voorzorgstoezegging":

Analoog aan een groepsverzekering geldt ook voor de voorzorgstoezegging dat zij niet noodzakelijk wordt toegekend aan het volledige personeel. Tekstvoorstel:

« 47° "voorzorgstoezegging": de toezegging om voordelen op te bouwen van forfaitaire aard bij pensionering, bij overlijden of bij permanente invaliditeit ten voordele van het geheel of een categorie van het personeel of van de bestuurders van privé-ondernemingen of van publiekrechtelijke rechtspersonen; ».

Artikel I.13, 50° - Definitie "inrichter (van een voorzorgstoezegging)"

Het begrip "inrichter" wordt gedefinieerd in artikel I.13, 13°. Om verwarring te vermijden met het begrip "inrichter (van een voorzorgstoezegging)", stelt de Commissie voor om de haakjes weg te laten en het begrip dus te vervangen door "inrichter van een voorzorgstoezegging".

Artikel I.13, 52° - Definitie "individuele pensioentoezeggingsverzekering"

Dit artikel dient te worden geschrapt aangezien dit begrip reeds gedefinieerd is in artikel I.13, 11° (zie supra).

Artikel I. 13, 55° - Definitie "reglement van groepsverzekering"

De definitie van "reglement van groepsverzekering" is overgenomen uit KB Leven, Annex 2, 46 en bepaalt: *"geheel van de contractuele bepalingen die de voorwaarden van de groepsverzekering vaststellen, alsook de rechten en verplichtingen van de personeelsleden inzake aansluiting, de rechten en verplichtingen van de aangeslotenen, de onderneming of de publiekrechtelijke rechtspersoon en de verzekeringsonderneming met betrekking tot deze verzekering"* -

"l'ensemble des dispositions contractuelles fixant les conditions de l'assurance de groupe, ainsi que les droits et obligations des membres de personnel en matière d'affiliation, les droits et obligations des affiliés, de l'entreprise ou de la personne morale de droit public et de l'entreprise d'assurances, relatifs à cette assurance".

- De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen merken op dat, hoewel het verschil tussen het sociaalrechtelijke begrip "pensioenreglement" en het verzekeringsrechtelijke begrip "groepsverzekeringsreglement" tot uiting komt in artikel II.133, §2, de definitie van een "reglement groepsverzekering" beide documenten samen lijkt te viseren. Het pensioenreglement omvat de rechten en verbintenissen tussen de inrichter, de aangeslotene en zijn rechthebbenden. De verzekeringsovereenkomst tot uitvoering van het pensioenreglement moet daarentegen de verzekeringsvoorwaarden bevatten en heeft betrekking op de relatie inrichter-verzekeraar. In de praktijk kunnen alle sociaal - en verzekeringsrechtelijke bepalingen in hetzelfde document worden opgenomen maar dit is niet noodzakelijk het geval. Hetzelfde geldt voor de individuele pensioentoezegging waar de "pensioenovereenkomst" en de onderliggende verzekeringspolis tot uitvoering van deze pensioenovereenkomst afzonderlijke documenten kunnen zijn.

- In het Nederlands kan de term "reglement van groepsverzekering" worden vervangen door "groepsverzekeringsreglement", zoals gebruikt in Boek II.

- De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen stellen de volgende definities voor:

- *"55° groepsverzekeringsreglement: geheel van bepalingen, contractueel overeengekomen tussen de verzekeringnemer en de verzekeringsonderneming, die de voorwaarden van de groepsverzekering vaststellen in gehele of gedeeltelijke uitvoering van het pensioenreglement van een collectieve pensioentoezegging"*.

- Analooq geldt dan voor de IPT-verzekeringen: *"...° individuele pensioentoezeggingsverzekeringsovereenkomst: geheel van bepalingen, contractueel overeengekomen tussen de verzekeringnemer en de verzekeringsonderneming, die de voorwaarden van de individuele pensioentoezeggingsverzekering vaststellen in gehele of gedeeltelijke uitvoering van de pensioenovereenkomst van een individuele pensioentoezegging"*.

Artikel I.13, 61° - Definitie "toezegging van het type vaste prestaties"

Om coherent te zijn met de Franse versie dient de Nederlandse versie als volgt te worden aangepast: *"toezegging zoals gedefinieerd in artikel 3, §1, 15° van de wet betreffende de aanvullende pensioenen."*

Art. I.13, 64° - Definitie "verworven prestatie (op een bepaald ogenblik) (door een aangeslotene) (in een groepsverzekering of een individuele pensioentoezeggingsverzekering)"

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen stellen de vraag of het nodig is om in deze definitie ook te verwijzen naar de definitie van het begrip "verworven prestatie" in de betrokken sociale wetgeving voor zelfstandigen. Het is immers onduidelijk in welke zin deze definitie gebruikt wordt in het Wetboek Verzekeringen.

Artikel I.13, 65° - Definitie "verworven reserve (op een bepaald ogenblik) (door een aangeslotene) (in een groepsverzekering of een individuele pensioentoezeggingsverzekering)"

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen stellen de vraag of het nodig is om in deze definitie ook te verwijzen naar de definitie van het begrip "verworven reserve" in de betrokken sociale wetgeving voor zelfstandigen? Het is voor hen onduidelijk in welke zin deze definitie gebruikt wordt in het Wetboek Verzekeringen.

Artikel II.126 - Tenlasteneming van medische kosten

Dit artikel II.126 herneemt de bepalingen van artikel 7 KB Leven inzake de tenlasteneming van de kosten van medische onderzoek en breidt het toepassingsgebied uit tot alle persoonsverzekeringen.

Toepassingsgebied

- De Commissie wijst er op dat deze uitbreiding tot alle persoonsverzekeringen afbreuk doet aan de huidige bescherming van de kandidaat-verzekeringnemers in persoonsverzekeringen andere dan levensverzekeringen en dit zonder verantwoording.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen en van de verzekeringstussenpersonen en deskundigen vragen om de bestaande regeling wel te behouden voor de levensverzekeringen. Derhalve dient dit artikel II.126 te worden verplaatst naar Hoofdstuk 2 Levensverzekeringsovereenkomsten en de memorie van toelichting te worden herschreven.

- De vertegenwoordigers van de verbruikers daarentegen vragen om artikel II.126 volledig af te schaffen, m.a.w. ook voor levensverzekeringen de mogelijkheid af te schaffen om de kosten van een medisch onderzoek ten laste te leggen van de kandidaat-verzekeringnemer. Als de kandidaat-verzekeringnemer correct antwoordt op de vragen die de verzekeraar hem stelt, de verzekeraar vervolgens een medisch onderzoek vraagt en omwille van het resultaat daarvan een hogere premie voorstelt, moet de verzekeringnemer naar hun mening geheel vrij zijn om

dat voorstel al dan niet te aanvaarden. De aanvaarding van het aanbod van de verzekeraar mag niet worden beoordeeld door het feit dat een consument de kosten van het medisch onderzoek moet terugbetalen als hij niet ingaat op het aanbod.

- Indien artikel II.126 wordt behouden (ook beperkt tot levensverzekeringen) vraagt de Commissie om rekening te houden met de praktijk waarin ook gebruik wordt gemaakt van documenten (al dan niet elektronische), andere dan een verzekeringsvoorstel. Artikel II.126 kan aangepast worden als volgt: *"Dit recht mag enkel uitgeoefend worden door de verzekeraar indien er melding van gemaakt is in het verzekeringsvoorstel of andere documenten die in de precontractuele fase worden ingevuld op verzoek van de verzekeraar."*.

begrip "kandidaat-verzekeringnemer"

Artikel II.126 vermeldt het begrip "kandidaat-verzekeringnemer", terwijl in andere bepalingen het begrip "verzekeringnemer" wordt gebruikt, ook waar "kandidaat-verzekeringnemer" wordt bedoeld.

Gelet op de uniformiteit, acht de Commissie het aangewezen om in artikel II.126 het begrip "kandidaat-verzekeringnemer" te vervangen door het begrip "verzekeringnemer".

Ter verduidelijking kan in artikel I.11, 17° definitie van "verzekeringnemer" worden toegevoegd: *"In het kader van de precontractuele relaties met de verzekeraar of de verzekeringstussenpersoon dient "verzekeringnemer" te worden begrepen als "kandidaat-verzekeringnemer."* (zie tevens *supra*, artikel I.11, 17°).

Artikel II.127 – Toepassingsgebied

2^e Lid: Zoals hoger toegelicht betreffende de 1^e pijler groepsverzekeringen, vraagt de Commissie om in de bepaling inzake het toepassingsgebied van de persoonsverzekeringen aan te passen met betrekking tot de 1^e en 2^e pijler verzekeringen dat toelaat om, waar nodig, de 1^e pijler groepsverzekeringen uit te sluiten van specifieke bepalingen.

Voorstel van nieuwe bepaling in 2^e lid:

"Dit hoofdstuk is eveneens van toepassing, onder daarin bepaalde voorwaarden, op de overeenkomsten gesloten: 1° door openbare besturen en overheidsbedrijven in het kader van wettelijke pensioenen (eerste pensioenpijler); of 2° ter uitvoering van een aanvullend pensioen in het kader van de beroepsactiviteit (tweede pensioenpijler). ».

Het is eveneens aangewezen om in de memorie van toelichting te verduidelijken dat dit de volledige 1^e en 2^e pensioenpijler omvat. Voor de 2^e pensioenpijler gaat het meer concreet over alle aanvullende pensioenen die aan de databank aanvullende pensioenen aangegeven worden overeenkomstig artikel 306 van de programmawet (I) van 27 december 2006.

Artikel II.129 – Aangifte van het risico

Artikel II.129 neemt de inhoud van artikel 6, 1° KB Leven over.

Het lijkt echter niet langer noodzakelijk om in het verzekeringsvoorstel vragen op te nemen die polsen naar de mogelijkheid van een vervanging of overname van een overeenkomst. In het kader van de AssurMiFID-zorgplicht dient de verzekeraar of tussenpersoon immers reeds een analyse te maken van de behoefte van de klant.

De Commissie stelt voor om deze bepaling te schrappen.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen merken op dat medische vragenlijsten, die de verzekeraars inlichten over het te dekken risico, niet noodzakelijk deel uitmaken van het verzekeringsvoorstel. Zij wijzen er op dat het aangewezen is deze bepaling niet te beperken tot het verzekeringsvoorstel, maar ook andere documenten van de verzekeraars toe te laten die gehanteerd worden voor het inschatten van het risico.

Artikel II.130 – Onbetwistbaarheid

Artikel II.130 neemt de bepalingen van artikel 162 W.Verz. en artikel 10, §1 KB Leven over.

1^{ste} lid:

- Omdat een groepsverzekering eveneens kan worden gesloten voor zelfstandige bedrijfsleiders en de driehoeksrelatie inrichter-pensioeninstelling-aangeslotene van de groepsverzekering ook geldt voor een IPT-verzekering, vraagt de Commissie om het eerste lid als volgt te wijzigen: *“Zodra de levensverzekeringsovereenkomst in werking treedt, of vanaf de aansluiting van de werknemer of de zelfstandige bedrijfsleider bij de groeps- of individuele pensioentoezeggingsverzekering, (...)”*.

- De vertegenwoordigers van de verbruikers vragen dat dit artikel wordt gewijzigd en in geval van onopzettelijke verzwijging de levensverzekering steeds onbetwistbaar is vanaf het sluiten van de overeenkomst.

Artikel II.132 - Inhoud van de levensverzekeringsovereenkomst

Artikel II.132 lijst de vermeldingen op die in de levensverzekeringsovereenkomst moeten worden opgenomen.

2° bepaalt dat de levensverzekeringsovereenkomst moet vermelden in welke mate en voor welke duur de technische grondslagen van de tarifiering worden gewaarborgd.

- De vertegenwoordigers van de verbruikers vragen dat deze informatieplichten meer precies worden omschreven, met vermelding van de maxima.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen vinden dat dit niet nodig is en verwijzen naar de verwachte wetgeving, tot omzetting van de EU richtlijn verzekeringsdistributie (IDD), die de verplichting oplegt om in het kader van de “product oversight governance” een kosten-baten analyse te maken van ieder product.

- De vertegenwoordigers van de verbruikers vragen dat de wet voor de overlijdensverzekeringen met een niet-gegarandeerde premie zou bepalen dat in geval van tariefwijziging voor de niet-gegarandeerde premies maxima zouden gelden (bv. in geval van herziening het tarief nooit het dubbele kan bedragen van het aanvankelijk tarief). Zij menen dat een dergelijke regeling die tot doel heeft de bescherming van de verzekerde, verenigbaar is met de Europese reglementering inzake tariefvrijheid en de toets als wettelijke bepaling van algemeen belang kan doorstaan (zie rechtspraak van het Hof van Justitie in o.m. Commissie/ Italië en DKV/Testaankoop).

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen menen dat de prudentiële verplichtingen van een verzekeraar, op grond waarvan hij mogelijks in de toekomst zijn tarief moet kunnen aanpassen, niet toelaten dat hij een maximum vastlegt in de verzekeringsovereenkomst. Ook de consument is niet gebaat bij een deficitaire verzekeraar.

Deskundigen wijzen erop dat een concrete wetsbepaling steeds moet afgetoetst worden aan de rechtspraak van het Hof van Justitie inzake de tariefvrijheid en de bepalingen van algemeen belang.

5° en 7°

Omwille van de leesbaarheid worden wijzigingen voorgesteld in de Nederlandse versie van punten 5° en 7° van dit artikel II.132.

Bovendien wordt voorgesteld om in punt 7° niet langer een door de verzekeringnemer gedateerd en ondertekend schrijven op te leggen. Elke verzekeraar dient zelf te kunnen bepalen welke de meest aangewezen werkwijze is om een vlotte afhandeling van een afkooaanvraag te kunnen verzorgen. Om diezelfde reden is het niet langer noodzakelijk om een ondertekende kwitantie te eisen (cfr. Artikel II.149, §3).

De Commissie stelt aldus voor de tekst te wijzigen als volgt:

Nederlandse versie: "5° of de verzekeringnemer recht heeft op reductie en omzetting, in de zin van artikel II.152 tot en met II.156. In voorkomend geval worden zijn de beperkingen van die rechten vermeld, alsook de door de verzekeringnemer en de in uitvoering van de bepalingen van artikel II.153 door de verzekeraar te volgen procedures."

"7° of de verzekeringnemer recht heeft op afkoop. In voorkomend geval worden zijn de beperkingen van het recht op afkoop en de door de verzekeringnemer te volgen procedure vermeld, alsook dat de afkoop moet worden aangevraagd ~~met een~~ door de verzekeringnemer ~~gedateerd en ondertekend schrijven~~."

Franse versie: "7° ...~~par un écrit daté et signé~~"

Artikel II.133 – Inhoud van het groepsverzekeringsreglement of van de pensioenovereenkomst

De Commissie stelt dat de algemene voorwaarden integraal deel uitmaken van het groepsverzekeringsreglement en de individuele pensioentoezeggingsverzekering. Ze vraagt artikel II.133, §1 en §3 aan te passen, overeenkomstig de nieuw voorgestelde definitie bij artikel I.13, 55° (zie *supra*), als volgt:

§1 "De algemene voorwaarden maken deel uit van het groepsverzekeringsreglement" – "Les conditions générales d'assurances font partie du règlement d'assurance de groupe."

§3 "In een individuele pensioentoezeggingsverzekering maken de algemene voorwaarden deel uit van de individuele pensioentoezeggingsverzekeringsovereenkomst" – "Dans une assurance d'engagement individuel de pension, les conditions générales d'assurances font partie du contrat d'assurance d'engagement individuel de pension."

Overeenkomstig de voorgestelde definitie van het onderliggende verzekeringscontract van een individuele pensioentoezeggingsovereenkomst, moet het woord "pensioenovereenkomst" in de titel worden vervangen door "individuele pensioentoezeggingsverzekeringsovereenkomst".

Artikel II.138

1^e lid neemt de bepalingen van artikel 167 W.Verz. en artikel 11 KB Leven over.

Om redenen van rechtszekerheid wordt voorgesteld om in de Nederlandse versie volgende termen te vervangen:

- De term "ontbinding" vervangen door "opzegging". Dit is de gedefinieerde term uit de wetgeving en coherent met de Franse versie;
- De zin "vermindering van de prestaties" vervangen door "reductie". Deze term is gedefinieerd in de wet en coherent met de Franse versie.

Bovendien wordt de afkoop in de regel begrepen als een handeling van de verzekeringnemer, niet van de verzekeraar. De bepaling kan worden aangepast als volgt:

- de Nederlandse versie: "(...) Dit brengt enkel mee, ofwel de afkoop zoals bedoeld in art. II.154, §1, of de opzegging ontbinding van de overeenkomst, ofwel de reductie vermindering van de prestaties van de verzekeraar of de omzetting van de overeenkomst."
- de Franse versie: « Il entraine seulement (...) soit le rachat comme prévue à l'article II.154, §1 (...) ».

Artikel II.140 – Aanwijzing van de begunstigde

§1, 2^{de} en 3^{de} lid voegen nieuwe bepalingen in tot regeling van het recht tot aanwijzing van de begunstigde in groepsverzekeringen en individuele pensioentoezeggingsverzekeringen.

De Commissie vraagt volgende aanpassingen:

- in §1, tweede lid de woorden "en met akkoord van de inrichter" te schrappen. Immers, de WAP heeft de verplichte toestemming van de inrichter afgeschaft.
- in §1, tweede en derde lid de woorden "aangesloten werknemer" te vervangen door "aangeslotene", in overeenstemming met het voorstel van gewijzigde definitie in Boek I.
- de beide leden samen te voegen. Ook een vennootschap kan een groepsverzekering sluiten voor haar zelfstandige bedrijfsleiders en voor een individuele pensioentoezegging dient dezelfde regeling te worden voorzien als voor de groepsverzekeringen.

De Commissie stelt derhalve voor om §1, derde lid te schrappen en §1, tweede lid als volgt te wijzigen: « In een groepsverzekering van de tweede pensioenpijler of in een individuele pensioentoezeggingsverzekering, kan de aangeslotene werknemer op zijn verzoek ~~en met akkoord van de inrichter~~, een afwijking bekomen, rekening houdend met zijn persoonlijke situatie, van de vastgestelde regels voor begunstigden van de prestaties in geval van overlijden.

- De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen vragen bovendien om in het voorstel tot aanpassing van §1, tweede en derde lid, toe te voegen dat er geen recht is op wijziging van de begunstiging wanneer in het pensioenreglement of de pensioenovereenkomst een beding is opgenomen dat de begunstiging niet kan gewijzigd worden. Zij verwijzen naar de praktijk waar de groepsverzekeringsreglementen met prestaties

bij overlijden soms bedingen dat de aangeslotene geen afwijking kan bekomen. Het gaat vooral over sectorale pensioenplannen die volgens de regels van het paritair overleg zijn tot stand gekomen. Zij wijzen er tevens op dat in een groepsverzekering de aangeslotene steeds zelf de begunstigde van de prestatie bij leven is, onder meer wegens de fiscale regeling.

Zij stellen voor om §1, derde lid te schrappen en §1, tweede lid als volgt te wijzigen: "In een groepsverzekering van de tweede pensioenpijler of in een individuele pensioentoezeggingsverzekering, kan de aangeslotene werknemer op zijn verzoek en met akkoord van de inrichter, een afwijking bekomen, rekening houdend met zijn persoonlijke situatie, van de vastgestelde regels voor begunstigden van de prestaties in geval van overlijden, ~~zoals~~tenzij anders is bepaald in het groepsverzekeringsreglement pensioenreglement of de pensioenovereenkomst."

De vertegenwoordigers van de verbruikers gaan niet akkoord met dit voorstel. Zij wensen dat de aangeslotene bij een groepsverzekering met prestaties bij overlijden steeds het recht heeft de begunstiging te wijzigen en vragen het verbod op dergelijke vaste begunstigingsclausules.

Artikel II.141 – Geen begunstigde

Overeenkomstig de toelichting bij artikel II.140 dienen de woorden "aangesloten werknemer" - "travailleur affilié" te worden vervangen door "aangeslotene" – "affilié".

Artikel II.142 – Aanwijzing van de echtgenoot

Overeenkomstig de toelichting bij artikel II.140 dienen de woorden "werknemer aangesloten bij"- "du travailleur affilié à" te worden vervangen door "aangeslotene bij" – "de l'affilié à".

Artikel II.145 – Aanwijzing van de wettelijke erfgenamen als begunstigden

1^e lid

De Commissie vraagt om reden van rechtszekerheid de oorspronkelijke tekst van artikel 174 W.Verz. te behouden. Het is juridisch immers niet duidelijk hoe een 'uiting van andersluidende wil' moet worden begrepen of bepaald.

2^{de} lid:

De Commissie vraagt om de nieuw toegevoegde bepaling van het tweede lid aan te passen. Aangezien men zich in het geval van een tweede pijlverzekering altijd in de hypothese van het overlijden van de aangeslotene bevindt, dient in het tweede lid te worden geschrapt dat de verzekeringsprestatie toekomt aan de aangesloten werknemer. Bovendien is het ook in dit lid aangewezen om de zinsnede 'uiting van andersluidende wil' te vervangen door de oorspronkelijke tekst van de bepaling in artikel 174 W.Verz. en de woorden 'aangesloten werknemer' te vervangen door 'aangeslotene' (conform de toelichting bij art. II.140):

"In een groepsverzekering of een individuele pensioentoezeggingsverzekering, komen de verzekeringsprestaties, in de hypothese zoals bedoeld in het eerste lid, toe aan de aangesloten werknemer of diens nalatenschap van de aangeslotene, behoudens uiting van een andersluidende wil onder voorbehoud van tegenbewijs of andersluidend beding."

Memorie van toelichting

De Commissie vraagt om reden van duidelijkheid in de memorie van toelichting te verwijzen naar het antwoord op de Parlementaire vraag nr. 86 van Liesbeth Van der Auwera van 15 maart 2012 aan de vice-eersteminister en minister van Economie, Consumenten en Noordzee met betrekking tot de toepassing van deze bepaling voor alle vormen van de begunstigingsclausule "wettelijke erfgenamen".

Artikel II.146 – Vooroverlijden van de aangewezen begunstigde

2^{de} lid:

Omdat deze situatie zich in een groeps- of individuele pensioentoezeggingsverzekering enkel kan voordoen in geval van een overlijden van de aangeslotene (het kapitaal bij leven komt bij pensionering steeds toe aan de aangeslotene zelf) en daar deze regeling niet van toepassing is op de 1^e pijler groepsverzekeringen, vraagt de Commissie om:

- 2^e lid als volgt te wijzigen:

"In een groepsverzekering van de tweede pensioenpijler of in een individuele pensioentoezeggingsverzekering, komen de verzekeringsprestaties, in de hypothese zoals bedoeld in het eerste lid, toe aan de ~~aangesloten werknemer of aan diens nalatenschap~~ van de aangeslotene, tenzij hij subsidiair een andere begunstigde heeft aangewezen."

- 3^e lid toe te voegen:

"Dit artikel is niet van toepassing op de groepsverzekeringen van de eerste pensioenpijler."

Artikel II.147 – Recht van herroeping

4^{de} lid:

- De Commissie vraagt om de woorden "aangesloten werknemer" – "travailleur affilié" te vervangen door "aangeslotene" – "affilié" (zie artikel II.140).

- De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen vragen omwille van de coherentie met hun voorgestelde aanpassing van artikel II.140, tweede lid (dat een aangeslotene kan afwijken van de begunstigingsclausule, tenzij anders is bepaald in het groepsverzekeringsreglement of het verzekeringscontract tot uitvoering van de pensioenovereenkomst), om het vierde lid te vervullen als volgt:

"In een groepsverzekering of een individuele pensioentoezeggingsverzekering, komt het recht van herroeping toe aan de aangeslotene ~~werknemer~~ voor zover hij het recht heeft gebruikt om de begunstigde aan te duiden overeenkomstig artikel II.140."

Artikel II.149 – Recht van afkoop

§1: Zowel artikel II.149, §1, eerste lid als artikel II.150, §1, eerste lid beschrijven het afkooprecht van de verzekeringnemer.

- De Commissie vraagt om in artikel II.149 volgende aanpassingen te maken:

§1:

- Het is aangewezen het recht op afkoop in één bepaling vast te leggen. Daarbij is het bovendien belangrijk om een correct onderscheid te maken tussen een recht op volledige afkoop en het recht op een gedeeltelijke afkoop. Het recht op een volledige afkoop is een

absoluut recht van de verzekeringnemer. Hij heeft geen recht op een gedeeltelijke afkoop tenzij het contractueel bepaald is.

Voorgestelde tekst: *“Tenzij een op de overeenkomst toepasselijke wetgeving of reglementering dit verbiedt heeft de verzekeringnemer het recht om op elk ogenblik zijn overeenkomst volledig af te kopen. In de mate dat de overeenkomst dit voorziet, heeft de verzekeringnemer eveneens het recht om deze gedeeltelijk af te kopen.”*

- in §1 de precisering uit artikel II.150, eerste lid overnemen betreffende de personen die dit afkooprecht niet kunnen uitoefenen, met aanpassing van de formulering:

“Dit recht op een volledige of gedeeltelijke afkoop kan noch door zijn echtgenoot noch door zijn schuldeisers noch door de curator worden uitgeoefend.”

- in §1 een nieuw lid toevoegen dat stipuleert dat ingeval van een bedrijfsleidersverzekering het recht op afkoop wel kan worden uitgeoefend door de curator of de vereffenaar om te vermijden dat deze contracten nooit tot uitbetaling kunnen komen door het faillissement of de ontbinding van de onderneming. In deze contracten staat immers de onderneming aangeduid als verzekeringnemer en begunstigde.

- in §1 de bepalingen van artikel II.150, tweede en derde lid op te nemen, zodat alle bepalingen m.b.t. het recht op afkoop gegroepeerd staan in één artikel. Het betreft het tweede lid dat stelt dat het contract de methode van opname verduidelijkt en het derde lid dat de toestemming van de begunstigde vereist na aanvaarding van de begunstiging.

- De vertegenwoordigers van de verbruikers en de Ombudsman vragen de schrapping van §1, vierde lid dat stelt: *“Het recht van afkoop bestaat niet voor de tijdelijke verzekeringen bij overlijden met periodieke constante premies, die betaalbaar zijn tijdens een periode die langer is dan de helft van de looptijd van de overeenkomst en voor de tontineverrichtingen.”*. Naar hun mening is er ook in geval van constante premie een reserve, zodat er een afkoopwaarde wordt opgebouwd die moet kunnen worden uitgekeerd.

De andere delegaties wijzen er op dat bij de tijdelijke overlijdensverzekering er een onderscheid moet worden gemaakt tussen twee formules: enerzijds de periodieke vaste premies gedurende gemiddeld 2/3 van de looptijd van het contract (periodieke constante premies), en anderzijds de jaarlijks veranderlijke premies gedurende de volledige looptijd van het contract. Enkel in de eerste formule is het mogelijk dat een reserve overblijft die kan afgekocht worden maar waarbij het veelal gaat om kleine bedragen die fiscaal als afkoop worden belast. Wanneer er een reserve is, is de verzekeraar gehouden deze uit te betalen of om te zetten in een andere verzekeringsovereenkomst. De vertegenwoordigers van de verbruikers en de Ombudsman wijzen er op dat het net is omdat de bepaling van §1, vierde lid bestaat, dat deze reserve nu niet wordt uitgekeerd. Om die reden vragen zij de schrapping van deze bepaling.

- Wat betreft de kwalificatie van §1 en plaats in het Wetboek Verzekeringen:

De Commissie is van oordeel dat de regeling van de afkoop moet gekwalificeerd worden als van contractuele aard en dat de verzekeringnemer hierover zeker moet geïnformeerd worden. Als regeling die deel uitmaakt van het verzekeringsovereenkomstenrecht hoort deze

bepaling thuis in Boek II en is het van toepassing op de verzekeringsovereenkomsten beheerst door het Belgisch recht.

Anderzijds zijn de bepalingen die een beperking voorzien op het bedrag van afkoop (artikel II.149, §1, tweede – vierde lid) van prudentiële aard en moeten deze van toepassing zijn op alle Belgische verzekeringsondernemingen, zowel voor de overeenkomsten onderschreven in België als in het buitenland. Deze bepaling heeft immers tot doel antiselectie te vermijden en de financiële bescherming van de verzekeringsonderneming te garanderen. Gezien het toepassingsgebied verschillend is voor prudentiële en niet-prudentiële bepalingen, is het aangewezen deze op te nemen in Boek VI.

§2:

§2, eerste lid bepaalt wanneer de afkoop *uitwerking* heeft voor verzekeringen waarvan de duur niet langer is dan acht jaar en voor tak 23-verzekeringen. Het principe zoals hier beschreven geldt evenwel voor alle levensverzekeringen en kan derhalve algemeen worden geformuleerd.

§2, tweede lid bepaalt welke datum in aanmerking moet worden genomen voor de berekening.

De Commissie stelt voor om alle principes met betrekking tot uitwerking van de afkoop te groeperen in §2 en deze met betrekking tot de berekening van de afkoopwaarde te groeperen in §3.

De Commissie stelt voor om §2, tweede lid te schrappen, zodat §2 enkel betrekking heeft op de uitwerking van een afkoop:

~~« § 2. Voor de levensverzekeringen waarvan de duur niet langer is dan acht jaar, en de levensverzekeringen verbonden met een beleggingsfonds heeft de afkoop heeft uitwerking op de datum vermeld in het door de verzekeringnemer die de afkoop heeft gevraagd ondertekend schrijven en ten vroegste de dag die volgt op de datum van ontvangst van dit schrijven door de verzekeraar.~~

~~De datum die in aanmerking wordt genomen voor de berekening van de afkoopwaarde is de datum bedoeld in het vorige lid.»~~

§3:

§3, eerste lid bepaalt wanneer de afkoop uitwerking heeft voor de levensverzekeringen, andere dan de verzekeringen met een duur niet langer dan acht jaar en de tak 23-verzekeringen.

Gezien het voorstel om de *uitwerking* van een afkoop voor alle levensverzekeringen (op basis van éénzelfde principe) te regelen in §2, stelt de Commissie voor om §3, eerste lid te schrappen zodat §3 enkel betrekking heeft op de berekeningswijze van een afkoop:

~~“ § 3. Voor de andere dan in paragraaf 2 bedoelde verrichtingen heeft de afkoop uitwerking op de datum waarop de kwintantie van de afkoop of ieder gelijkwaardig document voor akkoord is ondertekend door de verzekeringnemer.”~~

§3, tweede lid bepaalt welke datum in aanmerking moet worden genomen voor de berekening van de afkoopwaarde van deze levensverzekeringen.

- Ook hiervoor kan éénzelfde principe worden toegepast op alle levensverzekeringen.
- Bovendien dient de formulering van §3, tweede lid aangepast te worden om rekening te houden met het principe van geprogrammeerde afkopen, waarbij de verzekeringnemer niet voor elke geprogrammeerde afkoop een nieuwe ondertekende kwitantie moet sturen naar de verzekeraar, maar de procedure voor het programmeren van de toekomstige afkopen of de programmering zelf beschreven staat in de overeenkomst. De praktijk van de geprogrammeerde afkopen was niet geregeld in het KB Leven. De Commissie stelt voor om in §3, tweede lid toe te voegen: “, tenzij een latere datum is overeengekomen.”.
- Betreffende de datum voor de berekening van een afkoop:

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen stellen voor om de formulering van §3, tweede lid aan te passen zonder inhoudelijke wijziging:

“§ 3. De datum die in aanmerking wordt genomen voor de berekening van de afkoopwaarde is de eerste dag volgend op de ontvangst door de verzekeraar van de aanvraag tot afkoop, tenzij een latere datum is overeengekomen. ~~datum van het schrijven bedoeld in paragraaf 2.~~”

De vertegenwoordigers van de verbruikers en de Ombudsman wijzen erop dat er in de praktijk vaak een lange termijn verloopt tussen de datum waarop de verzekeringsonderneming het ondertekend schrijven met de vraag tot afkoop ontvangt en het opstellen van de kwitantie (vaak 1 maand tot 6 weken). In die periode ontvangt de verzekerde geen interesten, zodat het naar hun mening logischer is om de datum te nemen waarop de kwitantie wordt opgesteld:

“§ 3. De datum die in aanmerking wordt genomen voor de berekening van de afkoopwaarde is de datum waarop de kwitantie van de afkoop of ieder gelijkwaardig document is opgesteld, tenzij een latere datum is overeengekomen. ~~datum van het schrijven bedoeld in paragraaf 2.~~”

Artikel II.150 – Titularis van het recht op afkoop

Gezien de bemerkingen bij artikel II.149 over het afkooprecht van de verzekeringnemer, stelt de Commissie voor om de bepalingen van artikel II.150 op te nemen in artikel II.149 en artikel II.150 te schrappen.

Artikel II.151 – Titularis van het recht op afkoop in een groepsverzekering, een individuele pensioentoezeggingsverzekering en een verzekering vrij aanvullend pensioen voor zelfstandigen

Hoofding

Teneinde duidelijkheid te maken dat deze bepaling regels omvat voor alle eerste en tweede pijlverzekeringen, lijkt het aangewezen om de voorgestelde titel ruimer te formuleren als “Titularis van het recht op afkoop in verzekeringen van de eerste of tweede pensioenpijl” (cf. II.127).

De Commissie stelt voor om in artikel II.151 volgende wijzigingen aan te brengen:

§1, eerste en tweede lid:

Een inrichter van een 2^{de} pijler collectieve of individuele pensioentoezegging kan altijd beslissen om het volledige beheer van de toezegging uit te besteden aan een andere verzekeringsonderneming of pensioenfonds. Hiertoe wordt de onderliggende groeps- of IPT-verzekering afgekocht, evenwel mits respect van de voorwaarden uit de sociale wetgeving (cf. hoofdstuk VI van titel 2 WAP). Voor een groepsverzekering van de 1^{ste} pensioenpijler geldt eenzelfde mogelijkheid maar de reserves worden niet noodzakelijk overgedragen naar een verzekeraar of pensioenfonds.

Voorstel om §1, eerste lid te schrappen en §1, tweede als volgt aan te passen:

~~"§ 1. In een groepsverzekering komt het recht op afkoop in de overeenkomst gesloten tussen een inrichter en de verzekeraar, toe aan de inrichter, die dit enkel kan uitoefenen in de door het reglement gespecificeerde gevallen en enkel ten voordele van de aangeslotenen.~~

~~In afwijking van het eerste lid, kan d~~ De groepsverzekering of de individuele pensioentoezeggingsverzekering kan worden afgekocht door de verzekeringnemer met de bedoeling de theoretische afkoopwaarden over te dragen naar een in België toegelaten verzekeringsonderneming, of naar een verzekeringsonderneming die er gerechtigd is om via een bijkantoor of via de vrije dienstverrichting werkzaam te zijn, of naar een instelling voor bedrijfspensioenvoorziening zoals bedoeld in artikel 2, 1°, van de wet van 27 oktober 2006 betreffende het toezicht op de instellingen voor bedrijfspensioenvoorziening."

Het is bovendien aangewezen om in de Memorie van Toelichting te verduidelijken dat een collectieve reserve-overdracht van een groepsverzekering ook mogelijk is binnen éénzelfde verzekeringsonderneming (bv. van een tak 21- naar een tak 23-verzekering of omgekeerd).

§1, derde lid:

- Afschaffing van het grensbedrag van €1.250.000 om redenen dat:

- dit niet meer is afgestemd op de huidige praktijk: aanvullende pensioenen zijn veel meer ingeburgerd dan vroeger, waardoor ook steeds meer kmo's een groepsverzekering aanbieden. Dergelijke groepsverzekeringen blijven onder het grensbedrag, omdat zij slechts een kleine groep werknemers omvatten;
- dit forfaitair grensbedrag houdt geen rekening met de omvang van elke verzekeraar afzonderlijk. Daar waar een grotere verzekeraar omvangrijke afkopen tot aan het grensbedrag mogelijk wel financieel kan dragen, kunnen de financiële gevolgen voor een kleinere verzekeraar significant zijn.

- Omdat de financiële kosten en risico's van een afkoop van een groepsverzekering voor de verzekeringsonderneming gelijkaardig zijn aan deze van een afkoop van een IPT-verzekering, lijken er geen argumenten te zijn die het verschil in behandeling op dit vlak tussen beide types van verzekeringen verantwoorden. Voorstel tot wijziging §1, derde lid en schrapping §1, vierde lid:

~~"Voor een groeps- of individuele pensioentoezeggingsverzekering waarvan de som van de over te dragen afkoopwaarden groter is dan 1.250.000 euro, mag de verzekeraar in de overeenkomst ofwel in een vergoeding voorzien die de in artikel VI.213 bedoelde afkoopvergoeding vervangt ofwel in een spreiding van de overdracht ofwel in een combinatie van de twee."~~

- Deze bepaling is van prudentiële aard en dient verplaatst te worden naar Boek VI.

§1, vijfde lid:

- Het is de bevoegdheid van de NBB om te waken over het financieel evenwicht van de verzekeringsondernemingen. De mogelijkheid om zich te verzetten tegen een overdracht van een groepsverzekering komt dan ook toe aan de NBB en niet aan de FSMA:

« De NBBFSMA kan zich tegen deze overdracht verzetten als het evenwicht van de verzekeringsonderneming erdoor wordt bedreigd.»

- Deze bepaling is van prudentiële aard en dient verplaatst te worden naar Boek VI.

§2:

Overeenkomstig de definitie van “aangeslotene” en de toelichting bij artikel II.140 dient te bepaling te worden aangepast als volgt:

“De ~~werknemer~~-aangeslotene bij een groeps- of individuele pensioentoezeggingsverzekering beschikt over een recht tot afkoop van de verworven reserves, onder de voorwaarden bepaald door de wet betreffende de aanvullende pensioenen of door de wetgeving inzake de aanvullende pensioenen voor zelfstandige bedrijfsleiders. [...]”

§3:

Deze paragraaf preciseert dat met uitzondering van het eerste lid alle bepalingen uit §1 eveneens van toepassing zijn op individuele pensioentoezeggingsverzekeringen. Omwille van de voorgestelde schrapping van het eerste lid van §1 wordt deze paragraaf evenwel overbodig. Gezien de toevoeging in §1, tweede en derde lid van “de individuele pensioentoezeggingsverzekering”, kan §3 worden geschrapt.

§4:

In deze bepaling moet men eveneens verwijzen naar de aanvullende pensioenverzekeringen voor zelfstandigen-natuurlijke personen die vanaf eind juni 2018 kunnen worden afgesloten. Zie hiervoor de voorgestelde definitie om toe te voegen onder Artikel I.13 (zie supra).

§5:

Deze paragraaf bepaalt dat de beperking van de afkoopwaarde tot het eventuele kapitaal-overlijden niet voor de tweede pijler verzekeringen geldt. Gelet op de aanwezigheid van het antiselectierisico in alle aanvullende pensioenverzekeringen dient deze regel eveneens van toepassing te zijn op de tweede pijler verzekeringen. Dit risico werd reeds erkend in het huidige KB Leven dat de aanvullende pensioenverzekeringen niet uitsluit van de toepassing van de bepaling (cfr. art. 17, §1, tweede lid van het KB Leven).

Het standpunt van de FSMA op haar website omtrent de “Draagwijdte van de verplichte vereffening van het aanvullend pensioen bij pensionering” van 27 februari 2018 betreft het geval van een verplichte pensionering op grond van artikel 27, §1 van de wet aanvullende pensioenen voor werknemers, ongeacht het type pensioentoezegging.

De Commissie vraagt om deze paragraaf te schrappen.

Artikel II.152 – Recht op reductie van het contract

§1.

Zoals toegelicht bij II.149, §1 vragen de vertegenwoordigers van de verbruikers en de Ombudsman de schrapping in §1 van de regeling voor “de tijdelijke verzekeringen bij overlijden

met periodieke constante premies die betaalbaar zijn tijdens een periode die langer is dan de helft van de looptijd van de overeenkomst.”.

Artikel II.153 – Recht op de omzetting van het contract

De Commissie vraagt om de oorspronkelijke tekst van artikel 15, §1 KB Leven te behouden en te bepalen dat *“de verzekeringnemer steeds het recht heeft op de omzetting van zijn gereduceerde overeenkomst in de oorspronkelijke combinatie”.*

De Memorie van Toelichting stelt dat de woorden *“in de oorspronkelijke combinatie”* werden geschrapt, omdat de definitie van omzetting reeds voldoende duidelijk is. De definitie uit Artikel I.13, 68° verduidelijkt evenwel niet dat de omzetting van het contract gebeurt in de oorspronkelijke combinatie.

Artikel II.155 – titularis recht op reductie en omzetting

Naar analogie met het nieuw voorgestelde artikel II.149, §1, eerste lid (zie hiervoor) lijkt het aangewezen in de opsomming van de personen aan wie het recht niet toekomt ook de curator toe te voegen.

Artikel II.157 – Opnieuw in werking stellen

2^{de} lid:

- De Commissie meent dat deze bepaling van prudentiële aard is en dient te preciseren dat de NBB bevoegd is voor de controle op de correcte naleving van deze bepaling, in afwijking van het algemene principe dat de FSMA bevoegd is voor de controle van de naleving van de bepalingen uit boek II (zie artikel V.1).

- Dit lid bepaalt een vastgelegde termijn van drie jaar voor het opnieuw in voege stellen van een contract aan het oude tarief.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen vragen dat de termijn voor het opnieuw in voege stellen van een contract aan het oude tarief alsook de bepalingen met betrekking tot de vervanging/overname van een levensverzekering worden beperkt tot drie maanden om de verzekeraar te beschermen tegen het reële risico op speculatie door de verzekeringnemer. Bovendien wordt de termijn zo gelijkgeschakeld met de termijn van drie maanden voor de terug in voege stelling na een afkoop (cfr. artikel 21, 2e lid van het oud KB Leven). De NBB bevestigt dat deze termijn van drie jaar een prudentieel risico inhoudt dat belangrijk kan zijn, vooral het niveau van de intrestvoet.

De vertegenwoordigers van de verbruikers en de Ombudsman daarentegen vragen voor alle situaties minstens een termijn tot wanneer de verzekeringnemer een jaarlijkse staat heeft ontvangen. In de realiteit is de termijn van 3 maanden voor de verzekerde-consument (te) kort. Zij wijzen er ook op dat verzekerden in bepaalde omstandigheden de aangetekende zending niet ontvangen en aldus ook geen kennis hebben van de reductie van de overeenkomst.

4^e lid:

Dit lid neemt de bepaling van artikel 21, vierde lid KB Leven over.

De Commissie vraagt om toe te voegen dat de heractivering moet gebeuren aan de vroegere technische grondslagen, waaronder de geldende intrestvoet. Zeker in polissen met hogere gewaarborgde intresten wordt soms getracht om de actuele intrestvoeten toe te passen bij het opnieuw in werking stellen. In het vroegere KB Leven was dit expliciet opgenomen in het Verslag aan de Koning.

7^{de} lid:

Dit lid stelt dat er geen recht op wederinwerkingstelling bestaat voor de tak 23-contracten en contracten van minder dan 8 jaar. Het huidige KB Leven spreekt echter van verrichtingen met één of meerdere prestaties met een duurtijd niet langer dan acht jaar. Het is aangewezen om in deze bepaling te spreken over contracten met een waarborgperiode van de rentevoet van niet meer dan acht jaar om te vermijden dat verkeerdelijk zou worden begrepen dat de duurtijd van het volledige contract niet langer dan acht jaar mag zijn.

De Commissie vraagt bijgevolg om de huidige formulering aan te passen:

"Dit artikel is niet van toepassing op verzekeringen waarvan de duur van de waarborg van de rentevoet niet langer is dan acht jaar, noch op de levensverzekeringen verbonden met beleggingsfondsen, voor wat betreft het afgekochte deel."

8^{ste} lid:

Dit lid sluit groepsverzekeringen uit van de toepassing van artikel II.157. Omwille van dezelfde driepartijenrelatie inrichter-aangeslotene-pensioeninstelling in een IPT is er geen reden om individuele pensioentoezeggingsverzekeringen op dit vlak verschillend te behandelen dan groepsverzekeringen:

"Dit artikel is niet van toepassing op de groepsverzekeringen en de individuele pensioentoezeggingsverzekeringen."

Artikel II.159 – Groepsverzekering, individuele pensioentoezeggingsverzekering en verzekering vrij aanvullend pensioen voor zelfstandigen

Hoofding:

Teneinde duidelijkheid te verschaffen dat deze bepaling regels omvat voor alle tweede pijlverzekeringen (evenwel met uitsluiting van de eerste pijlverzekeringen) lijkt het aangewezen om de voorgestelde titel ruimer te formuleren als volgt: "Verzekeringen van de tweede pensioenpijl" (Zie ook art. II.127).

1^{ste} lid:

In tegenstelling tot een 2^{de} pijl groepsverzekering heeft een aangeslotene van een 1^{ste} pijl groepsverzekering geen recht om een voorschot te verkrijgen. Overeenkomstig de toelichting bij artikel II.140 dienen ook in deze bepaling de woorden 'aangesloten werknemer' te worden vervangen door 'aangeslotene'. De Commissie stelt voor om het lid als volgt aan te passen:

"In een groepsverzekering van de tweede pensioenpijl of in een individuele pensioentoezeggingsverzekering komt het recht om een voorschot te verkrijgen van de verzekerde prestatie toe aan de ~~aangesloten werknemer~~ aangeslotene, onder de voorwaarden bepaald door de wet betreffende de aanvullende pensioenen of door de wetgeving inzake de aanvullende pensioenen voor zelfstandige bedrijfsleiders."

2^{de} lid:

De Commissie stelt voor om het toepassingsgebied van deze bepaling uit te breiden tot de aanvullende pensioenverzekeringen voor zelfstandigen - natuurlijke personen (cf. artikel II.151, §4).

3^{de} lid:

Het derde lid verklaart de bepaling uit artikel II.158, tweede lid niet van toepassing op aanvullende pensioenverzekeringen, waardoor het bedrag van het eventuele voorschot dat hierin kan worden opgenomen niet moet worden beperkt tot het kapitaal overlijden.

Analoog aan de vervroegde afkoop van dergelijke contracten op vraag van de aangeslotene (zie artikelen II.149 en II.151) zou het recht op een voorschot in dergelijke contracten eveneens beperkt moeten worden tot het kapitaal overlijden. Indien dit niet het geval is, zou een verzekeringsonderneming bij het vooroverlijden van de aangeslotene een bedrag moeten recupereren bij de nalatenschap van de aangeslotene. Bovendien neemt het risico op antiselectie toe indien de toekenning van een voorschot niet beperkt zou worden tot het kapitaal overlijden. De Commissie stelt bijgevolg voor om artikel II.159, derde lid te schrappen.

Artikel II.160 – Recht van inpandgeving

3^{de} lid:

In tegenstelling tot een 2^{de} pijler groepsverzekering kan een aangeslotene van een 1^{ste} pijler groepsverzekering de rechten uit de overeenkomst niet in pand geven. Overeenkomstig de toelichting bij artikel II.140 dienen ook in deze bepaling de woorden 'aangesloten werknemer' te worden vervangen door 'aangeslotene'. De Commissie stelt voor om het lid als volgt aan te passen: *"In een groepsverzekering van de tweede pensioenpijler of in een individuele pensioentoezeggingsverzekering komt het recht om de verworven reserves in pand te geven toe aan de ~~aangesloten werknemer~~ aangeslotene, onder de voorwaarden bepaald door de wet betreffende de aanvullende pensioenen of door de wetgeving inzake de aanvullende pensioenen voor zelfstandige bedrijfsleiders."*

4^{de} lid:

De Commissie stelt voor het toepassingsgebied van deze bepaling uit te breiden tot de aanvullende pensioenverzekeringen voor zelfstandigen-natuurlijke personen (cf. artikel II.151, §4).

Artikel II.161 – Vormvoorschrift

De Commissie vraagt om de woorden "aangesloten werknemer" te vervangen door "aangeslotene" (cf. artikel II.140).

Artikel II.162 – Recht van overdracht

1^{ste} lid: Naar analogie met het nieuw voorgestelde artikel 149, §1, eerste lid (zie *supra*) vraagt de Commissie om in de opsomming van de personen aan wie het recht niet toekomt ook "de curator" toe te voegen.

2^{de} lid: Groepsverzekeringen en individuele pensioentoezeggingsverzekeringen dienen te worden uitgesloten van de toepassing van dit lid, aangezien de overdracht van rechten naar een andere verzekeringnemer in deze contracten in principe wordt uitgevoerd bij een fusie of overname. In deze gevallen heeft men geen andere keuze dan de rechten uit de verzekeringsovereenkomst over te dragen aan de nieuwe onderneming en zou deze overdracht niet onderworpen mogen zijn aan de toestemming van een begunstigde.

Artikel II.163 – Vormvoorschrift

Groepsverzekeringen en individuele pensioentoezeggingsverzekeringen dienen volledigheidshalve te worden uitgesloten van de toepassing van het tweede lid, aangezien in deze contracten de verzekeringnemer een rechtspersoon is die niet kan overlijden.

De Commissie stelt voor de tweede eerste leden van artikel II.163 op te nemen in een §1 en een nieuwe §2 in te voeren dat bepaalt: *“Les articles II.162, alinéa 2 et II.163, §1, alinéa 2 ne sont pas applicables aux assurances de groupe et aux assurances d’engagement individuel de pension.”*

Artikel II.164 – Recht op de verzekeringsprestatie

3^e lid:

- De verwijzing naar de bepalingen uit het Burgerlijk Wetboek moeten worden gecontroleerd wanneer de werkzaamheden tot herziening van het Burgerlijk Wetboek zijn afgerond.

Artikel II.165 – Recht van aanvaarding

2^e lid: Naar analogie met het nieuw voorgestelde artikel 149, §1, eerste lid (zie supra) vraagt de Commissie om in de opsomming van de personen aan wie het recht niet toekomt ook “de curator” toe te voegen.

De Commissie vraagt om een uitzondering op het recht op aanvaarding van de begunstiging te voorzien voor eerste pijler groepsverzekeringen, aangezien de begunstigten van deze verzekeringen maar recht hebben op de verzekerde prestatie in de mate dat zij recht hebben op hun wettelijk pensioen.

Artikel II.167 – Inbreng of inkorting in geval van overlijden van de verzekeringnemer

Dit artikel neemt de inhoud van artikel 188 W.Verz. ongewijzigd over.

- Bij wet van 22 juli 2018 tot wijziging van het Burgerlijk Wetboek en diverse andere bepalingen wat het huwelijksvermogensrecht betreft en tot wijziging van de wet van 31 juli 2017 tot wijziging van het Burgerlijk Wetboek wat de erfenissen en de giften betreft en tot wijziging van diverse bepalingen ter zake (BS 30 juli 2018) werd dit artikel echter gewijzigd als volgt:

“Artikel 68 van dezelfde wet wordt vervangen als volgt:

Artikel 68. In artikel 188 van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen worden de woorden “en, voor zover de verzekeringnemer dit uitdrukkelijk heeft bedongen, aan de inbreng.” vervangen door de woorden “en aan de inbreng.”

De Commissie vraagt derhalve artikel II.167 aan te passen als volgt:

“In geval van overlijden van de verzekeringnemer is de verzekeringsprestatie, overeenkomstig het Burgerlijk Wetboek, onderworpen aan de inkorting en, voor zover de verzekeringnemer dit uitdrukkelijk heeft bedongen, aan de inbreng.”.

- Bovendien dient een overgangsbepaling te worden voorzien in overeenstemming met de overgangsbepaling uit artikel 69 van de wet van 31 juli 2017 tot wijziging van het Burgerlijk Wetboek wat de erfenissen en de giften betreft en tot wijziging van diverse andere bepalingen ter zake, zodat artikel II.167 alleen van toepassing is op de aanwijzingen van begunstigden die gebeuren na 1 september 2018, zijnde de inwerkingtreding van de betreffende wetswijziging.

Voorstel nieuw artikel II.169bis

La Commission demande d'ajouter en tête de la « Section VIII. - Effets du divorce ou de la séparation de corps dans les assurances entre époux communs en biens » (avant « A. Divorce pour cause de désunion irrémédiable ») :

- un nouvel article : *« Article II.169bis. La présente section n'est pas applicable aux assurances de groupe de premier pilier de pension. ».*

- dans l'exposé des motifs que *« L'exclusion des assurances de groupe de premier pilier de la section VIII se justifie par le fait que la législation des pensions légales régit l'impact du divorce sur les droits à pension des ex-époux. ».*

Artikel II.172 – Recht op verzekeringsprestaties die opeisbaar worden na de overschrijving van de echtscheiding

2^e lid dat toelicht dat in een groepsverzekering of een individuele pensioentoezeggingsverzekering onder het begrip verzekeringnemer aangeslotene moet worden verstaan, is overbodig aangezien het begrip verzekeringnemer niet wordt gehanteerd in de bepaling. De Commissie stelt voor dit lid te schrappen.

Artikel II.175 - Recht op verzekeringsprestaties die opeisbaar worden na de overschrijving van de echtscheiding

In lid 1 doelt het woord “overeenkomst” eenmaal op de verzekeringsovereenkomst en eenmaal op de echtscheidingsovereenkomst. Dit kan verwarring creëren.

De Commissie vraagt volgende aanpassing omwille van de duidelijkheid:

“[...] De verzekeringsprestaties worden evenwel betaald aan iemand anders wanneer die in de verzekeringsovereenkomst zelf, al dan niet bij name, als begunstigde wordt aangewezen in geval van echtscheiding en op voorwaarde dat de verzekeraar op de hoogte werd gebracht van deze echtscheiding [...].”

2^e lid licht toe dat in een groepsverzekering of een individuele pensioentoezeggingsverzekering onder het begrip verzekeringsovereenkomst het groepsverzekeringsreglement of de individuele pensioentoezeggingsovereenkomst moet worden verstaan (zie *supra* nieuwe definitie individuele pensioentoezeggingsverzekeringsovereenkomst bij artikel I.13, 55°). De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen menen dat, gezien de voorgestelde wijziging van het eerste lid, dit lid overbodig is en kan worden geschrapt.

8. Titel IV: Persoonsverzekeringen: Verplichte verzekering arbeidsongevallen

Algemene bemerkingen

- De Commissie vraagt een uniforme terminologie te gebruiken tot aanduiding van de arbeidsongevallenverzekering, zowel in de artikelen als in de memorie van toelichting. Quand on parle de l'assurance AT Loi de 1971, la Commission propose de prendre systématiquement un libellé au singulier et référant explicitement à la loi de 1971.

Le projet de Code utilise des libellés divers pour référer à l'assurance AT, ce qui crée de la confusion: parfois « l'assurance obligatoire contre les AT », parfois, « les contrats d'assurance obligatoire contre les AT tels que visés par la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail », parfois « les assurances accidents du travail » (ex : II-39, II.52 §4, II-177). Il n'y a qu'une seule assurance « accidents du travail » à savoir 'l'assurance obligatoire contre les accidents du travail visée par la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail'.

- De Commissie benadrukt dat de invoering van de bepalingen in het Wetboek Verzekeringen inzake de verplichte arbeidsongevallenverzekeringen gelijktijdig moet gepaard gaan met de invoering van de wijzigingsbepalingen van de wet van 10 april 1971 en de overgangsbepalingen.

- De Commissie vraagt de memorie van toelichting onder het opschrift van Hoofdstuk III aan te passen als volgt:

Son alinéa 2 précise que « *l'ensemble des dispositions spécifiques inhérentes à la relation contractuelle entre l'employeur et l'assureur accidents du travail sont reprises dans le Code des assurances.* ». Pour achever le raisonnement et par souci de clarté, préciser aussi l'impact de cette option sur la législation AT en ajoutant in fine que « La création d'un chapitre spécifique aux contrats d'assurance obligatoire contre les accidents du travail dans le Code des assurances implique l'abrogation des articles spécifiques et déroatoires relatifs à cette relation contractuelle se trouvant actuellement dans la loi du 10 avril 1971 et son arrêté d'exécution du 21 décembre 1971. »

En son alinéa 3, l'exposé des motifs précise que la loi AT de 1967 reste en dehors du champ d'application du Chapitre AT mais la qualifie « d'assurance directe pertes pécuniaires diverses (branche 16) » alors que cette assurance est actuellement dans la classification BNB reprise en tant que branche 1b et non branche 16: enlever la référence à la branche 16 dans l'exposé des motifs.

Artikel II.52 – Verjaringstermijn

§4 :

- Les représentants des entreprises d'assurance suggèrent de reprendre dans l'article II.52, §4 la disposition de l'article 69, al. 2 de la loi AT de 1971 stipulant que « L'action en répétition d'indemnités obtenues à la suite de manœuvres frauduleuses ou de déclarations fausses ou sciemment incomplètes se prescrit toutefois par cinq ans ». Selon eux, rien ne justifie la modification de la règle actuelle prévue dans la loi AT de 1971. En assurance AT, la relation Assureur/Victime relève des règles de la sécurité sociale, tandis que la relation Assureur/Employeur relève des règles de l'assurance. La disposition concernée, qui vise à lutter contre la fraude sociale, relève clairement des règles de la sécurité sociale. La même

règle s'applique d'ailleurs dans les autres branches de la sécurité sociale, notamment en maladies professionnelles. Les branches AT et MP relèvent toutes deux de la même autorité de contrôle à savoir Fedris, l'Agence fédérale des risques professionnels. Il importe de maintenir la cohérence entre ces deux branches de la sécurité sociale.

Deskundigen zijn van mening dat er, niettegenstaande de specifieke aard van de arbeidsongevallenverzekering, moet gewaakt worden over de coherentie van het geheel van de verjaringsregeling. De algemene verjaringstermijn van 3 jaar, zoals bepaald in het voorgesteld artikel II.52, §1 (artikel 88 W.Verz.) geldt ook in andere verzekering in geval van fraude. Zij zien geen reden om deze regel niet toe te passen op de arbeidsongevallenverzekering. Desgevallend kan dit nog worden verduidelijkt in de memorie van toelichting, zesde lid.

- La Commission estime que l'expression « Dans les assurances AT, ... » est trop floue et proposent de préciser la formulation comme suit « *En assurance obligatoire contre les AT telle que visée par la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail, l'action en paiement ...* ». Ce paragraphe réfère à des articles de la loi AT de 1971, articles qui ne concernent que l'AT obligatoire.

Article II.177 – Champ d'application

Article II.177 prévoit:

« Le présent chapitre s'applique aux contrats d'assurance obligatoire contre les accidents du travail tels que visés par la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail.

Ce chapitre s'applique également aux assurances octroyant une réparation complémentaire pour la partie du salaire qui excède le plafond salarial prévu à l'article 39 de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail.

Pour les garanties extralégales complémentaires autres que celles visées à l'alinéa 2 dont la réparation n'est pas régie par les dispositions de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail, le contrat d'assurance définit en termes clairs et précis les dispositions légales et contractuelles qui s'y appliquent. ».

L'exposé des motifs précise: « Le champ d'application de cette réglementation comprend également les garanties complémentaires extralégales pour autant que ces garanties consistent dans une augmentation des plafonds légalement déterminés dans la loi sur les accidents du travail du 10 avril 1971. Le but est de ne pas établir de distinction dans l'application de la réglementation légale concernant l'assurance contre les accidents du travail selon que la garantie offre une couverture à concurrence des plafonds légaux ou une garantie plus élevée. Cette solution offre à l'assuré la clarté nécessaire à propos des règles qui sont d'application. En outre, du point de vue de la protection de l'assuré, on ne comprendrait pas pourquoi les règles spécifiques de l'assurance contre les accidents du travail, comme le régime d'indisponibilité des exceptions, ne pourraient être d'application sur la partie de l'indemnisation qui dépasse le plafond déterminé par la loi sur les accidents du travail. Ces garanties extralégales ne sont pas légalement obligatoires mais quand elles sont souscrites elles tomberont donc sous le champ d'application de la réglementation. Le troisième alinéa prévoit que si, dans le contrat d'assurance contre les accidents du travail, des garanties

complémentaires extralégales, autres que celles prévues dans l'alinéa deux sont accordées, l'assureur doit formuler clairement et précisément quelles sont les dispositions légales et contractuelles qui sont d'application si l'indemnisation ne se fait pas conformément aux dispositions de la loi du 10 avril 1971 contre les accidents du travail. L'assuré doit en effet pouvoir identifier clairement les garanties complémentaires pour lesquelles la réglementation spécifique de l'assurance contre les accidents du travail n'est pas d'application. ».

- Les représentants des entreprises d'assurance sont d'avis que l'application du Chapitre AT (lequel ne reprend que les règles « contrats » actuellement prévues dans la loi AT du 10 avril 1971), doit se limiter, comme aujourd'hui, à la seule assurance AT obligatoire. Il s'agit de règles dérogatoires qui trouvent leur justification dans le fait que l'AT est une assurance obligatoire et de sécurité sociale. Selon eux, il n'y a pas lieu d'étendre les principes d'une assurance obligatoire faisant partie de la sécurité sociale à des assurances facultatives basées sur le droit commun. L'extension préconisée mélange sécurité sociale et droit commun et crée de la confusion dans les limites entre AT obligatoire et DC complémentaires.

En outre, ils estiment que l'extension de l'alinéa 2 crée un régime différent pour un seul type de garantie complémentaire « Dépassement du plafond légal de type loi » et crée donc une discrimination de traitement entre victimes, ainsi qu'un régime différent pour un seul produit par rapport aux autres garanties complémentaires de type Loi. Il existe en effet de nombreuses autres garanties complémentaires à l'AT qui suivent certaines règles (mais pas toutes) de la loi de 1971, comme vie privée type Loi, extension cohabitant légaux en cas de décès type Loi (ceux non visés par la loi de 1971), test d'embauche type Loi (sans contrat de travail) ou stagiaires volontaires en entreprise type Loi. Même la garantie complémentaire « Dépassement du plafond légal de type Loi » ne semble pas concernée par l'extension visée à l'alinéa 2. Aucun produit 'Dépassement du plafond légal' n'offre en effet une réparation entièrement « régie par les dispositions de la loi du 10/04/1971 sur les AT » (cf. art II.177 alinéa 3) car ce n'est précisément pas de l'assurance obligatoire. Ces garanties complémentaires sont déterminées selon la volonté des parties (liberté contractuelle).

Na bespreking gaan de delegaties akkoord dat: er geen onderscheid kan worden gemaakt in de diverse soorten van aanvullende extralegale waarborgen en een regeling niet kan beperkt worden tot enkel de aanvullende extralegale waarborg die het gedeelte van het wettelijk plafondloon overtreffen, dat het voor de verzekerde duidelijk moet zijn welke wettelijke bepalingen van toepassing zijn op de aanvullende extralegale waarborgen en dat voor de afbakening van het toepassingsgebied van de specifieke bepalingen van de arbeidsongevallenverzekering van Hoofdstuk III moet worden uitgegaan van het principe "de bijzaak volgt de hoofdzaak".

De Commissie stelt derhalve voor voor de toepassing van de specifieke bepalingen van Hoofdstuk III op de aanvullende extralegale waarborgen wordt uitgegaan van volgend onderscheid:

- ofwel zijn de aanvullende extra legale waarborgen gedekt in dezelfde overeenkomst als de verplichte arbeidsongevallenverzekering wet 1971 en dan gelden de specifieke bepalingen van Hoofdstuk III op alle waarborgen, inclusief de aanvullende extralegale waarborgen
- ofwel maakt de verzekeraar twee afzonderlijke verzekeringsovereenkomsten en in dat geval zijn de bepalingen van Hoofdstuk III niet van toepassing op de aanvullende extralegale

waarborgen waarvoor de schadeloosstelling niet gebeurt overeenkomstig de wet van 10 april 1971 en moet dit duidelijk en nauwkeurig in de verzekeringsovereenkomst zijn bepaald.

- Echter, in de Commissie blijft er een verschil van mening over de concrete omschrijving van de aanvullende extralegale waarborgen die onder het toepassingsgebied van Hoofdstuk III.

Selon les représentants des entreprises d'assurance, une extension devait être introduite, au nom du principe de « l'accessoire suit le principal », lorsque l'assurance AT et la garantie complémentaire sont prévues dans le même contrat, il s'agit de préciser dans le texte pour la clarté juridique que l'on vise les garanties complémentaires qui prévoient un complément d'indemnisation à celle prévue par la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail en cas de réalisation du risque accident du travail au sens de cette loi et où forcément il y a application de la loi de 1971. Il s'agit donc des garanties complémentaires qui s'appliquent lorsqu'il y a un accident du travail reconnu à la base. Lorsque le risque assuré n'est pas un accident du travail mais par exemple un accident de la vie privée, il n'y aura pas à la base l'application de la loi de 1971, ce qui juridiquement empêche l'application du chapitre AT puisqu'il est indissociable de la loi AT.

Ils proposent de modifier le texte: "Art. II.177. Le présent chapitre s'applique aux contrats d'assurance obligatoire contre les accidents du travail tels que visés par la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail.

Ce chapitre s'applique également aux garanties extralégales complémentaires octroyées dans le même contrat visé à l'alinéa 1 qui prévoient un complément d'indemnisation à celle prévue par la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail en cas de réalisation du risque accident du travail au sens de cette loi.

Lorsque les garanties extralégales complémentaires sont prévues dans un contrat distinct, celui-ci détermine en termes clairs et précis les dispositions légales et contractuelles qui lui sont applicables."

Des experts se réfèrent à la pratique courante des assureurs consistant à offrir des garanties complémentaires de différentes natures, dans le même contrat que l'assurance AT loi. Wanneer de aanvullende waarborgen betrekking hebben op een arbeidsongeval en deze ruimere vergoeding bieden dan voorzien in de arbeidsongevallenwet van 1971, kan naar hun mening hierop de toepassing van de specifieke bepalingen van de arbeidsongevallenverzekering niet worden uitgesloten. Tout ce qui est de nature complémentaire doit être soumis aux mêmes règles. Le principe suivant lequel l'accessoire suit le principal permet d'éviter un panachage des règles applicables aux garanties complémentaires, qui est totalement incompréhensible pour le preneur. Il faut en effet que le preneur sache clairement si ces garanties sont ou non soumises aux règles de la loi de 1971 et dans quelle mesure. Ils sont d'accord que la loi ne pourrait pas créer une discrimination de traitement entre deux catégories de victimes. La discrimination sera toutefois évitée si l'on fonde la distinction sur le fait que la garantie complémentaire couvre un risque « accident du travail » au sens de la loi ou ne couvre pas un risque de cette nature. Daarenboven vragen de deskundigen dat een wettelijke oplossing wordt geboden voor de verwarring die er in de praktijk bestaat over de regels die van toepassing zijn op aanvullende extralegale waarborgen waaraan geen arbeidsongeval aan de grondslag ligt. Vaak zijn dergelijke waarborgen

opgenomen in dezelfde overeenkomst als de verplichte arbeidsongevallenverzekering wet 1971, bv. de arbeidsongevallenverzekering die tevens een waarborg ongeval privé leven biedt. In sommige overeenkomsten is bovendien, contractueel, voorzien dat hierop de voorwaarden zoals voorzien in de wet van 1971 van toepassing zijn. Zeker in deze gevallen waar voor de omvang van de waarborg verwezen wordt naar de voorwaarden van de wet van 1971, is het voor de verzekerde/begunstigde vaak erg verwarrend dat hierop niet de regels van de arbeidsongevallenverzekering van toepassing zijn, waaronder in het bijzonder de rechtstreekse vordering en de niet-tegenwerpelijke van de verweermiddelen.

De deskundigen vragen bijgevolg dat ook voor dit type van aanvullende extralegale waarborgen duidelijkheid bestaat over de toepasselijke regels. Wanneer de verzekeraar kiest voor twee verzekeringsovereenkomsten, zijn de bepalingen van Hoofdstuk III verplichte arbeidsongevallenverzekering niet van toepassing op de overeenkomst die de aanvullende extralegale waarborgen dekt waarop de wet van 10 april 1971 niet van toepassing is, behoudens conventionele regeling, en moet dit duidelijk in de overeenkomst worden bedongen.

Een alternatieve regeling zou er volgens hen in kunnen bestaan dat de aanvullende extralegale waarborgen die geen risico waarborgen dat verplicht dient verzekerd te zijn op grond van de wet van 1971, steeds moet worden gewaarborgd in een afzonderlijke verzekeringsovereenkomst waarin dan duidelijk is bepaald welke wettelijke, waaronder desgevallend van de wet van 10 april 1971, en contractuele voorwaarden hierop van toepassing zijn.

- Welke ook de inhoud zal zijn van artikel II.177, tweede en derde lid, vraagt de Commissie om hiervoor een overgangsbepaling te voorzien, zodat deze regeling enkel van toepassing is op nieuwe ongevallen voorgevallen na de inwerkingtreding van het artikel.

Les représentants des entreprises d'assurance proposent : « *L'article II.177, alinéas 2 et 3 sont uniquement applicables aux contrats d'assurance obligatoire contre les accidents du travail tels que visés par la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail conclus à l'expiration d'un délai de 6 mois prenant cours à la date d'entrée en vigueur de cet article.* ».

Artikel II.178 – Vergoedend karakter

Dit artikel II.178 bepaalt dat de arbeidsongevallenverzekering een persoonsverzekering en een verzekering tot vergoeding van schade is.

Omwille van de uniformiteit in terminologie stelt de Commissie voor om in de Nederlandse tekst de woorden “met indemnitairst karakter” te vervangen door “met vergoedend karakter”.

Artikel II.179 – Dispositions non applicables

De Commissie vraagt volgende aanpassingen:

- in artikel II.179 de vermelding “II.38, tweede lid” te vervangen door “II.38, derde lid”.
- in de memorie van toelichting bij artikel II.179 te verduidelijken dat het feit dat artikel II.33, tweede lid niet van toepassing is op de arbeidsongevallenverzekering, de verzekeraar niet het recht ontnemt om in de loop van de overeenkomst de achterstallige premies te vorderen. De uitsluiting van artikel II.33, tweede lid houdt in dat de verzekeraar bij het sluiten van de

overeenkomst nooit de inwerkingtreding van de waarborg afhankelijk kan maken van de betaling van de eerste premie. Il n'a jamais été accepté de reporter la prise d'effet de la garantie parce que cela entraîne trop de risque de non-assurance.

Artikel II.180 – Durée du contrat

Zoals hoger toegelicht bij artikel II.48, vraagt de Commissie om ook in artikel II.180 de opzegtermijn van drie maanden te behouden. Bijgevolg dient artikel II.180, §3 te worden gewijzigd en “twee maanden” te worden vervangen door “drie maanden”.

Artikel II.181 – Système de personnalisation a posteriori

Cet article est la reprise de l'art 49^{quater} de la Loi de 1971 (création d'un système légal de bonus-malus obligatoire), inséré dans cette Loi par la loi portant des dispositions diverses (I) du 27 décembre 2006.

Les représentants des entreprises d'assurance demandent la suppression de cette disposition au motif que l'arrêt du Conseil d'Etat du 21 mai 2010 a annulé non seulement son AR d'exécution du 8 mai 2007 mais aussi son entrée en vigueur. Selon eux, le Conseil d'Etat n'était pas obligé d'annuler l'entrée en vigueur de l'article 49^{quater} mais il a jugé nécessaire de le faire. Ce qui à leur avis conforte l'argumentaire en faveur de la suppression :

- L'article 49^{quater} est la base légale du système Bonus/malus annulé;
- Il prévoit des fourchettes de hausse et de baisse de prime (+15/-30) qui n'ont de sens que par rapport à un tarif officiellement déposé; or l'obligation d'un tel dépôt a priori de tarif a été supprimée par la loi du 10 août 2001 transposant en AT les directives d'assurance non vie car contraire auxdites directives ; l'AR du 20 mai 1997 qui a créé en AT le principe des fourchettes (+10/-10 à l'époque) a été de ce fait totalement abrogé lors de cette transposition;
- L'article 49^{quater} ne peut être exécuté autrement que par un système de variation du même type que celui qui a été annulé ; il ne peut donc que conduire à un AR d'exécution dont les bases seront identiques à celles ayant fait l'objet de l'arrêt d'annulation.

A défaut de suppression de l'article, ils en demandent le maintien dans la loi AT de 1971. L'arrêt d'annulation porte en effet sur l'art 49^{quater} de la loi AT du 10 avrim 1971.

Si cet article est repris dans le projet de Code, ils demandent le maintien des effets de l'arrêt d'annulation du Conseil d'Etat du 21 mai 2010 :

- ils ne peuvent accepter une remise en vigueur de cet article via la publication au Moniteur belge de la loi créant le projet de Code alors qu'Assuralia en a obtenu l'annulation.
- ils rappellent que la loi portant des dispositions diverses (I) insérant l'article 49^{quater} dans la loi AT de 1971, donnait au Roi la compétence de déterminer cette entrée en vigueur (art. 178).
- ils demandent, de confier au Roi la compétence de déterminer l'entrée en vigueur de cet article II.181 et proposent de modifier le texte: « Art. II.181. (...) Le Roi détermine, par le même arrêté délibéré en Conseil des Ministres, les modalités d'application du présent article et, entre autres, la taille de l'entreprise exprimée en nombre d'ouvriers, à laquelle ces dispositions s'appliquent ainsi que sa date d'entrée en vigueur. ».

Deskundigen en de waarnemer van Fedris wijzen erop dat er over het standpunt van de vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen geen eensgezindheid bestaat in het Beheerscomité. Il faut attendre l'avis du Comité de gestion. Quoi qu'il en soit, on ne peut pas le remettre en vigueur par l'effet de la loi mais on peut en revanche prévoir que le Roi fixe son entrée en vigueur.

Article II.183 – Non occupation du personnel

Artikel II.183 bepaalt dat wanneer de verzekeringnemer geen personeel meer in dienst heeft, de overeenkomst geen einde neemt, doch de verzekeringnemer de overeenkomst op formele wijze moet beëindigen. De doelstelling hiervan is om de verzekeringnemer en de verzekerden te beschermen door te vermijden dat de overeenkomst, louter door de afwezigheid van personeel, automatisch een einde zou nemen. De formele wijze van opzegging van de overeenkomst beoogt de bescherming van de verzekeringnemer door het garanderen van een vaste datum.

- De vertegenwoordigers van de verzekeringstussenpersonen wijzen erop dat deze formele wijze van opzegging erg zwaar is, terwijl de overeenkomst in de praktijk veelal wordt opgezegd per email of gewone brief. Bovendien houdt de opzeggingstermijn van minstens 1 maand in dat de verzekeringnemer hiervoor nog premie verschuldigd is, zelfs al heeft hij effectief geen personeel meer in dienst in die periode.

Article II.184, §1 – Résiliation du contrat après sinistre

La loi AT de 1971 (article 49 al. 6) prévoit actuellement une réciprocité limitée aux entreprises de moins de 100 personnes. L'article II.184 prévoit au contraire une réciprocité totale, supprimant de la sorte la dérogation légale existante pour l'AT.

- Les représentants des entreprises d'assurance relève que la loi du 4 avril 2014 prévoit qu'il n'y a pas d'obligation de réciprocité pour les assurances d'entreprise (article 86 §4 Loi 2014 ; article 1 AR 24 décembre 1992). Or l'assurance AT (sauf l'assurance des gens de maison) est une assurance d'entreprise. Ils préconisent dès lors d'adapter en ce sens l'article II.184, §1 en le limitant à l'assurance des gens de maison et en corollaire de compléter l'article 1 de l'AR du 24 décembre 1992 en ajoutant à la liste des risques d'entreprises non visés un nouveau 5° reprenant l'assurance obligatoire AT sauf celle relative aux gens de maison. Selon eux, la justification avancée par les experts en faveur d'une réciprocité totale ne présente aucune spécificité « accidents du travail » par rapport aux autres assurances d'entreprise.

Des experts estiment qu'il est sain que le preneur puisse lui-même résilier le contrat après sinistre si l'assureur se réserve ce droit. Le preneur d'assurance peut ainsi sanctionner l'assureur d'une mauvaise gestion ou d'un règlement de sinistre qui ne lui a pas convenu. Ils ne voient pas des raisons objectives de ne pas appliquer cette réciprocité face à une assurance AT.

Artikel II.185 – Opposabilité des exceptions, nullités et déchéances

De Commissie vraagt om in artikel II.185 het begrip « *begunstigde* » toe te voegen.

Cet article reprend l'article 55 de la loi AT du 10 avril 1971 qui prévoit l'inopposabilité des clauses de déchéance tant à l'égard des victimes qu'à l'égard des ayants-droits (cas de l'AT mortel) et y ajoute l'inopposabilité des nullités pour couvrir le cas de nullité de l'article II.6. De prestaties komen toe aan de werknemers (verzekerden) en aan hun rechthebbenden.

Artikel II.186 – Devoirs du preneur d'assurance en cas de sinistre

Les alinéas 5 et 6 prévoient la sanction pour le preneur d'assurance qui ne respecterait pas les obligations prévues dans cet article, à savoir une réduction de la prestation. Un même type de sanction est prévu dans des dispositions communes telles que l'article II.7, §3 en cas de déclaration inexacte ou d'omission lors de la déclaration du risque. En Loi AT de 1971, la prestation ne peut pas être réduite ; la victime sera toujours indemnisée à 100%. C'est pourquoi, en corollaire, l'assureur AT dispose d'un droit de recours contre le preneur (le principe est que la sanction de « réduction de la prestation » doit valoir à l'égard du preneur). Ce droit de recours est prévu à l'art. II.187, 4°.

- Les représentants des entreprises d'assurance sont d'avis que la sanction de réduction de la prestation prévue aux alinéas 5 et 6 est donc correcte. Il leur semble bizarre de la prévoir (alors qu'elle ne peut être appliquée en AT) dans le Chapitre AT lui-même. Ils se demandent dès lors, dans un souci de clarté, s'il ne faut pas référer, dans ces alinéas 5 et 6, à l'article relatif au droit de recours en y ajoutant « conformément à l'article II.187 § 1, 4° ». Ils relèvent toutefois qu'un tel lien n'est pas fait dans les autres articles du projet de Code (situés hors Chapitre AT) qui prévoient une réduction de la prestation et pour lesquels un droit de recours est prévu à l'article II.187.

Wijzigings – en opheffingsbepalingen (ontwerp van wet tot invoering Wetboek Verzekeringen)

De Commissie vraagt om in het ontwerp van wet tot invoering van het Wetboek Verzekeringen de wijzigingsbepalingen betreffende de wet van 10 april 1971 aan te passen als volgt:

- het nieuw voorgestelde artikel 64^{quinquies}

De Franse versie dient worden aangepast conform de Nederlandse versie. Le sens de l'article est de dire que c'est le médecin traitant de la victime qui doit avoir l'accord de la victime ou des ayants-droit pour transmettre les données médicales à l'assureur ou à Fedris.

“Sans préjudice des dispositions de la loi du 15 janvier 1990 relative à la création et l'organisation d'une Banque carrefour de la sécurité sociale, de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée et de la loi, et la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, le médecin, choisi par la victime ou ses ayants droit, transmet, après avoir reçu leur accord pour autant qu'il ait reçu l'accord de la victime ou de ses ayants droits et dans le respect de l'article 26 de la loi du 15 janvier 1990 relative à la création et l'organisation d'une Banque carrefour de la sécurité sociale, à l'entreprise d'assurance ou à l'Agence fédérale des risques professionnels, qui le demande, les éléments du dossier médical de la victime, nécessaires à l'acceptation de la prise en charge de l'accident et à l'indemnisation de celui-ci. »

"Onverminderd de bepalingen van de wet van 15 januari 1990 houdende oprichting en organisatie van een Kruispuntbank van de sociale zekerheid, van de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer en van de wet ~~, en de wet~~ van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, bezorgt de door de getroffene of zijn rechthebbenden gekozen arts, na hun akkoord hiertoe te hebben gekregen en in overeenstemming met artikel 26 van de wet van 15 januari 1990 houdende oprichting en organisatie van een Kruispuntbank van de sociale zekerheid, aan de verzekeringsonderneming of het Federaal agentschap voor beroepsrisico's, op hun verzoek, de gegevens van het medisch dossier van de getroffene, die nodig zijn voor de aanvaarding van het ongeval en de vergoeding ervan."

- in het nieuw voorgestelde artikel 69 dient de verwijzing naar "artikelen 88 en 89 W.Verz." – "articles 88 et 89 de la loi relative aux assurances" te worden vervangen door "artikelen II.52 en II.53 van het Wetboek verzekeringen" – "articles II.52 en II.53 du Code des assurances".

- toevoeging van de wijziging van artikel 49quater

~~Art. 49quater « L'entreprise d'assurances applique son tarif, qu'elle fixe librement, à chaque employeur assuré en distinguant le risque ouvrier et employé et, pour le risque ouvrier, en fonction de la statistique sinistres et de la taille d'entreprise. Le taux de prime excède jusqu'à 30 % le tarif pour les risques qui présentent une statistique sinistres élevée. En cas d'un risque qui présente une statistique sinistres diminuée, le taux de prime est inférieur jusqu'à 15 % du tarif. Cette diminution peut s'accroître en fonction de la taille de l'entreprise assurée. Le Roi fixe, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, les modalités d'application de cet alinéa et entre autres la taille de l'entreprise exprimée en nombre d'ouvriers, à laquelle ces dispositions s'appliquent.~~

~~Le comité de gestion des accidents du travail évalue annuellement les effets préventifs de l'application de l'article II-181 du Code des assurances ces dispositions. Le Roi en fixe les modalités d'application de cet alinéa. »~~

~~Art. 49quater "De verzekeringsonderneming past haar tarief, dat zij vrij vaststelt, toe op elke verzekerde werkgever met onderscheid van het risico arbeider en bediende en, voor het risico arbeider, in functie van de schadestatistiek en de grootte van de onderneming. De premievoet gaat het tarief tot 30 % te boven voor de risico's die een hoge schadestatistiek vertonen. In geval een risico een verlaagde schadestatistiek vertoont, is de premievoet tot 15 % van het tarief lager. Deze verlaging kan toenemen in functie van de grootte van de onderneming. De Koning bepaalt, bij in Ministerraad overlegd besluit, de nadere toepassingsregels van dit lid en onder meer de grootte van de onderneming uitgedrukt in aantal arbeiders, waarop deze bepalingen van toepassing zijn.~~

~~Het beheerscomité voor de arbeidsongevallen evalueert jaarlijks de gevolgen van de toepassing van artikel II-181 van het Wetboek van verzekeringen deze bepalingen op het vlak van de preventie. De Koning bepaalt de nadere toepassingsregels ervan dit lid."~~

La Commission remarque que l'insertion de l'article II.189 dans le Chapitre AT « Obligation de reprise dans le contrat, de certains articles de la loi sur les accidents du travail », impliquera une modification de l'article 9 de l'AR du 21 décembre 1971 portant exécution de certaines dispositions de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail.

De Commissie vraagt om in het ontwerp van wet tot invoering van het Wetboek Verzekeringen de opheffingsbepalingen betreffende de wet van 10 april 1971 aan te passen als volgt:

- toevoeging van de opheffing van: artikel 49ter, artikel 55 en artikel 70.

B. Verzoeken tot aanpassing van de huidige niet-gewijzigde wetgeving Boek II/Boek I

Artikel I.1 – Toepassingsgebied

§5 Onderlinge verzekeringsverenigingen neemt de bepaling van artikel 4, §5 W.Verz. over.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen bepalen stellen de vraag of niet moet bepaald worden dat het KB moet voorgelegd worden aan de Ministerraad, zoals voorzien voor afwijkingen voor de MOB's in §4.

De Commissie vraagt na te gaan of in artikel I.1, §§3-6 de instellingen aan wie de Koning vooraf advies dient te vragen niet moet worden aangevuld met de Nationale Bank.

Artikel II.3, §4 - Verzekeringsvoorstel en voorafgaande polis

§4, tweede – vijfde lid nemen de bepalingen van artikel 9, §§1-3 KB leven over. Met betrekking tot de terugstorting van de betaalde premies na opzegging van de overeenkomst, bepaalt deze bepaling dat de betaalde premies moeten worden teruggestort aan de verzekeringnemer, verminderd met een aantal kosten.

De vertegenwoordigers van de verbruikers vragen deze bepaling te wijzigen. Zij stellen dat er nooit minder dan de door de verzekeringnemer betaalde premie mag worden terugbetaald. Zij verwijzen naar de Richtlijn 2009/138/EG die naar hun mening nergens vermeldt dat er minder dan de premie mag worden terugbetaald.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen en deskundigen wijzen erop dat artikel 186, 1 Richtlijn 2009/138/EG bepaalt: *“De lidstaten zorgen ervoor dat verzekeringnemers die een individuele levensverzekeringsovereenkomst aangaan, beschikken over een termijn van 14 tot 30 dagen, te rekenen vanaf het tijdstip waarop zij ervan in kennis zijn gesteld dat de overeenkomst is gesloten, om deze overeenkomst op te zeggen. De kennisgeving van de verzekeringnemers waarin zij de overeenkomst opzeggen, heeft ten gevolge dat zij voor de toekomst worden ontheven van alle uit deze overeenkomst voortvloeiende verplichtingen. De andere rechtsgevolgen en de voorwaarden van de opzegging worden beheerst door het op de overeenkomst toepasselijke recht, met name voor wat betreft de wijze waarop de verzekeringnemer ervan in kennis wordt gesteld dat de overeenkomst gesloten is.”*

Volgens hen regelt deze bepaling enkel de opzeggingsperiode, terwijl de voorwaarden van de opzegging elders (zoals in het nationaal recht) kunnen worden geregeld. Deze richtlijn bepaalt niet dat de terug te betalen premie niet mogen verminderd worden met kosten.

Artikel II.5 - Mededelingsplicht

Dit artikel II.5 neemt de bepalingen van artikel 58 W.Verz. over.

De vertegenwoordigers van de verbruikers vragen dat ook in België de spontane mededelingsplicht wordt afgeschaft en de regeling inzake de mededelingsplicht van de verzekeringnemer wordt gelijkgesteld met de regeling in Frankrijk, Zwitserland, Spanje en Zweden. Het huidige stelsel moet vervangen worden door gesloten vragenlijsten met

duidelijke en precieze vragen, zoals in de schuldsaldoverzekeringen (artikel 5 KB van 10 april 2014).

De vertegenwoordigers van de verzekeringsonderneming gaan niet akkoord met dit voorstel.

**Artikel II.7 - Onopzettelijk verzwijgen of onopzettelijk onjuist meedelen van gegevens en
Artikel II.45 – verzwaring van het risico**

Deze artikelen nemen de bepalingen van artikel 7 en 81 W.Verz. ongewijzigd over.

§1, tweede lid van beide bepalingen: Indien de verzekeraar beslist om een aanpassing van het contract voor te stellen, heeft:

- bij de risicoverzwaring, de aanpassing terugwerkende kracht tot het ogenblik van de risicoverzwaring.
- bij de verzwijging of onjuiste mededeling van gegevens bij de onderschrijving van de overeenkomst, de aanpassing terugwerkende kracht tot op het ogenblik van de kennisname door de verzekeraar.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen zijn van mening dat het aangewezen is om de bepalingen op elkaar af te stemmen waarbij het volgens hen logisch lijkt om de terugwerkende kracht te voorzien tot het ogenblik van risicoverzwaring respectievelijk onderschrijving.

§1, laatste lid van beide bepalingen: Het laatste lid van de eerste paragraaf stelt dat de verzekeraar zich nadien (artikel II.7)/ later (artikel II.45) niet meer kan beroepen op de onopzettelijke verzwijging/onjuiste mededeling of de risicoverzwaring wanneer hij niet heeft gereageerd binnen een maand na kennisname.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen vragen om deze bepalingen te verduidelijken omdat er naar hun mening twee manieren zijn om deze bepalingen te interpreteren:

- Alle schadegevallen, zowel deze voorafgaand als deze volgend op de vaststelling van de onjuiste mededeling of risicoverzwaring moeten volledig ten laste genomen worden;
- De verzekeraar moet enkel de schadegevallen die zich voordoen na de periode van één maand na de kennisname volledig ten laste nemen. Schadegevallen die zich hebben voorgedaan voor afloop van deze periode moeten slechts proportioneel ten laste genomen worden wanneer de niet-mededeling kan verweten worden aan de verzekeringnemer.

Zij menen dat de onduidelijkheid in de interpretatie van de eerste paragraaf wordt versterkt doordat er geen link wordt gemaakt met de derde paragraaf waarin de proportionaliteitsregel is opgenomen.

D'après information de l'Ombudsman, l'assureur opte souvent pour un maintien du contrat avec une exclusion (pour l'information non déclarée). Cette possibilité n'est pas prévue dans la législation. La question qui se pose est de savoir dans quelle mesure un sinistre doit être pris en charge lorsqu'une exclusion est ainsi insérée après le sinistre. La plupart des assureurs n'indemnisent pas le sinistre, même s'il n'y a aucun lien causal entre l'omission non intentionnelle et le sinistre.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen wijzen erop dat de mogelijkheid om een uitsluiting op te nemen, voorzien is in artikel II.45, §1, tweede lid dat bepaalt dat de verzekeraar een wijziging van de overeenkomst kan voorstellen, en dus naar hun mening ook een uitsluiting.

Les experts et les représentants des consommateurs estiment que le législateur a voulu prévoir une forme d'"Estoppel" (perte d'un droit), si l'assureur ne réagit pas dans les délais prescrits alors que l'assuré a déclaré l'omission ou l'aggravation. Donc, à défaut de réaction dans le délai (articles II.2§ 1/II.45, §1 ; II.articles 59, § 1/81, § 1 loi relative aux assurances), l'assureur doit continuer à fournir sa garantie aux conditions anciennes. Si un sinistre survient après l'écoulement du délai, il est couvert. Si un sinistre survient alors que le délai d'un mois pour réagir n'est pas encore échu, la prise en charge est réglée par le § 2. L'assuré a fait ce qu'il devait (il n'est donc pas en faute) mais l'assureur n'a pas eu le temps de faire sa proposition : l'assureur doit couvrir le sinistre en totalité (§ 2). Si on se trouve dans l'hypothèse où le preneur n'a pas déclaré l'aggravation, le § 2 règle de la même façon le sort du sinistre. Ensuite, l'assureur peut décider du sort du contrat. Il peut prévoir que le contrat sera résilié ou proposer d'ajouter une clause d'exclusion mais celle-ci ne peut avoir d'effet sur la prise en charge d'un sinistre déjà survenu. De toevoeging van een uitsluiting is een wijziging van de verzekeringsovereenkomst die niet eenzijdig door de verzekeraar kan opgelegd worden en waarover de verzekeringnemer zijn akkoord moet geven. Om interpretatieproblemen te vermijden stellen ze voor §1, laatste lid van respectievelijk artikel II.7 en artikel II.45 aan te vullen zodat een verband wordt gelegd met §3 waarin de proportionaliteitsregel is opgenomen: « (...) faits die hem bekend waren, zelfs indien het verzwijgen of het onjuist meedelen van gegevens had kunnen verweten worden aan de verzekeringnemer. » – "(...) des faits qui lui sont connus, même si l'omission ou la déclaration inexacte auraient pu être reprochées au preneur d'assurance. » – "(...) verzwaring van het risico, zelfs indien het ontbreken van de kennisgeving had kunnen verweten worden aan de verzekeringnemer. » – "(...) l'aggravation du risque, même si le défaut de déclaration aurait pu être reproché au preneur d'assurance. ».

Artikel II.25 – Duidelijke en nauwkeurige bedingen en interpretatie in geval van twijfel

§2 neemt de bepaling van artikel 23, §2 W.Verz. ongewijzigd over.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen vragen om in de memorie van toelichting te preciseren dat enkel in geval van gerechtvaardigde twijfel over de betekenis van een beding, de voor de verzekeringnemer meest gunstige interpretatie prevaleert. Dit vloeit voort uit het principe van de uitvoering ter goeder trouw van de overeenkomst.

Deskundigen en de vertegenwoordigers van de verbruikers wijzen erop dat de rechter soeverein beoordeelt of een bepaling onduidelijk is en dient geïnterpreteerd te worden en dat uit de rechtspraak inzake de interpretatieregels blijkt dat dit een redelijke twijfel vooronderstelt.

Exposé des motifs

- Les représentants des consommateurs estiment qu'il faut préciser dans l'exposé des motifs que l'exigence selon laquelle une clause doit être rédigée de manière claire et compréhensible doit s'entendre comme imposant non seulement que la clause concernée soit intelligible pour le consommateur sur le plan grammatical, mais également que le contrat expose de manière transparente le fonctionnement concret du principe exprimé par la clause ainsi que la relation entre ce principe et celui prévu par d'autres clauses. Il faut que le consommateur soit ainsi mis en demeure d'évaluer sur le fondement de critères précis et intelligibles, les conséquences qui en découlent pour lui (CEJ arrêts Kasler, C-26/16, 23; Van Hove, C-96/14, 41 et Naranjo, C-154/15, 50).

Deze vertegenwoordigers vragen eveneens om ook artikel VI.37, §2, tweede lid WER uit te breiden tot alle verzekeringnemers, en niet te beperken tot consumenten in de zin van het WER, door toevoeging in artikel II.25, §2: *"Een verzekeringsovereenkomst kan onder meer worden geïnterpreteerd aan de hand van de handelspraktijken die er rechtstreeks verband mee houden."*

Artikel II.27 - Verval van het recht op verzekeringsprestatie

Dit artikel II.27 neemt de bepalingen van artikel 65 W.Verz. ongewijzigd over.

De vertegenwoordigers van de verbruikers vragen dat ten aanzien van consumenten clausules verboden worden waarin verzekeraars hun dekking beperken tot bijvoorbeeld één schadegeval per jaar of geen dekking meer bieden vanaf bijvoorbeeld twee schadegevallen. Dit zijn naar hun mening verborgen beperkingen waaraan consumenten zich niet verwachten. Schadegevallen moeten gedekt worden zolang het contract loopt (voor zover ze beantwoorden aan de andere dekkingsvoorwaarden). Ils estiment qu'il incombe à l'assureur d'apprécier statistiquement la fréquence de sinistres couverts à laquelle il peut s'attendre, au lieu de faire endosser par l'assuré le risque que les sinistres soient trop nombreux à son gré. Cette interdiction de limiter simplement dans le contrat le nombre de sinistres pris en charge est liée à l'interdiction de résiliation après sinistre que ces représentants proposent de prévoir dans l'article II.50.

Zij vragen bijgevolg om in artikel II.27 een §2 toe te voegen: *"In de verzekeringsovereenkomst mag geen beperking worden bedongen inzake het aantal schadegevallen waarvoor de verzekerde gerechtigd is op verzekeringsprestatie, voor zover de verzekeringnemer een consument is in de zin van artikel I. 1, 2° van het Wetboek van Economisch recht."* (cfr. art. IV.30, §1 WER).

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen gaan niet akkoord met het voorstel van de verbruikers. Zij stellen dat dit de omvang van de dekking betreft waarvoor de contractsvrijheid geldt, op gelijkaardige wijze als dekkingsplafonds. De verzekeringnemer dient wel goed geïnformeerd te worden over de inhoud van de dekking zodat hij met kennis van zaken een beslissing kan nemen, hetgeen geregeld is in de pre-contractuele informatieplichten van de verzekeringsdistributeur.

Deskundigen menen dat dergelijke clausules die de dekking beperken tot één of twee schadegevallen erg streng zijn en de vraag rijst of deze verenigbaar zijn met de regeling van

onrechtmatige bedingen. En plus, on peut se demander si ce n'est pas une manière déguisée de contourner la durée annuelle du contrat de même que la disposition qui régit la résiliation après sinistre.

Artikel II.37 – Melding van het schadegeval

Artikel II.37, §1 neemt de bepaling van artikel 74, §1 inzake de aangifte van het schadegeval ongewijzigd over.

§1, 1^{ste} lid b bepaalt: *“De verzekerde moet, (...) het schadegeval aan de verzekeraar melden.”*

In persoonsverzekeringen, zoals de levensverzekering bij leven, is het moeilijk te bepalen wie deze aangifte kan doen en is het niet altijd de verzekerde die een schadegeval kan of zal aanmelden. De Commissie stelt voor om het begrip “verzekerde” – “l’assuré” te vervangen door het “de verzekerde of de begunstigde” – “l’assuré ou le bénéficiaire”.

Het begrip “verzekerde”- “l’assuré” betekent hier: “degene die het verzekeraar belang geniet”- “celui qui détient l’intérêt d’assurance”.

Artikel II.44 – Vermindering van het risico

Artikel II.45 – Verzwaring van het risico

Deze artikelen nemen de bepalingen van 80 en 81 W.Verz. over, mits wijziging in artikel II.44 van het begrip “d’accorder” in “de proposer” en “toe te staan” in “voor te stellen”, en in artikel II.45 “aanmerkelijk” in “aanzienlijk”.

Artikel II.44, eerste lid en artikel II.45, §1, eerste lid:

Met betrekking tot de vermindering/verzwaring van het risico, gebruikt de Franse versie de begrippen *“sensible et durable”* en de Nederlandse versie de begrippen *“aanzienlijk en blijvend”*.

Deskundigen, de vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen en de Ombudsman vragen dat de Nederlandse versie in overeenstemming wordt gebracht met de Franse versie en het begrip *“blijvend”* wordt vervangen door *“duurzaam”*. De term *“blijvend”* zou in het Frans beantwoorden aan *“permanent”*, wat niet in overeenstemming is met de bewoordingen in het arrest van het Hof van Cassatie van 25 juni 1987 waarop de oorspronkelijke bepaling van artikel 26 WLVO is gesteund (“wanneer er zich in de loop van de overeenkomst een omstandigheid voordoet die de waarschijnlijkheid of de omvang van het risico *duurzaam* vergroot”, Arr. Cass. 1986-87, 1473; Cass. 6 januari 2015, P.14.0311 is verwarrend want het Nederlandse begrip *“blijvend”* is in de Franse vertaald als *“durable”*).

De vertegenwoordigers van de verbruikers vragen om het huidige begrip *“blijvend”* te behouden, omdat het begrip *“duurzaam”* het makkelijker maakt voor de verzekeraar om aan de verzekeringnemer te verwijten dat deze nagelaten heeft een verzwaring van het risico aan te geven. Het begrip *“duurzaam”* betekent “geschikt, bestemd om te duren”, wat naar hun mening een subjectieve inschatting van de toekomst inhoudt, terwijl het begrip *“blijvend”* volgens hen een kenmerk betreft dat meer op feiten wordt gebaseerd.

Artikel II.45, §1:

- De Commissie vraagt om in de eerste zin het woord “kredietverzekeringsovereenkomst” te vervangen door “krediet – en borgtochtverzekeringsovereenkomst”, conform artikel II.92 (artikel 135 Wet Verz.).

- Volgens de vertegenwoordigers van de verbruikers houden sommige verzekeraars in het kader van hun segmentering ook rekening met wijzigingen van het risico die naar hun mening niet aanzienlijk lijken, zoals een adreswijziging in het kader van een diefstal- of aansprakelijkheidsdekking voor een voertuig. Zij verwijzen naar artikel IV.33, §2 (artikel 46, §2 W.Verz.) waaruit naar hun mening volgt dat de verzekeraar de toestemming van de verzekeringnemer dient te bekomen voor een wijziging van de tariefvoorwaarden of de verleende dekking die voortvloeit uit dergelijke niet-aanzienlijke risicowijziging. Zij vragen om deze verplichting ook te formuleren in een nieuw artikel en dit toe te voegen in Boek II, Titel II, Hoofdstuk I, Afdeling XI – Niet bestaan en wijziging van het risico. Volgens hen gaat het over zeer courante situaties, zoals de adreswijziging, waarvoor volgens hen sommige verzekeraars eenzijdig premieverhogingen opleggen en contractsbepalingen inlassen die naar hun mening onwettig zijn.

Artikel II.45, §3, 1ste lid, 2° bepaalt: “Wanneer de verzekeraar het bewijs levert dat hij het verzwaarde risico in geen enkel geval zou verzekerd hebben, is zijn prestatie beperkt tot de terugbetaling van alle betaalde premies.”.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen vragen om te preciseren dat enkel de betaalde premies te rekenen vanaf de verzwaaring van het risico moeten terugbetaald te worden omdat de verzekeraar wel degelijk dekking heeft verleend volgens de voorziene voorwaarden tot op het moment van de verzwaaring van het risico en hiervoor dus een premie moet kunnen aanrekenen.

De vertegenwoordigers van de verbruikers gaan niet akkoord met dit voorstel.

Artikel II.49 – Opzeggingswijzen en termijn

Dit artikel II.49 neemt de bepalingen van artikel 84 W.Verz. over.

De Ombudsman voor verzekeringen merkt op dat consumenten regelmatig de formalistische voorwaarden van de opzegging in vraag stellen en stelt de vraag of de principes van de Conventie opzeggings- en medeverzekeringsbrieven/Convention Lettres de renon et/ou de coassurance (betreffende verzendingen verricht door de verzekeraar) tot een oplossing zouden kunnen leiden.

Voor de vertegenwoordigers van de verbruikers mogen de formaliteiten die de verzekeringnemer dient na te leven vereenvoudigd worden. Anderzijds willen ze niet dat de vormvereisten worden verlicht in geval van opzegging door de verzekeraar, omdat deze de aandacht van de verzekeringnemer, zijnde degene die het grootste financiële risico loopt bij het verdwijnen van de dekking, vestigen op het belang van de kennisgeving.

Artikel II.50 - Opzegging na schadegeval

Dit artikel II.50 neemt artikel 86 W.Verz. ongewijzigd over.

De vertegenwoordigers van de verbruikers vragen het recht van de verzekeraar om de overeenkomst na schadegeval op te zeggen, af te schaffen, behalve ingeval van bedrog in hoofde van de verzekeringnemer, verzekerde of begunstigde. Selon eux, beaucoup de compagnies ont déjà abandonné cette faculté depuis plusieurs années (tant dans leurs contrats d'assurance habitation que dans ceux couvrant la R.C. découlant de la vie privée), ce qui serait la preuve que le temps est venu de réviser la loi sur les assurances elle-même. Cette possibilité de résilier le contrat tend à pénaliser lourdement des personnes qui sont déjà dans une situation difficile suite à l'accident dont ils sont victimes, d'autant plus qu'ils auront souvent grand mal à retrouver un assureur, en tous cas à des conditions normales de couverture et de primes. En France dès 1985 la Commission des clauses abusives a, selon eux, dans sa recommandation sur les contrats multirisques habitation (n° 85-04) préconisé la suppression de 39 clauses abusives dont celle relative au droit de résiliation de l'assureur après sinistre. En Espagne le tribunal suprême a, par quatre fois, condamné les clauses de résiliation après sinistre, même réciproques, comme étant abusives (arrêt en chambres réunies du 31 mai 2003, Allianz RAS Seguros/Ministère de l'Economie). Deze vertegenwoordigers vragen om enkel artikel II.50, §1, derde en vierde lid (fraude door de verzekerde) te behouden en §2 aan te passen als volgt: "De verzekeraar kan zich niet het recht voorbehouden de overeenkomst op te zeggen na schadegeval, behoudens toepassing van §1."

Les représentants des entreprises d'assurance marquent leur désaccord avec la position des représentants des consommateurs et estiment que ce droit de résiliation doit être maintenu notamment car il permet de mettre fin à la relation contractuelle en cas de fraude commise par l'assuré dans le cadre de la survenance du sinistre.

Artikel II.57 – Opzeggingsrecht bij overdracht van verzekeringsovereenkomst

Dit artikel neemt artikel 18 W.Verz. over.

In de memorie van toelichting kan gepreciseerd worden dat met "opzeggingsrecht" geregeld in dit artikel, niet het afkooprecht in levensverzekeringen wordt bedoeld.

C. Taalkundige bemerkingen, verwijzingen en typo's Boek II/Boek I

De hierna gemaakte taalkundige bemerkingen en wijziging worden voorgesteld door de Commissie voor verzekeringen, tenzij anders vermeld:

Artikel I.1, § 8 – MOB's (en andere)

De bewoordingen "paragraaf 7, punten 1°, 3°, 4° en 5°" moeten vervangen worden door "paragraaf 7, punten 1°, 3° en 4°", daar er geen §7, 5° is.

Artikel I.13, 8° – Definitie "vervanging van een overeenkomst door een andere overeenkomst"

Materiële fout in de definitie: "overeenkomst" ipv "overeenkosmt".

Artikel I.19 – Uitvoeringsbesluiten

1° lid: De formulering dient aangepast worden : « *Le Roi prend, sur avis de la FSMA, les arrêtés nécessaires à l'exécution du présent Code, ~~à l'exception du sous réserve des dérogations prévues par le Livre VI~~* » - « *De Koning neemt na advies van de FSMA de besluiten die voor de uitvoering van dit Wetboek noodzakelijk zijn, ~~met uitzondering van~~ behoudens de uitzonderingen bepaald in Boek VI* ».

Artikel II.3,

§1: Omwille van coherent taalgebruik in de Nederlandse versie het woord 'contracten' vervangen door "overeenkomsten": '...verbindt hij zich tot het sluiten van de overeenkomst overeenkomstig de voorwaarden die de verzekeraar gewoonlijk gebruikelijk voorstelt voor gelijkaardige overeenkomsten~~contracten~~'.

§2: Plutôt que d'écrire, à la 3ème ligne, « dès que l'assureur reçoit l'acceptation », il faudrait écrire « quand l'assureur reçoit ».

§3: il faudrait préférer à l'expression reprise à chacun des points « à compter du jour », l'expression plus correcte et plus fluide « au jour ».

§4, derde lid: De woorden "in geval van een levensverzekering" – "Pour les assurances vie" kunnen geschrapt worden daar deze paragraaf uitsluitend over levensverzekeringen handelt.

§4, vijfde lid: In de Nederlandse versie dient het woord 'herfinancieren' vervangen te worden door "wedersamenstelling": "... voor de levensverzekeringsovereenkomsten onderschreven voor waarborg of ~~herfinancieren~~ wedersamenstelling van een krediet door de verzekeringnemer,".

§4, vijfde lid: Op het einde van dit lid wordt verwezen naar "paragraaf 3, tweede tot en met vierde lid". Deze verwijzing dient te worden vervangen door "van deze paragraaf, tweede tot en met vierde lid" – "de ce paragraphe, alinéas 2 à 4".

Memorie van toelichting: bij artikel II.3 §4 wordt verkeerdelijk verwezen naar artikel II.3 §3: "In vergelijking met de artikel 57 §4 W.Verz. is het toepassingsgebied van artikel II.3, §34 beperkt tot de levensverzekeringsovereenkomsten, ..."

§ 5, le mot « datage » est un peu étonnant : il n'est pas reconnu par tous les dictionnaires et beaucoup moins usuel en tout cas que le mot « datation ».

Artikel II.12, §4, tweede lid: Om coherent te zijn met de Franse versie dient de Nederlandse tekst te worden aangepast: *"De verzekeringnemer kan op eenvoudig verzoek en te allen tijde een afschrift op papier van de polis met de tekst van de voorwaarden van de overeenkomst of van de wijzigingen ervan bekomen."*

Artikel II.14

Om coherent te zijn met de Franse versie, dient de Nederlandse tekst als volgt te worden aangepast: *"Iedere verzekerde, ..., die een recht op de dekking ~~zou kunnen~~ kan laten gelden, heeft het recht van de verzekeringnemer, of, ~~zo nodig~~ wanneer deze in gebreke blijft, van de verzekeraar"*

Artikel II.19

De vertegenwoordigers van de verbruikers menen dat het duidelijker zou zijn wanneer in §1, derde lid (en in alle gelijkkluidende bepalingen, zoals art. II.21 en art. II.22, §3) het woord "overeenkomstig" werd vervangen door "volgens de wijzen bepaald in".

Artikel II.25 §2, tweede lid: de bewoordingen « contrat d'assurance relatif à des grands risques » vervangen door « aux grands risques ».

Artikel II.26

§1 herneemt de bepaling van artikel 23, §1 W.Verz.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen zijn van mening dat de woorden "evenals alle clausules afzonderlijk" geen toegevoegde waarde hebben en stellen volgende aanpassing voor: *"De algemene, bijzondere en speciale voorwaarden, de verzekeringsovereenkomsten in hun geheel, ~~evenals alle clausules afzonderlijk~~, mogen geen enkele clausule bevatten die een inbreuk uitmaakt op de gelijkwaardigheid tussen de verbintenissen van de verzekeraar en die van de verzekeringnemer."*

§2 is nieuw en voorziet de sanctie van nietigheid.

Om interpretatieproblemen te vermijden stelt de Commissie voor om de woorden "zijn verboden" - "sont interdites" te schrappen. Immers, deze §2 regelt reeds duidelijk, met verwijzing naar de verbodsbepaling in §1, de sanctie van de nietigheid.

Artikel II.37

§2: Omwille van een moderner taalgebruik, kunnen de woorden 'zonder verwijl' vervangen worden door 'zonder uitstel'.

Artikel II.41, §3: Een tikfout in de Nederlandse versie aan het begin van de tweede zin: 'Zoalng' moet 'Zolang' zijn en op het einde van deze zin dient het ontbrekende woord "voldoen" toegevoegd te worden (conform de Franse versie).

Artikel II.47, tweede lid: In de Nederlandse versie dient het woord 'kan' vervangen te worden door 'kunnen': *"Dientengevolge ~~kan~~ kunnen de verzekerde, de begunstigde en de benadeelde"*

Artikel II.50

§3 herneemt artikel 86, §3 W.Verz. die de regel bepaalt inzake de opzegging van de WAM-overeenkomst na schadegeval.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen menen dat het logischer is om deze paragraaf op te nemen in Boek III in de Titel van de WAM-verzekering.

Deskundigen zien geen reden om de bestaande regeling te wijzigen. Overigens zijn in meerdere algemene bepalingen in Boek II (zoals in de WLVO en W.Verz.) specifieke uitzonderingen voorzien voor bepaalde verzekeringsovereenkomsten.

Artikel II.52

Memorie van toelichting: Omwille van de volledigheid kan in de memorie van toelichting worden gepreciseerd dat de regels over de verjaringstermijnen voor de rechtstreekse vorderingen ook van toepassing zijn in de situaties bedoeld in de artikelen 29bis en 29ter WAM-wet, alsook dat ook de verjaringstermijnen voor de arbeidsongevallenverzekering geen vervaltermijnen zijn doch termijnen die kunnen gestuit en geschorst worden.

Artikel II.53

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen achten het aangewezen om het begrip 'meerjarige onbekwamen' te vervangen door het begrip "*beschermd persoon*" dat in artikel 491 BW wordt omschreven als "een meerderjarige persoon die door een rechterlijke beslissing overeenkomstig artikel 492/1 onbekwaam werd verklaard om één of meer handelingen te stellen".

Deskundigen verwijzen naar de memorie van toelichting die vermeldt dat de wijziging tot doel heeft de regeling van artikel 89 W.Verz. in overeenstemming te brengen met de wet van 17 maart 2013. Zij stellen de vraag of dit begrip "*beschermd persoon*" niet te eng is, tevens rekening houdend met de ruime omschrijving in artikel 89 W.Verz. dat betrekking heeft op "onbekwaamverklaarden en andere onbekwamen".

Article II.56: Pour le titre qui précède la disposition, il y a une faute d'orthographe à « cession ».

Artikel II.57, §1: Om reden van coherentie dienen de woorden "*aangetekende brief*" te worden vervangen door "*aangetekende zending*".

Artikel II.82, laatste lid: In de Nederlandse versie dient de verwijzing naar "artikel II.2, §1" te worden vervangen door "artikel III.2, §1".

Artikel II.87, §2, 2^{de} lid: In de laatste zin dient het woord "*brief*" te worden vervangen door "*zending*".

Artikel II.88, §2: Het begrip "*eenvoudige risico's*" is gedefinieerd in artikel III.2. De woorden "*bepaald door de Koning*" dienen bijgevolg geschrapt te worden.

Artikel II.93

L'article II.93 reprend le prescrit de l'article 136 de la loi relative aux assurances. Les mots « *La présente partie...* » se réfèrent à la partie 4 de cette loi relative au contrat d'assurance terrestre. Les mots « *La présente partie...* » doivent dès lors être remplacés par « *Le présent Livre...* »- « Dit Boek .. ».

Article II.100 § 2

A l'alinéa 2 du § 2, au premier tiret, il faut écrire « à un dommage survenu pendant la durée de son contrat si, au terme de ce contrat, ce dommage n'est pas effectivement couvert » : l'expression « à la fin » est familière et juridiquement insatisfaisante.

Artikel 104: De verwijzing naar de wet van 21 november 1989 vervangen door de verwijzing naar de Titel in Boek III waarin de bepalingen van deze wet zijn overgenomen.

Artikel II.112: De Nederlandse en de Franse tekst zijn niet in overeenstemming. In de Nederlandse tekst moet het woord "tenzij" worden gewijzigd naar "hetzij".

Artikel II.113

Dit artikel herneemt de bepalingen van artikel 4 KB van 12 oktober 1990.

- eerste lid: de nummering a), i) enz. dient te worden aangepast als « 1°, a), b) ; 2°, 3°.
- In de Franse versie dienen de bewoordingen « chez l'entreprise » te worden vervangen door « dans l'entreprise ».

Artikel II.116, §2: Nederlandse versie aanpassen: "*Aan de vrije keuze toegekend aan verzekerde in vorige paragraaf*" ipv "*Aan de vrije keuze van verzekerde toegekende in vorige paragraaf*".

Artikel II.154

- In het opschrift boven dit artikel dient in de Nederlandse versie het woord "réduction" te worden vervangen door "reductie".
- §1: In de eerste zin de verwijzing naar "artikel II.153" dient te worden vervangen door "artikel II.152, §1".

Artikel II.170 en Artikel II.173: Om de coherentie met de definitie I.13, 11° te bewaren, dienen de woorden "individuele pensioentoezegging" in het tweede lid te worden vervangen door "individuele pensioentoezeggingsverzekering".

Artikel II.188: In de Kruispuntbank van Ondernemingen.

Cohérence des titres

Par souci de cohérence, il conviendrait, pour les subdivisions des sections du Chapitre II du Titre IV du Livre II, d'utiliser le mot "sous-section" et non des lettres minuscules (Sections VI et VII) ou majuscules (Section VIII).

Ainsi :

Section VI – Droits du preneur d'assurance

~~a)~~ *Sous-section I – Attribution bénéficiaire*

~~b)~~ *Sous-section II – Révocation du bénéfice*

Section VII – Droits du bénéficiaire

~~a)~~ Sous-section I - Droit aux prestations d'assurance

~~b)~~ Sous-Section II Acceptation du bénéficiaire

Section VIII – Effets du divorce ou de la séparation de corps...

~~A-~~ Sous-section I – Divorce pour cause de désunion irrémédiable

~~B-~~ Sous-Section II – Divorce par consentement mutuel

Exposé des motifs:

Préciser à l'alinéa 1 de l'exposé des motifs que « L'alinéa 1 de c~~c~~et article est applicable aux risques aggravés ».

Supprimer l'alinéa 2 de l'exposé des motifs puisqu'il correspond à un ex-alinéa 1 supprimé se situant sous le titre « Communications au preneur d'assurance ».

Typo's artikelen

Artikel II.13 §1: De archivering en datering gelden

Artikel II.23 §4: Paragraaf 3 is niet van toepassing...

Artikel II.24, §3: eindpunt ontbreekt

Artikel II.45, §1: ziekte-verzekering, en verder 'kredietverzekeringsovereen-komst

Artikel II.49: titel 'Opzeggingswijzen en -termijn'

Artikel II.122: 'Voor het geval van...' – misschien beter 'In het geval van..'

Artikel II.129: Aanpassing van de materiële fout: « [...] uitvoeringsbebesluiten, [...] ».

Artikel II.140, §1, tweede lid : In een groepsverzekering, kan : komma verwijderen

Artikel II.149, §3: kwitantie ipv kwintantie

Artikel II.157, 4^{de} lid: In de tweede zin van dit lid ontbreekt een "e" in het woord "opgezegde".

Voor Artikel II 191: titel hoofdstuk 'Bepalingen gemeenschappelijke aan..'

Artikelen II.25, §2, tweede lid, II.39, eerste lid, II.170, tweede lid: verzekeringnemer

Typo's memorie van toelichting

- P 1, algemene opmerking, al 1: ondernschreven
- P 2, 1ste blok, tweede zin: door een andere dan
- P 3, 1ste blok, 8ste lijn: "verzekeringsaanvraag"
- P 3, 1ste blok, 11de lijn: voorlopige dekking dat die
- P 3, 3de blok, 16de lijn: gezien de waarborg overeenkomstig de daarop volgende bepaling
- P 3, 5de blok, 1ste lijn: opeenvolgende aanpassingen
- P 4, 2de blok, 3de lijn: § dat die betrekking heeft
- P 4, 2de blok, lijn 11: spatie na '...polis.'
- P 4, 4de blok: voorlaatste lijn: 'artikel 186 van deze richtlijn die dat enkel doelt...'
- P 8, 4de blok: 2de alinea, lijn 7 'het beginsel van de persoonsgebondenheid van de straf verbiedt de verzekeraar het betalen van geldboeten...'
- P 8, 5de blok: lijn 2: administratieve
- P 8, laatste blok, 2de lijn: zoals
- P 9, blok 10, 8ste lijn: iederen discussie
- P 10, 5de blok: 2de lijn: geplaatst achter
- P 11, 3de blok: 5de lijn: noodzakelijke voorwaarde
- P 14: 3de blok, voorlaatste lijn: ... wordenn vermeld
- P 16: 2de blok, 3de lijn: ' waarover de verzekeraar de verzekeringnemer...'
- P 18, 6de blok, vijfde lijn: de uitbreiding of de beperking

- P 19, 5de blok: eindpunt invoegen (FR en NL versie)
- P 20, 4de blok, 2de alinea: die er de verzekeringnemer op attendeert
- P 21, 4de blok, 5de lijn: herinneringsprocedure (1 woord)
- P 22, 1ste blok, 3de lijn: in §
- P 23, 1ste blok, 8ste lijn: wel degelijk
- P 23, 4de blok, lijn 9: "contentieuxprocedure voorzien in de artikelen 69 tot en met 72 II.33 tot en met II.36"
- P 27, 3de blok, 7de lijn: plaatsvinden (1 woord)
- P 28, 1ste blok, 4de lijn: spatie na 'indexatie'
- P 28, 7de blok en p 29, 6de blok zijn identiek
- P 32, laatste blok, 1st §, 8ste lijn: in geval van
- P 32, laatste blok, laatste lijn: spatie na :
- P 36, 1ste blok, 1ste lijn, spatie na :
- P 37, 11de blok, 3de lijn: 'verzekering tot vergoeding van schade of verzekeringen tot uitkering van een vast bedrag" ipv "indemnitaire en forfaitaire verzekeringen" (ook in Franse versie).
- P 37, laatste blok, 1ste lijn: spatie na Verz.,
- P 38, 1ste blok, 8ste zin: 'wat de gevolgen zijn van de niet-uitvoering'
- P 39, 4de blok, 2de al, 4de lijn e.v.: "Deze individuele overeenkomsten gaan zich enten op de onderscheiden overeenkomsten die elk van de leden verbinden." vervangen door "Het zijn verschillende overeenkomsten die ieder van de leden binden".
- P 42, 2de blok, lijn 14: verzwaard risico
- P 45, 3de blok, 1ste zin: 'Er bestond rechtsonzekerheid over de termijn waarbinnen een van de partijen kennis moet geven van hun wil om de overeenkomst niet stilzwijgend verder te zetten. Sommigen stellen dat aan de opzeggingstermijn....'
- P 48, 4de blok, derde laatste lijn, spatie na 1971 verwijderen
- P 54, art 64, 5de lijn: schrap 'premies' na vervallen; 8ste lijn: zelf
- P 61, voorlaatste blok, 2de lijn: spatie na W.Verz.,
- Artikel II, 178 laatste zin: forfaitair en worden ze niet geregeld

IV. BEMERKINGEN OP BOEK III EN GERELATEERDE BEPALINGEN IN BOEK I

A. Bemerkingen op de voorgestelde nieuwe en gewijzigde bepalingen Boek III/Boek I

1. *Titel II - Zaakverzekeringen wat betreft eenvoudige risico's*

Deze Titel II neemt de bepalingen van het KB Brand eenvoudige risico's en bijlage over, met enkele aanpassingen.

Artikel III.6

Dit artikel III.6 herneemt de bijlage bij het KB Brand eenvoudige risico's, met uitzondering van de aanpassing van de regeling in §1 (toekenning van de waarborg overeenkomstig de verzekerde waarde in de waarborg brand), opheffing §3, 3 en §5 bijlage KB en invoeging van een nieuwe paragraaf overeenkomstig de Mededeling FSMA 2016 09 inzake terrorisme.

§2 herneemt de bepalingen van §4 van de bijlage bij KB Brand eenvoudige risico's en stelt: "Bij schadegeval verbindt de verzekerde zich ertoe om desgevallend binnen de kortst mogelijke termijn alle stappen bij de bevoegde overheden te doen om vergoeding van de geleden schade aan goederen te bekomen. De door de verzekeraar verschuldigde schadevergoeding wordt slechts uitbetaald wanneer de verzekerde het bewijs levert in dit verband alle nodige stappen gedaan te hebben."

De vertegenwoordigers van de verbruikers menen dat de aanvraagprocedures bij de overheden niet altijd duidelijk zijn en dat artikel III.6, §2 een onevenredige en onaanvaardbare bewijslast op de schouders van de consument legt. Volgens hen worden hier ten onrechte de principes van de gelijkwaardigheid en de bewijslast in hoofde van de verzekeraar die zijn betaling weigert losgelaten, terwijl die wel gelden inzake andere verplichtingen die op de verzekerde rusten. Zij menen dat de verzekeraar moet opwerpen dat de verzekerde een tussenkomst van de overheid is misgelopen en dat de verzekerde daar schuld aan heeft, alsook dat de weigering van de verzekeraar tot vergoeding enkel beperkt moeten blijven tot het bedrag dat door de overheid kan worden uitgekeerd aan de verzekerde.

Voorts menen deze vertegenwoordigers dat deze plicht van de verzekerde geen voorrang mag krijgen op het recht van de verzekerde om, in geval van verzekering tegen nieuwwaarde, in elk geval 80% van deze nieuwwaarde te ontvangen zelfs als hij het goed niet herstelt of vervangt. De aanhef van artikel II.88, §4 (*"onverminderd de toepassing van de andere bepalingen van deze wet die een vermindering van de vergoeding mogelijk maken"*) heeft naar hun mening ten onrechte tot gevolg dat de verplichting van artikel III.6, §2 wel voorrang heeft. Dit is een afwijking van het huidig recht waar artikel 121, §4 W.Verz. voorrang heeft op §4 van de bijlage bij het KB Brand eenvoudige risico's.

Artikel III.20

Dit artikel III.20 neemt de bepalingen van artikel 130 W.Verz. over.

§2, derde lid:

De Commissie vraagt welke indexclausule moet worden toegepast. Immers, er wordt verwezen naar artikel 19, §3 KB van 22 februari 1991 houdende algemeen controlereglement.

Ingevolge de solvency regeling in de wet van 13 maart 2016 is deze bepaling thans zonder voorwerp.

De Commissie vraagt eveneens om artikel III.20, §3 aan te passen aan de recente reglementering van het Waals en Vlaams gewest inzake de vergoeding van natuurrampen en de bevoegdheid van de regionale rampenkassen.

Artikel III.21

Dit artikel III.21 herneemt de bepalingen van artikel 131 W.Verz.

- De Commissie vraagt dit artikel aan te passen ingevolge de recente reglementering van het Waals en Vlaams gewest inzake de vergoeding van natuurrampen en de bevoegdheid van de regionale rampenkassen.
- De Commissie vraagt voor de eenduidigheid om steeds het woord Tariferingsbureau te gebruiken en niet Bureau.
- In artikel III.21, §6 kan, naar analogie met artikel III.31, §4 inzake het Tariferingsbureau motorrijtuigen, worden toegevoegd dat het jaarverslag wordt bekend gemaakt op de website.

2. Titel III - Verplichte aansprakelijkheidsverzekering inzake motorrijtuigen

Deze Titel III neemt de bepalingen over van de wet van 21 november 1989, met enkele aanpassingen.

Algemene bemerking

- De Commissie vraagt om de eenduidigheid van terminologie na te kijken inzake "Staat" of "staat", - "Staat van de EER" of "Lidstaat van de EER" (bv. artikel III.24 §1, eerste lid grondgebied van de Staten en in §3 "*andere staat dan België*", artikel III.36 §2 *De Staat of het land*, artikel III.37 §1 tweede lid: in een Staat van de EER, artikel III.55 *andere Lidstaat van de Europese Unie, derde Staat*, artikel III.57 *Staat van de EER of van een derde Staat*).
- De Commissie vraagt om in Boek I en Boek III een eenduidige terminologie te gebruiken ter aanduiding van het Gemeenschappelijk Waarborgfonds (Fonds), Belgisch Bureau en Tariferingsbureau. Kan in artikel III.59 §5 het begrip "garantiefonds van de Staat" - "le fonds de garantie de l'Etat" worden verduidelijkt?

Titel

De Franse en de Nederlandse titel zijn niet uniform: de Nederlandse versie vermeldt tevens het woord "verplichte".

3. Titel IV - Verzekering tot dekking van de burgerrechtelijke aansprakelijkheid buiten overeenkomst met betrekking tot het privé leven

Deze titel neemt de bepalingen van het KB van 12 januari 1984 betreffende de burgerrechtelijke aansprakelijkheid buiten overeenkomst met betrekking tot het privé leven (KB BA privé leven) over, met uitzondering van enkele aanpassingen.

Artikel III.78

Dit artikel III.78 neemt de bepalingen van artikel 2 KB BA privé leven over, met toevoeging in het tweede lid van de woorden *“of die alleen een of meer activiteiten in verband met het privé leven dekt”*. De memorie van toelichting stelt: *“Het is aangewezen te vermijden dat bepaalde risico’s niet onder de toepassing van de voorwaarden zouden vallen onder het motief dat ze gedekt zijn in een afzonderlijk contract. (...) Zelfs indien het contract enkel een specifiek risico dekt met betrekking tot het privé leven (bv. een van de risico’s bedoeld in artikel 6, 14°, 15°, 16° en 17°) zijn deze voorwaarden van toepassing.”*.

2^e lid:

- De vertegenwoordigers van de verzekeraars gaan niet akkoord met toevoeging in het tweede lid van de woorden *“of die alleen een of meer activiteiten in verband met het privé leven dekt”*. Zij zijn van mening dat dit een uitbreiding is van het toepassingsgebied van de minimumvoorwaarden. Naar hun mening zijn onder de huidige regeling de minimumvoorwaarden van het KB BA privé leven van toepassing op de verzekering BA privé-leven en op de verzekeringsovereenkomsten die op bijkomende of aanvullende wijze dezelfde risico’s met betrekking tot de BA privé-leven dekken. In het geval er een andere verzekering wordt afgesloten, dewelke dekking verleent voor gelijkaardige risico’s, beschikt de verzekeraar naar hun mening onder de huidige regeling over de mogelijkheid om bijkomende voorwaarden en uitsluitingen te voorzien naast diegene die opgesomd zijn in het KB BA privé leven. Naar hun mening is het in het voordeel van de consument om de zogenaamde plezierboten of grote zeilschepen te kunnen verzekeren met specifieke voorwaarden en bijkomende uitsluitingen (bv. plezierboten: maximale snelheid, vermogen, rijbewijs, territorialiteit, ...). Wanneer dit niet mogelijk is zullen ze onvermijdelijk hogere premies moeten betalen. Alors que l’AR de 1984 permet à l’assureur RC Familiale d’exclure certains risques de la garantie (bateaux à voile, bateaux à moteur, RC Chasse, ...), pourquoi lorsque l’assureur décide de couvrir dans un contrat spécifique une ou plusieurs activités relatives à la vie privée par exemple bateaux à voile, bateaux à moteur, RC Chasse, ... devrait-il dès lors offrir à l’assuré une couverture au moins égale à celle qui doit être fournie conformément au présent titre ? Selon eux, cela n’a aucun sens d’autoriser des exclusions de garantie en RC familiale et de devoir donner la même couverture que la RC familiale dans un contrat spécifique.

De vertegenwoordigers van de gebruikers gaan niet akkoord met het standpunt van de vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen. Volgens hen gaat het niet om een uitbreiding van het toepassingsgebied en dient naar huidig recht het KB BA privé leven te worden nageleefd zodra slechts enkele activiteiten in verband met het privéleven worden gedekt, bv. rijpaarden of personenliften. De consument moet ook voor dergelijke dekkingen kunnen vertrouwen op de toepassing van de minimumvoorwaarden. Zij vragen tevens om de voorgestelde tekst nog te verduidelijken als volgt: *“De verzekeringsovereenkomst die op bijkomende of aanvullende wijze dezelfde risico's dekt of die alleen een of meer activiteiten in verband met de burgerrechtelijke aansprakelijkheid buiten overeenkomst met betrekking tot het privé-leven dekt, moet aan de verzekerde een dekking verlenen die ten minste gelijk is aan de dekking te verlenen overeenkomstig deze titel.”*.

- De Commissie merkt op dat in de Nederlandse versie van artikel III.78, eerste lid de woorden "tot dekking van de" (burgerrechtelijke aansprakelijkheid...) moeten toegevoegd worden.

Artikel III.79

Dit artikel III. 79 neemt de bepalingen van artikel 3 KB BA privé leven over, met uitzondering van de vervanging van het begrip "echtgenoot" door "partner" en de schrapping van de dienstplichtigen.

De Commissie merkt op dat in artikel III.79, 1° *"De verzekeringsnemer en zijn samenwonende partner (..)"*, het begrip "partner" onduidelijk is: welke personen vallen hieronder? Is dit de vriend of een vriendin van de verzekeringnemer? Moet er sprake zijn van wettelijk en/of feitelijk samenwonen? Anderzijds bepaalt artikel III.79, 2° een breed toepassingsgebied: *"alle bij de verzekeringsnemer inwonende personen (..)"*. Iedere inwonende partner van de verzekeringsnemer valt onder deze bepaling, waaronder bijgevolg ook een "samenwonende partner".

Ten einde discussie te vermijden over het begrip "partner", stelt de Commissie bijgevolg voor om in 1° de woorden "en zijn samenwonende partner" te schrappen.

Artikel III.82

Dit artikel III.82 neemt de bepalingen van artikel 6 KB BA privé leven over, met uitzondering van de invoering van de regel dat de verzekeraar enkel de stoffelijke schade veroorzaakt aan de personen bedoeld in artikel III.79, 1° en 2° en niet de lichamelijke schade kan uitsluiten. De memorie van toelichting verwijst naar de rechtspraak van het Grondwettelijk Hof betreffende oud artikel 4 WAM-wet.

1°:

De Commissie wijst er op dat deze bepaling moet worden aangevuld, in gevolge de wijziging van artikel 6, 1° KB BA privé leven bij artikel 8 van de wet van 18 juli 2018 betreffende de economische relance en versterking van de sociale cohesie, BS 26 juli 2018, met de volgende zinssnede: *"alsmede op de door artikel 7, § 1, van de wet van 18 juli 2018 betreffende de economische relance en versterking van de sociale cohesie, verplicht gestelde verzekering voor burgerrechtelijke aansprakelijkheid" – "ainsi que l'assurance responsabilité civile imposée par l'article 7, § 1er, de la loi du 18 juillet 2018 relative à la relance économique et au renforcement de la cohésion sociale"*.

2°:

- De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen gaan niet akkoord met deze regel dat de verzekeraar enkel de stoffelijke schade veroorzaakt aan de personen bedoeld in artikel III.79, 1° en 2° en niet de lichamelijke schade kan uitsluiten. Naar hun mening is de familiale sfeer een discrete omgeving waar de controle op fraude onbestaande is, in tegenstelling tot de controle bij een schadegeval met een motorrijtuig waarbij de politie een PV opstelt. Zij menen dat de voorgestelde tekst zal aanzetten tot fraude, omdat het volstaat dat de samenwonende partner of een inwonende van de verzekeringnemer zich verantwoordelijk verklaart voor lichamelijke schade opdat de verzekeraar dekking zou moeten

verschaffen. Het kan volgens hen ook niet de bedoeling zijn dat de verzekeraar BA privé-leven de schade dewelke het gevolg is van huishoudelijk geweld (bv. tussen echtgenoten of kinderen) moet vergoeden. Een verzekering BA privé-leven is een verzekering voor de dekking van schade aan derden, dewelke veroorzaakt is door de verzekerde. De echtgen(o)t(e), partner, kinderen, inwonende (...), zijn mede-verzekerden. Ze zijn geen derden. Een verzekering BA privé-leven mag niet worden misbruikt, in de zin dat het een verdoken ongevalverzekering zou worden ten voordele van alle inwonende personen van de verzekeringnemer. In het geval dat de verzekeringnemer de personen bedoeld in artikel III.79, 1° en 2° wil beschermen, kan hij een ongevalverzekering sluiten. Bovendien zal voormelde wijziging de premies doen stijgen. Deze vertegenwoordigers vragen het behoud van de huidige tekst waarbij de mogelijkheid is voorzien voor de verzekeraar om, voor de in artikel III.79, 1° en 2° bedoelde personen, zowel de lichamelijke als stoffelijke schade uit te sluiten in de polis.

13°:

Het begrip "luchtvaartuigen" wordt in het Frans vertaald als "véhicules aériens".

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen menen dat het aangewezen is om de term "aéronefs" te gebruiken, zoals in de wet van 27 juni 1937 houdende de herziening van de wet van 16 november 1919 betreffende de regeling der luchtvaart en het KB van 10 april 2016 met betrekking tot het gebruik van op afstand bestuurde luchtvaartuigen in het Belgisch luchtruim.

4. **Titel VI - Ziekteverzekeringen**

Artikel III.97

Dit artikel III.97 neemt de bepalingen van artikel 201 W.Verz. over, met toevoeging in §2 van een tweede lid waarin de interpretatieve bepaling van artikel 78 van de wet van 29 juni 2016 houdende diverse bepalingen inzake Economie is overgenomen.

- De vertegenwoordigers van de verbruikers zijn van mening dat de bepaling in artikel III.97, §2, tweede lid onvoldoende bescherming biedt. De verzekering blijft immers beroepsgebonden zelfs als ze door de verzekeringnemer gewijzigd of vervangen wordt ten behoeve van een persoon die op dat ogenblik niet meer beroepsmatig is verbonden met die werkgever. Wie bij zijn pensionering ervoor kiest om aangesloten te blijven bij de collectieve hospitalisatieverzekering van zijn werkgever, wordt te weinig beschermd. Talrijke wettelijke bepalingen die de consument met een niet-beroepsgebonden individuele ziekteverzekering beschermen, zijn dan niet van toepassing, waaronder de wettelijke beperking van premieverhogingen en de levenslange dekking. Zij wijzen erop dat de interpretatieve wet een reactie vormde op een arrest van het hof van beroep van Brussel van 6 mei 2014 dat een eis van (brug)gepensioneerden tot behoud van hun dekking heeft ingewilligd en dat oordeelde dat de later door de werkgever onderschreven verzekering een niet-beroepsgebonden verzekering is. Deze vertegenwoordigers vragen dat in het ontwerp de bescherming zou worden verhoogd ten voordele van aangeslotenen die door (brug)pensioen niet meer beroepsmatig zijn verbonden met de verzekeringnemer.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen merken op dat na het bovenvermeld arrest de markt van de beroepsgebonden ziekteverzekeringen stil lag. Deze uitspraak maakte het de werkgevers immers onmogelijk om van verzekeraar te veranderen en leidde bijgevolg tot een sterke belemmering van de marktwerking ten nadele van zowel de werkgevers als de verzekerden. Volgens hen houdt de gevraagde bescherming van de verbruikers in dat de bescherming die van toepassing is op niet-beroepsgebonden verzekeringen wordt uitgebreid tot de collectieve beroepsgebonden ziekteverzekeringen. Naar hun mening is dat te vergaand.

- De Commissie vraagt om in de Franse versie van artikel III. 97, §2, tweede lid het begrip "d'entreprise d'assurance" te vervangen door "d'assureur", conform de Nederlandse versie.

Artikel III.99

Dit artikel III.99 neemt de bepalingen van artikel 203 W.Verz. over, met toevoeging in §2 van een tweede lid dat stelt dat een persoon die een niet-beroepsgebonden ziekteverzekering heeft en verplicht wordt opgenomen in een beroepsgebonden ziekteverzekering, zijn niet-beroepsgebonden verzekering onmiddellijk kan opzeggen en hiervoor niet hoeft te wachten tot op de jaarlijkse vervalddag.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen merken op dat deze nieuwe regel zal leiden tot extra administratie voor zowel de verzekeraar als de verzekerde aangezien de betrokken persoon moet kunnen aantonen dat hij zijn verzekering opzegt omwille van de verplichte aansluiting bij een beroepsgebonden verzekering.

De Ombudsman, de vertegenwoordigers van de verbruikers en deskundigen verwijzen naar de jaarverslagen van de Ombudsman en zijn van oordeel dat deze nieuwe bepaling een oplossing kan bieden voor een reeks van klachten hieromtrent, waarbij de consument ongewild een dubbele dekking heeft.

B. Verzoeken tot aanpassing van de huidige niet-gewijzigde wetgeving Boek III/Boek I

1. Titel III - Verplichte aansprakelijkheidsverzekering inzake motorrijtuigen

Artikel I.15 – begrip motorrijtuig

Dit artikel I.15 neemt de bepaling van artikel 1 WAM-wet over.

De vertegenwoordigers van de verbruikers verwijzen naar het advies van de Commissie voor verzekeringen Doc C/2018/4 en de daarin opgenomen standpunten over de inhoud en draagwijdte van de bevoegdheid die aan de Koning is toegekend om *“nader te bepalen welke vervoermiddelen onder de definitie van motorrijtuigen vallen”*. Naar hun mening hebben de vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen en de deskundigen aan deze bewoordingen een tegenovergestelde betekenis gegeven dan degene die de wetgever, volgens deze vertegenwoordigers van de verbruikers heeft bedoeld en die volgens hen duidelijk blijkt uit de parlementaire voorbereiding. Zij stellen voor om de bepaling aan te vullen met de woorden *“(…) of niet onder deze definitie vallen”*.

Artikel III.28

Dit artikel III.28 neemt de bepalingen van artikel 7 WAM-wet over.

§2 regelt de overhandiging van het schadeattest.

De vertegenwoordigers van de verbruikers wijzen op de maatschappelijke evolutie van en bedrijfswagens- autodeelsystemen waarbij de bestuurders zelf geen eigen auto bezitten. Zij vragen dat zou bepaald worden dat ook een regelmatige bestuurder, die bekend is bij de verzekeraar van een deelauto of van een bedrijfswagen, een officieel schadeattest kan bekomen.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen bekijken reeds hoe de deeleconomie en het autodelen op een praktische wijze te regelen. Anderzijds is de problematiek vermeld door de verbruikers op zich niet nieuw en bestaan er reeds oplossingen in het kader van de leasing van motorrijtuigen. Zij stellen de vraag wat wordt bedoeld met “regelmatige” bestuurder. Indien een regeling zou ingevoerd worden, dient dit volgens hen de verplichting in te houden om steeds een schadeattest te geven (ongeacht of het schadeverleden goed of slecht is) en niet enkel op vraag van de betrokken bestuurder.

Artikel III.35

Dit artikel III.35 neemt de bepalingen van artikel 10 WAM-wet over.

De Commissie stelt de vraag of deze opsomming van ondernemingen waarvoor de verzekeringsplicht niet geldt, nog actueel is en of de ratio legis voor de uitsluiting van deze ondernemingen nog geldig is anno 2018? Ter informatie kan worden verwezen naar de lijst van 2012 meegedeeld aan de Europese Commissie waarin voor de ons omringende landen de volgende uitsluitingen zijn opgenomen: voor Nederland: Conscientious objectors, The State; voor Frankrijk: State; voor Luxemburg: None; voor Duitsland: The Federal State, German states (Länder), Municipalities with more than 100,000 inhabitants, Associations of local authorities and purpose federations whose members are only statutory corporations (so-

called Körperschaften des öffentlichen Rechts), Corporate bodies covered by communal organisations (so-called "kommunale Schadensausgleiche).

In ieder geval dient de "Nationale Maatschappij van Buurtspoorwegen" te worden geschrapt. Deze is ontbonden bij het KB van 27 maart 1991 en haar taken werden overgedragen naar de Vlaamse Vervoer Maatschappij (VVM, De Lijn) en de Société Régionale Wallonne du transport (SRWT, TEC).

Artikelen III.38 en 39

De artikelen III.38 en 39 nemen de bepalingen van de artikelen 13 en 14 WAM-wet over.

De vertegenwoordigers van de verbruikers hebben met betrekking tot deze bepalingen volgende bemerkingen:

- de huidige sancties voldoen niet meer aan de in de Europese richtlijn gestelde vereiste dat de WAM-verzekeraars de benadeelden spontaan vergoedingen moeten aanbieden die toereikend zijn "op straffe van passende, afdoende en systematische financiële of daaraan gelijkwaardige administratieve sancties". Zij verwijzen naar de termijnen en sancties voorzien in de Franse wet Badinter en achten deze beter en meer performant.

- het vaststellen van de aansprakelijkheid van de verzekerde leidt tot vertraging in de schadeafwikkeling. Volgens deze vertegenwoordigers kan dit worden opgelost door de vergoedingsregeling van de zwakke weggebruiker uit te breiden tot de bestuurder van motorrijtuigen. Zij verwijzen hiervoor naar de Franse wet Badinter, die gesteund is op een objectieve aansprakelijkheid, waarin deze bestuurders onder bepaalde voorwaarden ook recht hebben op vergoeding. Voor hen is het prioritair de bescherming van de bestuurders te verbeteren.

- in ieder geval dienen de huidige sancties te worden aangepast. De bijkomende forfaitaire vergoeding ten belope van 250 euro per dag vertraging is onveranderd en niet geïndexeerd sinds de invoering ervan in 2002. De sanctie van de verdubbeling van de wettelijke interest beliep bij de invoering in 2002 een verdubbeling van 7%, terwijl de wettelijke interest nu nog 2% is wat sterk afbreuk doet aan het afschrikkend effect van deze sanctie. Zij verwijzen tevens naar Frankrijk waar de berekeningswijze van de wettelijke interestvoet (artikel L.211-13 Code des assurances) in 2004 werd aangepast waardoor die nu 3,6% belooft voor particulieren. Zij vermelden dat er tevens een tweede sanctie is in geval van een kennelijk ontoereikend aanbod en afwezigheid van enig aanbod, namelijk de verplichte bijkomende betaling door de verzekeraar (aan het Franse waarborgfonds) van maximum 15% van de schadevergoeding (artikel L.211-14 Code des assurances). Deze vertegenwoordigers vragen om deze sanctie te actualiseren naar het bedrag van ongeveer 340 euro (op basis van de evolutie van de consumptieprijsindex sinds december 2002) en deze sanctie te koppelen aan de index.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen gaan niet akkoord met de voorstellen van de verbruikers. Ofschoon de vergoedingsregeling voor de zwakke weggebruiker geïnspireerd is op de Franse wet Badinter, is de Belgische regeling geheel verschillend van de Franse wet. Voorts merken ze op dat de uitbreiding van de automatische vergoedingsregeling naar alle bestuurders van motorrijtuigen onvermijdelijk zal leiden tot een substantiële premieverhoging. Voorts stellen zij dat de huidige bedragen reeds voldoende

performant zijn. Daarbij mag onder meer niet uit het oog verloren worden dat de huidige wettelijke interestvoet van 2% hoger is dan de huidige marktinterest van (quasi) 0%.

De vertegenwoordigers van de verbruikers en een deskundige menen dat het voor de leesbaarheid aangewezen is om in artikel III.39, §1 de woorden "of wanneer" (geschrapt als gevolg van de legistieke vereiste om bij een opsomming een nummering te gebruiken en geen "-") te behouden.

Artikel III.41

De Commissie vraagt artikel III.41, eerste lid te schrappen aangezien de niet-tegenwerpelijheid voor alle aansprakelijkheidsverzekeringen is geregeld in artikel II.109, §1.

Nieuwe bepaling

Volgens de vertegenwoordigers van de verbruikers past de verzekeraar de premie aan op de jaarlijkse vervalldag rekening houdend met veroorzaakte schadegevallen en deelt hij de concrete aanpassing pas aan de verzekeringnemer mee op het vervalldagbericht, dat naar hun ervaring doorgaans wordt verzonden minder dan twee maanden voor de vervalldag. Zij menen dat hierdoor het verband met het ongeval voor de verzekeringnemer niet steeds duidelijk is. Zij vragen om in de wet te voorzien dat de verzekeringnemer op het vervalldagbericht duidelijke uitleg krijgt over elk schadegeval dat aanleiding geeft tot een premie-aanpassing, meer bepaald wat de afwikkeling van dit schadegeval was.

Artikel III.74

Dit artikel III.74 neemt de bepalingen van artikel 29bis WAM-wet over, met uitzondering van de toevoeging in § 4, eerste lid dat het subrogatierecht van de WAM-verzekeraar onderworpen is aan dezelfde voorwaarden als het subrogatierecht in geval van verzekeringen tot vergoeding van schade zoals bepaald in artikel II.62.

§ 1, zesde lid bepaalt *"Slachtoffers die ouder zijn dan 14 jaar en het ongeval en zijn gevolgen hebben gewild, kunnen zich niet beroepen op de bepalingen van het eerste lid"*.

De vertegenwoordigers van de verbruikers zijn van mening dat de formulering van de leeftijdsgrens onduidelijk is. Met deze formulering werden blijkbaar personen bedoeld van 14 jaar en ouder. Zij vinden dat de leeftijdsgrens in deze bepaling onduidelijk is uitgedrukt, omdat in het gewone taalgebruik een persoon niet wordt beschouwd als "ouder dan 14 jaar" zolang die de leeftijd van 15 jaar nog niet heeft bereikt. Zij menen dat de formulering *"Slachtoffers die de leeftijd van 14 jaar hebben bereikt"* duidelijker is maar als nadeel heeft dat ten opzichte van de huidige tekst de bescherming wellicht reeds ontnomen wordt op de dag zelf van de veertiende verjaardag. Daarom stellen ze volgende slachtoffervriendelijke formulering voor: *"Slachtoffers die de leeftijd van 15 jaar hebben bereikt en (...)".*

2. Titel IV - Verzekering tot dekking van de burgerrechtelijke aansprakelijkheid buiten overeenkomst met betrekking tot het privé leven

Artikel III.80

Dit artikel III.80 neemt de bepalingen van artikel 4 KB BA privé leven over.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen stellen voor om het begrip “geografisch Europa” te vervangen door het begrip “Europese Economische Ruimte” zoals gedefinieerd in artikel I.11, 28°. Het begrip “geografisch Europa” is niet objectief vastgesteld. Bovendien wordt zo een coherentie gecreëerd met het toepassingsgebied van de verzekering BA motorrijtuigen (artikel III.24, derde lid).

De vertegenwoordigers van de verbruikers en deskundigen gaan niet akkoord met deze inperking van het toepassingsgebied. De Europees Economische Ruimte is veel beperkter dan geografisch Europa. Zo horen bv. niet tot de EER en zijn evenmin grenzend aan de Middellandse Zee, Zwitserland, Servië, Andorra, San Marino, Vaticaanstad, en in geval van een harde brexit het Verenigd Koninkrijk. De vertegenwoordigers van de verbruikers wijzen er bovendien op dat artikel I.11, 28° het begrip “Europese Economische Ruimte” niet definieert, maar enkel de afkorting EER.

3. Titel V - Schuldsaldoverzekeringen

Algemene bemerking

Deze titel V neemt de bepalingen van het artikel 212 ev W.Verz. over.

De vertegenwoordigers van de verbruikers zijn van oordeel dat de schuldsaldoverzekering in het algemeen beter dient te worden omkaderd (ook voor wat betreft schuldsaldoverzekeringen bij consumentenkredieten) en niet beperkt kan blijven tot de overname van de bepaling van de zgn. Wet Partyka. Zij verwijzen naar een studie van de FSMA inzake de schuldsaldoverzekeringen bij consumentenkrediet (<https://www.fsma.be/nl/news/onderzoek-naar-schuldsaldoverzekeringen-bij-consumentenkrediet>), klachten over het feit dat een schuldsaldoverzekering vaak wordt verplicht om een krediet te krijgen (Jaarverslag 2015 Algemene Directie Economische Inspectie, p 45) en problemen die zouden zijn vastgesteld door consumentenorganisaties en centra voor schuldenoverlast (prijs van de schuldsaldoverzekeringen loopt soms op tot 50% van de totale kost van het krediet; in de praktijk wordt vooral voor consumentenkrediet de schuldsaldoverzekering steeds als vrijwillig beschouwd en daardoor wordt het bedrag van deze verzekering zelden meegenomen in het jaarlijks kostenpercentage-JKP). Bovendien verwijzen ze naar hun opmerkingen in het Evaluatierapport Schuldsaldoverzekeringen van de Commissie voor verzekeringen (recht op vergeten en drempelverlaging compensatiekas tot 50%).

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen verwijzen naar het Evaluatierapport van de Commissie voor Verzekeringen over de zgn. Wet Partyka en achten het weinig zinvol om er in het kader van de bespreking van de codificatie op terug te komen alvorens de nodige politieke besprekingen zijn gevoerd over de uitgevoerde evaluatie. Wat betreft de schuldsaldoverzekeringen bij consumentenkredieten wijzen zij erop dat er nog geen enkele discussie ten gronde werd gevoerd tussen de verschillende betrokken partijen. In ieder geval lijkt het vooral een discussie over informatieverplichtingen en gedragsregels, die haar plaats heeft in Boek VII. De huidige regels in Deel 6 W.Verz. worden in de nabije toekomst alvast aangepast in het kader van de omzetting van de Europese richtlijn 2016/97 inzake verzekeringsdistributie (IDD).

4. Titel VI - Ziekteverzekeringen

Algemene bemerking

Sommige leden wijzen op de vermelding van leeftijden in de artikelen III.97, §1, 2° en III.102, eerste lid. Gezien de (toekomstige) evoluties in de pensioenwetgeving, rijst de vraag of het niet aangewezen is om geen leeftijd te vermelden doch op meer algemene wijze te verwijzen naar de wettelijk vastgelegde pensioenleeftijd.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen gaan hiermee niet akkoord. De verzekeraars dienen een vaste einddatum van de verzekering gewaarborgd inkomen te kennen om te weten tot wanneer het risico gedekt moet worden en ze eventuele prestaties verschuldigd zouden zijn en om op die basis een correcte premie te kunnen berekenen. Er mag niet uit het oog verloren worden dat de verzekeraars de premies van dergelijke verzekeringen in principe niet kunnen aanpassen tijdens de looptijd van de verzekeringsovereenkomst.

Artikel III.104

Dit artikel III.104 neemt de bepalingen van artikel 208 W.Verz. over.

- De Ombudsman en de vertegenwoordigers van de verbruikers vragen een oplossing voor de problemen van de individuele verderzetting van een verzekering gewaarborgd inkomen, voor wie arbeidsongeschikt is op het moment dat hij de aansluiting bij de beroepsgebonden verzekering verliest. De Ombudsman stelt in de praktijk vast dat wanneer de verzekerde in de beroepsgebonden verzekering op het moment dat hij de aansluiting verliest arbeidsongeschikt is, hij bij veel verzekeraars geen aanbod krijgt omdat er op dat ogenblik geen verzekerbaar belang is. Wanneer men terug arbeidsgeschikt is, is echter vaak de termijn voor een individuele verderzetting verlopen.

Een wettelijke verlenging van de termijn voor de individuele verderzetting tot de arbeidsongeschiktheid is beëindigd, kan voor bepaalde gevallen een oplossing bieden. In sommige gevallen waarin die termijn van arbeidsongeschiktheid lang is biedt dit echter geen oplossing. Indien het knelpunt ligt rond de aandoening die zou ontstaan zijn tijdens de periode vanaf het verlies van aansluiting tot het terug arbeidsgeschikt zijn, stelt de Ombudsman de vraag of voor deze periode een soort "wachtpremie" zou kunnen gevraagd worden (zoals bij ziektekostenverzekeringen).

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen zijn van oordeel dat zolang er geen beroepsinkomen is, er geen verzekerbaar belang is. Zij gaan akkoord dat er een oplossing moet gevonden worden, maar kunnen zich niet vinden in een verlenging van de termijn. Zij wijzen erop dat de wet vandaag al voorziet in een termijn van 105 dagen om het recht van individuele voortzetting uit te oefenen. Deze termijn moet beperkt blijven omdat er geen medische acceptatie is bij een individuele voortzetting. Een arbeidsongeschiktheid kan soms maanden, zelfs enkele jaren duren. Wanneer de betrokkene dan weer arbeidsgeschikt wordt, is het belangrijk dat de verzekeraar een nieuwe medische acceptatie kan uitvoeren. In deze periode kan de gezondheidstoestand van de betrokkene immers gewijzigd zijn, zelfs om

andere redenen dan de aandoening die aan de oorsprong lag van de initiële arbeidsongeschiktheid.

- De vertegenwoordigers van de verbruikers vragen om te bepalen dat de verzekeraar de werknemer moet informeren over de mogelijkheid tot individuele verderzetting. Volgens de huidige regeling rust deze plicht op de verzekeringnemer-werkgever (of curator/vereffenaar). Bij schending van deze plicht verliest de werknemer zijn recht om de verzekering individueel voort te zetten zonder een medisch onderzoek te moeten ondergaan noch een medische vragenlijst te moeten invullen. Bovendien vinden zij de termijn van 30 dagen waarin de werknemer zijn keuze dient mee te delen te kort en dient deze te worden verlengd tot minstens 90 dagen.

C. Taalkundige bemerkingen, verwijzingen en typo's Boek III/Boek I

De hierna gemaakte taalkundige bemerkingen en wijziging worden voorgesteld door de Commissie voor verzekeringen, tenzij anders vermeld:

Artikel III.36 §1: Het woord 'deelstaten' wordt in het Frans vertaald als "pays membres". "Entités membres" lijkt een betere vertaling.

Artikel III.51: De bewoording "meest recente adres" lijkt duidelijker dan "geactualiseerde adres".

Artikel III.74, §1 en artikel III.75, §1

Uniforme terminologie:

Artikel III.74 §1, tweede lid "motorrijtuig is betrokken dat aan spoorstaven is gebonden" en artikel III.75 §1, tweede lid "gemotoriseerde voertuigen die aan spoorstaven gebonden zijn"

Artikel III.100, §5, 3°: "wanneer de verzekerde verandert van statuut" ipv "wanneer deze laatste".

Artikel III.108: "personenverzekeringen" vervangen door "persoonsverzekeringen", conform de definitie.

Typo's artikelen

Titel I – Regels van dwingend recht ipv **Titre I** – Regels van dwingend recht

Artikel III.6 §1: omschreven i.p.v. omgeschreven

Artikel III.6, §1, laatste lid: "ten belope van" ipv "overeenkomstig"

Artikel III.12: is elk beding verboden ipv is verboden elk beding

Artikel III.13, eerste lid: voorwaarden bedoeld in dit hoofdstuk ipv bedoeld bij dit hoofdstuk)

Artikel III.20, §3: een komma na "limieten en na "natuurrampen" zou de leesbaarheid verhogen

Artikel III.23, §2: schade, door die motorvoertuigen in België toegebracht

Artikel III.33, §1: ...na de weigering of na het tarifieringsvoorstel.../ in de negen maanden voorafgaand aan deze weigering

Artikel III.39, §1, derde lid, 2°: niet volledig is gekwantificeerd of kwantificeerbaar is...

Artikel III.47: Fonds genoemd ipv benoemd

Artikelen III.50, III.55 1°) en III.100, derde lid verzekeringnemer i.p.v. verzekeringsnemer:

Artikel III.60, tweede lid: "oefenen hun rechten uit bij voorkeur op" i.p.v. "boven het Fonds" ("par préférence au Fonds")

Artikel III.74, §2: spaties na "artikel , tenzij " verwijderen

Titel VI: Bruidsschatverzekering i.p.v. Bruidsschatsverzekering

Nederlandse versie : Titel VII ipv Titre VII

Artikel III.82, 1°: "(...) bereikt hebben. Deze uitsluiting is (...) " – ""(...) du véhicule. Cette exclusion (...) "

Artikel III.82, 2°: "de stoffelijke schade veroorzaakt aan de personen bedoeld bij artikel III.79, 1° en 2° ipv artikel III.793, 1° en 2° (..)"

Artikel III.97: ziekteverzekeringsovereenkomst i.p.v. ziekteverzekering-overeenkomst

Artikel III.99, §2, tweede lid: “de verzekerde... afsloot” ipv “de verzekerde ...onderschreef”.

Artikel III.100, §3, vierde lid: “publiceert zij jaarlijks de waarde van de index of de indexcijfers in het Belgisch Staatsblad”

Artikel III.100, §3, achtste lid: “delen....de schadelast...voor de ziektekostenverzekering, andere dan beroepsgebonden ziektekostenverzekering, mee”

Artikel III.106, §1: ziekteverzekeringsovereenkomst ipv ziekteverzekerings-overeenkomst

Titel VIII: Bruidsschattverzekering i.p.v. Bruidsschatsverzekering; idem in Artikel III.108

Typo's memorie van toelichting

Artikel III.1: de meerderheid van de bepalingen/ vaststelling

Artikel III.74: verwijzing naar “artikel II.62” ipv “artikel III.62”

Artikel III.82: personen niet i.p.v. personenniet

Titel VI: Bruidsschattverzekering i.p.v. Bruidsschatsverzekering

Titel VII i.p.v. Titre VII

Hoofdstuk II – Andere dan beroepsgebonden... i.p.v. Hoofdstuk II0.

Voorzitster



Caroline Van Schoubroeck

