

COMMISSIE VOOR VERZEKERINGEN

Brussel, 29 januari 2008

DOC C/2006/1

ADVIES

over slapende fondsen in levensverzekeringen

1. TOEPASSINGSGBIED

Wat betreft de geïmagineerde ondernemingen : De voorgestelde regeling zal van toepassing zijn op alle verzekeraars die dekking geven voor risico's die verband houden met de menselijke levensduur en die in België zijn gelegen, zoals bedoeld in artikel 2, § 6, 8° van de controlewet. Verzekeraars die overeenkomsten tot dekking van dergelijke risico's aanbieden in vrije dienstverlening vallen dus ook onder de regeling. Om de toepassing van de Belgische wet te rechtvaardigen voor ondernemingen met maatschappelijke zetel in een andere lidstaat dan België, zou de wet die zal aangenomen worden, dus moeten beschouwd worden als zijnde van algemeen belang in de zin van het Europees recht.

Wat betreft de geïmagineerde verrichtingen : *Ratione materiae* zal de regeling in principe van toepassing zijn op alle levensverzekeringsovereenkomsten in de zin van artikel 97 van de wet van 25 juni 1992 ongeacht of de prestatie voorzien wordt bij leven dan wel bij overlijden. Bijvoorbeeld de tak 23-verzekeringen en schuldsaldoverzekeringen (tijdelijke overlijdensverzekeringen) worden beoogd.

Daarentegen zijn de vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen en de instellingen voor bedrijfspensioenvoorzieningen van oordeel dat het systeem niet zou moeten toepasselijk zijn op de tweede pensioenpijler. Deze uitsluiting wordt volgens hen gerechtvaardigd door volgende redenen :

COMMISSION DES ASSURANCES

Bruxelles, le 29 janvier 2008

DOC C/2006/1

AVIS

sur les fonds dormants en assurance sur la vie

1. CHAMP D'APPLICATION

Quant aux entreprises visées : Le système envisagé s'appliquera à tous les assureurs qui couvrent des risques liés à la durée de la vie humaine et qui sont localisés sur le marché belge, au sens de l'article 2, § 6, 8° de la loi de contrôle. Les assureurs qui souscrivent des contrats couvrant de tels risques en libre prestation de services sont donc visés. Pour justifier l'application de la loi belge aux entreprises qui ont leur siège social dans un autre Etat membre que la Belgique, la loi qui sera adoptée devrait donc être considérée comme étant d'intérêt général au sens du droit européen.

Quant aux opérations visées : *Ratione materiae*, le système s'appliquera en principe à tous les contrats d'assurance sur la vie au sens de l'article 97 de la loi du 25 juin 1992, que la prestation soit prévue en cas de vie ou en cas de décès. Par exemple, les assurances de la branche 23 et les assurances solde restant dû (assurances temporaires en cas de décès) sont visées.

Par contre, les représentants des assureurs et des institutions de retraite professionnelle estiment qu'il faudrait exclure du système le deuxième pilier des retraites. Cette exclusion se justifie à leurs yeux pour les raisons suivantes :

- 1° Artikel 26 van de wet op de aanvullende pensioenen verplicht de pensioeninstelling om minstens één maal per jaar een pensioenfiche over te maken aan de aangeslotenen, waarop informatie verstrekt wordt over een aantal door de wet bepaalde gegevens. Om te voldoen aan deze verplichting hebben de pensioeninstellingen toegang tot het Rijksregister (artikel 113*bis* van de wet op de aanvullende pensioenen). Aangezien het door de wet bepaalde systeem toelaat contact te houden met de aangeslotenen, lijkt het dus niet noodzakelijk om hier het systeem toe te passen dat voorgesteld wordt voor de slapende fondsen.
- 2° De vertegenwoordigers van de instellingen voor bedrijfspensioenvoorzieningen erkennen dat de hierboven vermelde verplichting niet geldt voor de begunstigden van prestaties bij overlijden. Welnu, de verbintenissen die aangegaan worden door de IBP's kunnen wel degelijk zulke prestaties omvatten. De identiteit van de begunstigde kan echter in de loop van de aansluiting voor tal van familiale en persoonlijke redenen wijzigen. Hieruit volgt dat de identiteit van de begunstigde pas met zekerheid kan bepaald worden wanneer de prestaties opeisbaar geworden zijn, namelijk op het ogenblik van het overlijden. Welnu, op basis van artikel 26 §4 van de wet op de aanvullende pensioenen is de pensioeninstelling verplicht om, telkens een uitkering bij overlijden verschuldigd wordt, de begunstigde daarvan in te lichten en hem de passende informatie te bezorgen. Voor de uitvoering van deze informatieverplichting hebben de pensioeninstellingen ook toegang tot het Rijksregister. Op die manier kan de begunstigde gemakkelijk gevonden worden. Bijgevolg lijkt het ook vanuit dit oogpunt, quasi onnodig om een nieuw systeem uit te werken voor slapende fondsen. In de praktijk blijkt dat het merendeel van de problemen waarmee de pensioeninstellingen geconfronteerd worden problemen betreffen ingevolge verdwijningen of afwezigheden (geval van de aangeslotenen waarvan onmogelijk kan aangetoond worden of hij overleden is of in leven). Aangezien het in het ontwerp voorgestelde regime geen wijzigingen aanbrengt aan de bepalingen van het Burgerlijk Wetboek betreffende de afwezigheid, zal het deze problemen dus niet oplossen en bijgevolg geen toegevoegde waarde bieden.
- 3° Er wordt op dit ogenblik gewerkt aan een nieuwe gegevensbank, genaamd SiGeDIS, waarin informatie betreffende de aanvullende pensioenen van de tweede pijler in kaart gebracht wordt. Deze gegevensbank zal haar werkzaamheden opstarten in de loop van de volgende maanden. De vertegenwoordigers van de pensioeninstellingen zijn van oordeel dat het aangewezen is om de verdere ontwikkeling van SiGeDIS af te wachten alvorens de pensioeninstellingen te onderwerpen aan een nieuw systeem inzake slapende fondsen.
- 1° L'article 26 de la loi sur les pensions complémentaires oblige l'organisme de pension à communiquer au moins une fois par an aux affiliés, une fiche de pension qui contient un certain nombre d'informations définies par la loi. Pour satisfaire à cette obligation, les organismes de pension ont accès au registre national (art. 113*bis* de la loi sur les pensions complémentaires). Comme ce système prévu par la loi permet de garder le contact avec les affiliés, il ne semble donc pas nécessaire d'appliquer ici le régime proposé pour les fonds dormants.
- 2° Les représentants des institutions de retraite professionnelle reconnaissent que l'obligation prévue ci-dessus ne concerne pas les bénéficiaires des prestations en cas de décès. Or, les engagements pris par les IRP peuvent comporter de telles prestations. L'identité du bénéficiaire peut toutefois changer en cours d'affiliation pour toute une série de raisons familiales et personnelles. Il en résulte que l'identité du bénéficiaire ne peut être déterminée avec certitude que lorsque les prestations sont devenues exigibles, c'est-à-dire au moment du décès. Or en vertu de l'article 26, §4 de la loi sur les pensions complémentaires, l'organisme de pension qui est tenu d'effectuer une prestation en cas de décès est obligé d'en informer le bénéficiaire et de lui fournir les renseignements utiles. Pour l'exécution de cette obligation, les organismes de pension ont aussi accès au Registre national des personnes physiques (art. 113*bis* précité). Le bénéficiaire pourra donc aisément être retrouvé de cette manière. Dès lors sous cet angle également, il paraît quasiment inutile de mettre en place un nouveau système pour les fonds dormants. En pratique, la plupart des problèmes rencontrés par les organismes de pension concernent la disparition ou l'absence (cas d'un affilié dont il est impossible de démontrer qu'il est décédé ou en vie). Comme le régime prévu dans le cadre de ce projet ne modifie pas les dispositions du Code civil relatives à l'absence, il ne permettra pas de résoudre ces problèmes et ne comporte donc pas de valeur ajoutée.
- 3° Une nouvelle banque de données dénommée SiGeDis où seront répertoriées les informations relatives aux pensions complémentaires du second pilier est pour l'instant en projet. Cette base de données entrera en activité dans les mois qui viennent. Les représentants des organismes de pension considèrent qu'il serait opportun d'attendre les prochains développements de SiGeDis avant de soumettre les organismes de pension à un nouveau système relatif aux Fonds dormants.

De vertegenwoordigers van de verbruikers en van de tussenpersonen kunnen niet akkoord gaan met de algemene uitsluiting van de tweede pensioenpijler uit de voorgestelde regeling van de slapende fondsen.

Dat artikel 26 van de wet betreffende de aanvullende pensioenen en het belastingstelsel van die pensioenen en van sommige aanvullende voordelen inzake sociale zekerheid (WAP) de pensioeninstellingen verplicht om de aangeslotene jaarlijks via een pensioenfiche te informeren over zijn pensioenrechten, betekent niet dat de begunstigde ook wordt geïnformeerd over zijn rechten bij overlijden. Ook SiGedis voorziet niet in informatie naar de begunstigde, alleen naar de aangeslotene.

Artikel 26, § 4 van de WAP bepaalt wel dat de pensioeninstelling de begunstigde moet informeren over de uitkeringen die zijn verschuldigd en de wijzen van uitbetaling. Dit artikel regelt echter niet hoe en wanneer deze informatie moet worden verstrekt en hoeveel moeite de pensioeninstelling moet doen om de begunstigde te achterhalen en te informeren. Bovendien kan het artikel alleen worden toegepast wanneer de begunstigde kan worden geïdentificeerd, wat niet altijd het geval zal zijn bij een algemene aanwijzing van de begunstigde. Een regeling slapende fondsen behoudt hier zijn volledig nut.

De vertegenwoordigers van de verbruikers erkennen dat de regeling slapende fondsen rekening moet houden met de eigen kenmerken van de groepsverzekeringen en de IBP's. Dit kan echter niet inhouden dat beiden worden uitgesloten. De meeste, zometert alle, pensioenplannen bevatten overlijdensvoordelen. Ze van de toepassing van de regeling slapende fondsen uitsluiten, zou de impact van de regeling fors reduceren.

De Commissie neemt nota van deze opmerkingen, maar twijfelt aan haar bevoegdheid om het probleem te regelen. Ze stelt in ieder geval vast dat als beslist wordt om het hier voorgestelde systeem toe te passen op de tweede pensioenpijler, bepaalde oplossingen noodzakelijkerwijs zouden moeten aangepast worden aan de specifieke situatie van deze activiteiten, of ze nu door verzekeringsondernemingen dan wel door instellingen voor bedrijfspensioenvoorzieningen worden uitgevoerd. Deze problematiek zou dus in principe moeten behandeld worden door de Commissie voor aanvullende pensioenen.

Wat betreft het bedrag van de prestaties : Conform de wens van de verzekeraars zou de opsporing van de begunstigde door de verzekeraar volgens een vastgestelde procedure niet van toepassing zijn op overeenkomsten waarin presta-

Les représentants des consommateurs et des intermédiaires ne peuvent pas marquer leur accord sur l'exclusion générale du deuxième pilier des retraites.

Le fait qu'article 26 de la loi relative aux pensions complémentaires et au régime fiscal de celles-ci et de certains avantages complémentaires en matière de sécurité sociale (LPC) oblige les organismes de pension d'informer une fois par an, par une fiche de pension, les affiliés à propos de leurs droits à la pension n'implique pas, selon eux, que les bénéficiaires le soient également en ce qui concerne les prestations en cas de décès. SiGedis ne prévoit pas non plus une information des bénéficiaires, mais seulement des affiliés.

L'article 26, § 4 de la LPC stipule que les organismes de pension sont obligés d'informer le bénéficiaire des prestations qui sont dues et des options de paiement. Cet article ne prévoit pas comment et quand cette information doit être fournie, ni quelles démarches l'organisme de pension doit entreprendre pour retrouver et informer le bénéficiaire. En outre, cet article ne peut être appliqué que lorsque le bénéficiaire a été identifié, ce qui ne sera pas toujours possible en cas de désignation générique. La réglementation sur les fonds dormants pourrait donc être fort utile.

Les représentants des consommateurs reconnaissent que le régime prévu pour les fonds dormants devrait être adapté pour tenir compte des spécificités des assurances de groupe et des prestations fournies par les IRP. Cela ne peut pas impliquer qu'ils soient tous les deux exclus de la réglementation. La plupart, sinon tous les plans de pension comportent en effet des prestations en cas de décès. Exclure le deuxième pilier de la réglementation relative aux fonds dormants, priverait cette réglementation d'une bonne partie de son utilité.

Prenant acte de ces remarques, la Commission doute de sa compétence pour régler le problème posé par le deuxième pilier des retraites. De toute façon, elle observe que s'il était décidé d'appliquer le système proposé ici au deuxième pilier, il faudrait nécessairement adapter certaines solutions aux spécificités de ces activités, qu'elles soient exercées par des entreprises d'assurance ou par des IRP. Ces questions devraient donc être traitées en principe par la Commission des pensions complémentaires.

Quant au montant des prestations. Selon le souhait des assureurs, la recherche du bénéficiaire qui doit être menée par l'assureur selon une procédure déterminée ne devrait pas être applicable aux contrats dont les presta-

ties worden bedongen die beneden een bepaald geïndexeerd bedrag liggen (100 euro bijvoorbeeld). Zo wordt namelijk vermeden dat het zoeken van de begunstigde duurder uitvalt dan het bedrag van de uit te keren prestatie. Dit neemt niet weg dat deze kleine bedragen, net als alle andere niet-opgeëiste prestaties, na een bepaalde termijn zouden overgedragen worden aan de Deposito- en Consignatiekas (hierna DCK, cfr. punt 6).

Juridische aard van de bedoelde tekst en overgangsrecht. De voorgestelde regeling zou bij wet moeten vastgelegd worden omdat ze zou kunnen leiden tot een wijziging van de contractvoorwaarden zoals hieronder wordt beschreven (cfr. punt 6, de uitkering van niet-opgeëiste prestaties).

Voor prestaties die op de datum van inwerkingtreding van de wet tot invoering van de voorgestelde regeling, niet zijn opgeëist, zal de nieuwe regeling enkel van toepassing zijn indien die prestaties op dat ogenblik opeisbaar zijn en indien de rechten van de begunstigde niet al verjaard zijn op de datum van inwerkingtreding van de wet. Aangenomen wordt dat de inwerkingtreding van een nieuwe wet geen rechten doet ontstaan die volgens de oude wet definitief verjaard zijn. Volgens dit principe zijn de verplichtingen die voortvloeien uit levensverzekeringsovereenkomsten waarin prestaties worden bedongen die opeisbaar waren vóór 21 september 1989, definitief verjaard. Dergelijke verplichtingen vallen dus niet onder het toepassingsgebied van de wet.

In dit verband dient herinnerd te worden aan artikel 32 van de oude wet van 11 juni 1874, dat bepaalt dat de rechten van de begunstigde verjaren na drie jaar te rekenen vanaf de gebeurtenis waarop de rechtsovereenkomst gegrond is, dit wil zeggen vanaf de dag dat de verzekerde prestaties opeisbaar worden. Volgens artikel 34, § 1, van de nieuwe wet van 25 juni 1992 gaat de termijn voor de rechtsovereenkomst van de begunstigde echter in op de dag waarop deze tegelijk kennis krijgt van het bestaan van de overeenkomst, van zijn hoedanigheid van begunstigde en van het voorval dat de verzekeringsprestaties opeisbaar maakt.

-◆-

2. DEFINITIE VAN SLAPENDE OVEREENKOMST

Inhoud. De voorgestelde regeling zou binnen de hierboven omschreven grenzen een oplossing moeten bieden voor de meeste gevallen waarin opeisbaar geworden levensverzekeringsprestaties niet worden opgevraagd door de begunstigde ervan. De regels betreffende de bewijslast zijn niet gewijzigd : de vermeende begunstigde dient aan te tonen dat het risico zich heeft voorgedaan en dat de prestaties dus opeisbaar zijn geworden. De voorgestelde regeling biedt

tions sont inférieures à un certain montant indexé (100 Euros par exemple). Il convient d'éviter en effet que la recherche du bénéficiaire entraîne des frais plus importants que le montant de la prestation. Cela n'empêche pas que ces petits montants, comme les autres prestations non réclamées, soient transférés à la Caisse des dépôts et consignations après un certain délai. (ci-après CDC, voy. *infra* point 6).

Nature juridique du texte envisagé et droit transitoire. Le régime proposé devrait être inscrit dans une loi parce qu'il pourrait entraîner, comme on le verra ci-dessous, une modification des conditions contractuelles (cf. point 6, le règlement des prestations non réclamées).

En ce qui concerne les prestations non réclamées au jour de l'entrée en vigueur de la loi instaurant le système envisagé, le système nouveau s'appliquera exclusivement aux contrats dont les prestations sont exigibles à ce moment pour autant que les droits du bénéficiaire ne soient pas déjà prescrits au jour de l'entrée en vigueur de la loi. Il est admis que l'entrée en vigueur d'une loi nouvelle n'a pas pour effet de faire renaître des droits définitivement prescrits selon la loi ancienne. En vertu de ce principe, les obligations découlant des contrats d'assurance vie dont les prestations étaient exigibles avant le 21 septembre 1989 sont définitivement prescrites et n'entrent dès lors pas dans le champ d'application de la loi.

Il y a lieu de rappeler à cet égard que selon l'article 32 de l'ancienne loi du 11 juin 1874 les droits du bénéficiaire se prescrivent en trois ans à compter de l'événement qui donne ouverture à l'action, c'est-à-dire au jour de l'exigibilité des prestations assurées, alors que selon l'article 34, § 1^{er}, de la nouvelle loi du 25 juin 1992 le délai prend cours en ce qui concerne l'action du bénéficiaire, à partir du jour où celui-ci a connaissance à la fois de l'existence du contrat, de sa qualité de bénéficiaire et de la survenance de l'événement duquel dépend l'exigibilité des prestations d'assurance.

-◆-

2. DEFINITION DU CONTRAT DORMANT

Contenu. Dans les limites décrites ci-dessus, le système envisagé devrait permettre de résoudre la plupart des hypothèses dans lesquelles des prestations d'assurance vie devenues exigibles ne sont pas réclamées par leur bénéficiaire. Les règles relatives à la charge de la preuve ne sont pas modifiées : il appartient au prétendu bénéficiaire de démontrer que le risque s'est réalisé et que les prestations sont par conséquent devenues exigibles. Le système

geen oplossing voor gevallen van afwezigheid, waar niet geweten is of de verzekerde overleden is of niet. Voor deze problematiek dient een oplossing te worden gezocht in de bepalingen van het Burgerlijk Wetboek. Een belangrijke opmerking in dit verband is dat het geval van de slapende overeenkomst onderscheiden moet worden van het geval waarin vaststaat dat er geen rechthebbenden zijn die de verzekeringsprestaties kunnen opeisen op de vervaldag.

Identificatie van de oorzaken. De problemen die hier aan de orde zijn, kunnen verschillende oorzaken hebben :

- de begunstigde bij overlijden eist de prestaties niet op omdat hij niet weet dat er te zijnen gunste een overeenkomst werd gesloten;
- de verzekeringnemer of de verzekerde, die begunstigde is bij leven, is vergeten dat hij een levensverzekeringsovereenkomst heeft ;
- de begunstigde is van adres veranderd en is onvindbaar ;
- de begunstigde kan niet geïdentificeerd worden op grond van de begunstigingsclausule (generieke aanwijzing van begunstigten ...).

Toegang tot het Rijksregister. Verschillende delegaties menen dat bepaalde regelmatig terugkerende problemen op voorhand verholpen zouden kunnen worden, zelfs voor de datum waarop de verzekerde prestaties opeisbaar worden, indien de verzekeraar toegang zou hebben tot het Rijksregister van de natuurlijke personen. Wanneer de verzekeraar bij de verzending van informatie of van een vervaldagbericht vaststelt dat er geen contact meer is met zijn klant en dit niet als normaal kan worden beschouwd (brief wordt teruggezonden met de vermelding “Woont niet meer op dit adres”), zou hij via het Rijksregister kunnen nagaan of de verzekeringnemer van woonplaats veranderd is of overleden is.

Volgens deze delegaties zou zulke verplichting geen belangrijke nieuwe last zou zijn voor de verzekeraar vermits deze, uit hoofde van de maatregelen tot voorkoming van het gebruik van het financiële stelsel voor het witwassen van geld en de financiering van terrorisme, al gehouden is de juistheid te onderzoeken van zijn informatie over klanten waarmee hij een zakenrelatie onderhoudt (artikel 35 reglement CBFA circulaire D250 van de CBFA van 22/11/2004, gecoördineerd op 12 juli 2005).

De vertegenwoordigers van de verzekeraars maken voorbehoud bij het idee om toegang te vragen tot het Rijksregister om volgende redenen :

envisagé ne donne pas de réponse pour le cas de l'absence, lorsque nul ne sait si la tête assurée est ou non décédée. Il y a lieu de résoudre cette question conformément aux dispositions du Code civil. Notons que la situation des contrats dormants doit être distinguée de celle des contrats en déshérence où il est établi qu' n'existe pas d'ayants-droits susceptibles de réclamer les prestations d'assurance à l'échéance.

Identification des causes. Plusieurs situations peuvent être à la source des problèmes discutés ici :

- Soit le bénéficiaire en cas de décès ne réclame pas le versement des prestations parce qu'il ignore qu'un contrat a été souscrit à son profit.
- Soit le preneur ou l'assuré, bénéficiaire en cas de vie, a oublié l'existence de son contrat.
- Soit le bénéficiaire a changé d'adresse et demeure introuvable.
- Soit il est impossible d'identifier le bénéficiaire au vu de la clause d'attribution (désignation générique...).

Accès au Registre national. Plusieurs délégations observent qu'un certain nombre de problèmes récurrents pourraient être réglés anticipativement avant même la date d'exigibilité des prestations assurées si l'assureur pouvait avoir accès au Registre national des personnes physiques. Ce dernier pourrait ainsi vérifier si le preneur n'a pas changé de domicile ou n'est pas décédé dès qu'il constate une rupture anormale des contacts avec son client lors de l'envoi d'une information ou d'un avis d'échéance (renvoi du courrier avec mention “N'habite plus à l'adresse indiquée”).

Selon ces délégations, une telle obligation ne créerait pas une charge nouvelle importante pour l'assureur dans la mesure où, en vertu des mesures de prévention de l'utilisation du système financier aux fins du blanchiment de capitaux et du financement du terrorisme, il est déjà tenu de vérifier la pertinence des informations dont il dispose concernant les clients avec lesquels il entretient des relations d'affaires (art. 35 règlement de la CBFA, circulaire D 250 du 22/11/2004 de la CBFA, coordonnée au 12 juillet 2005).

Les représentants des assureurs émettent des réserves quant à cette demande d'accès au Registre national pour les raisons suivantes :

- In eerste instantie is het niet eenvoudig te bepalen vanaf welk moment precies een breuk in de contacten met de cliënt abnormaal zou zijn, aangezien immers de betaling van de premies facultatief is in levensverzekeringen.
- Daarnaast biedt een controle van de coördinaten van de verzekeringnemer slechts een oplossing voor welomlijnde hypothesen (het vergeten van de overeenkomst door de verzekeringnemer die tevens begunstigde bij leven is) en biedt het helemaal geen zekerheid over de juistheid van de coördinaten van de begunstigde die nochtans essentieel van belang zijn bij de betaling van de prestatie.
- De verzekeraars wijzen er bovendien op dat het Rijksregister voor meerdere situaties geen oplossing zou bieden (bijv. begunstigten die in het buitenland zijn gevestigd, begunstigten die via een generieke clausule aangeduid zijn, ...)
- Het feit dat de overeenkomst op dat ogenblik nog altijd loopt en er nog wijzigingen kunnen aan aangebracht worden (aanduiding van een begunstigde of wijziging van die aanduiding) maakt bovendien dat een opzoeking in de loop van de overeenkomst ondoeltreffend is.
- Tenslotte herinneren zij er aan dat het recht dat de begunstigde op de verzekerde prestaties heeft, een vorderingsrecht is en dat het feit dat het om een haalschuld gaat, juridisch geen enkele verplichting inhoudt voor de verzekeraar om stappen te ondernemen om de begunstigde op te sporen.
- Tout d'abord, il n'est pas aisé de déterminer à quel moment précis il serait permis de considérer qu'une rupture des contacts avec le client serait « anormale », dès lors que le paiement des primes est facultatif en assurance sur la vie.
- Ensuite, la vérification des coordonnées du preneur ne résout que certaines hypothèses bien déterminées (oubli du contrat par le preneur qui est aussi le bénéficiaire en cas de vie) et ne présume en rien de l'exactitude des coordonnées du bénéficiaire pourtant essentielles lors du paiement de la prestation.
- Les assureurs attirent aussi l'attention sur le fait qu'il subsiste plusieurs situations pour lesquelles l'accès au Registre national ne fournirait aucune solution (par exemple les cas où les bénéficiaires sont installés à l'étranger ou sont désignés par une clause générique).
- En outre, le fait que le contrat soit à ce moment toujours en cours et puisse encore subir des modifications (désignation bénéficiaire par le preneur ou modification de la désignation) rend une recherche en cours d'exécution du contrat inefficace.
- Ils rappellent enfin que le droit du bénéficiaire sur les prestations assurées est un droit de créance et que le principe de la quérabilité de la dette ne les contraint juridiquement à aucune démarche pour rechercher le bénéficiaire.

Wat de bepaling uit de antiwitwaswetgeving betreft waarnaar verwezen wordt, merken de vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen op dat deze bepaling de verzekeraar in staat stelt om de *cliënt* waarmee hij in contact is, te vragen om een nieuwe kopie van zijn identiteitskaart. Deze bepaling biedt evenwel geen oplossing voor het probleem van de identificatie van de *begunstigde* van de prestatie, die niet gekend of onvindbaar is. Er zij opgemerkt dat Assuralia, namens 25 verzekeraars, in april 2005 bij de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer een aanvraag indiende om toegang tot het Rijksregister te verkrijgen met het oog op de strijd tegen witwaspraktijken. De Commissie oordeelde op 25 mei 2005: *“de wetgever eist niet dat de aanvragers actieve stappen ondernemen om de identiteitsgegevens (...) te controleren door het raadplegen van het Rijksregister”*. Volgens de Commissie is het *“duidelijk dat de wetgever dit ook niet verwachtte...”*. De Commissie weigerde dan ook om toegang te verlenen tot het Rijksregister.

En ce qui concerne la législation antiblanchiment citée ci-dessus, les représentants des entreprises d'assurance observent que cette disposition permet à l'assureur de demander à son client une nouvelle copie de sa carte d'identité. Cette disposition n'offre cependant aucune solution pour résoudre le problème de l'identification du bénéficiaire de la prestation qui est inconnu ou introuvable. Ces mêmes représentants rappellent qu'Assuralia a introduit en avril 2005 une demande d'accès au Registre national auprès de la Commission de protection de la vie privée au nom de 25 assureurs, en vue de lutter contre le blanchiment d'argent. La Commission a décidé le 25 mai 2005 que le législateur n'oblige pas que les requérants entreprennent activement des démarches pour contrôler les données relatives à l'identité par le biais de la consultation du registre national. Selon la Commission, il est clair que le législateur ne poursuivait pas un tel but. La Commission a donc refusé de donner l'accès au Registre national.

-◆-

-◆-

3. BESCHRIJVING VAN DE REGELING

Structuur en inhoud van de voorgestelde regeling. Doel is, enerzijds, een regeling in te voeren die het mogelijk maakt de begunstigden van niet-opgeëiste prestaties snel op te sporen zonder dat dit te hoge informatiekosten met zich meebrengt en, anderzijds, een definitieve oplossing te vinden voor de prestaties die na een bepaalde termijn nog niet bij hun begunstigde(n) zouden zijn terechtgekomen, ondanks het verrichte opsporingswerk.

De voorgestelde regeling omvat drie luiken :

- inrichting van een contactpunt waar iedereen die van een voldoende belang doet blijken, terecht kan (zie punt 4);
- opsporing van de begunstigde door de verzekeraar volgens een vastgestelde procedure (zie punt 5);
- overdracht van de prestaties die na een bepaalde termijn niet zijn opgeëist aan een openbare instelling (zie punt 6).

De regeling zou er in hoofdzaak in bestaan dat iedereen die een belang kan aantonen, zoals hieronder wordt omschreven, zich kan richten tot een contactpunt om te laten nagaan of hij geen begunstigde is van een levensverzekeringsprestatie. Wanneer dit contactpunt een volgens de voorgeschreven vormen gedane aanvraag zou ontvangen, zou het die voorleggen aan alle verzekeraars die op de Belgische markt actief zijn evenals aan de DCK. De DCK moet ook geraadpleegd worden omdat het mogelijk is dat de vraag wordt ingediend wanneer de in punt 6 bedoelde overdracht al heeft plaatsgevonden.

Werking van het contactpunt. Wanneer blijkt dat de aanvrager inderdaad begunstigde is van een opeisbaar geworden levensverzekeringsprestatie, zou de betrokken verzekeraar of de DCK rechtstreeks contact opnemen met de aanvrager om hem hierover in te lichten en om aan te geven hoe hij zijn rechten kan doen gelden. Het lijkt noodzakelijk dat het contactpunt systematisch zou geïnformeerd worden over de stappen die ondernomen worden door de verzekeraar. In die omstandigheden zal het contactpunt de aanvrager ook kunnen informeren wanneer hem, na een redelijke termijn, geen enkel positief antwoord is overgemaakt.

Het zou echter kunnen zijn dat de aanvrager geen begunstigde is van de overeenkomst maar dat er wel een overeenkomst is gesloten op het hoofd van de persoon waarvan het overlijden wordt gemeld. Aangezien de verzekeraar hier weet dat de prestatie opeisbaar is geworden, moet in dit geval de procedure worden gevolgd die in punt 5 wordt omschreven.

3. DESCRIPTION DU SYSTEME

Structure et contenu du système envisagé. L'objectif est, d'une part, de mettre en place un système qui permettrait de retrouver rapidement les bénéficiaires des prestations non réclamées sans emporter des coûts d'information trop élevés et, d'autre part, de régler définitivement le sort des prestations qui, après un certain délai et en dépit des recherches effectuées, n'auraient pas pu être attribuées.

Le système envisagé comporte trois volets :

- la création d'un point de contact auquel pourrait s'adresser toute personne démontrant un intérêt suffisant (cfr. point 4);
- une procédure de recherche du bénéficiaire menée par l'assureur (cfr. point 5);
- le transfert des prestations non réclamées après un certain délai à un organisme public (cfr. point 6).

Le système consisterait pour l'essentiel à permettre à toute personne justifiant d'un intérêt au sens décrit ci-dessous de s'adresser à un point de contact afin de vérifier si elle n'est pas bénéficiaire d'une prestation d'assurance vie. Saisie d'une requête en bonne et due forme, ce point de contact aurait pour mission de s'adresser à tous les assureurs actifs sur le marché belge ainsi qu'à la CDC afin de leur soumettre la demande. La CDC doit en effet être consulté car il est possible que la demande soit introduite alors que le transfert visé au point 6 a déjà eu lieu.

Fonctionnement du point de contact. Lorsqu'il apparaît que le demandeur est bénéficiaire d'une prestation devenue exigible, l'assureur concerné ou la CDC prendrait directement contact avec le demandeur pour lui délivrer l'information, afin de lui confirmer sa qualité et de lui indiquer comment faire valoir ses droits. Il apparaît nécessaire que le point de contact soit systématiquement informé des démarches entamées par l'assureur. Dans ces conditions, le point de contact pourra aussi informer le requérant lorsqu'après un délai raisonnable, aucune réponse positive ne lui a été transmise.

Il se pourrait toutefois que la personne requérante ne soit pas bénéficiaire du contrat mais qu'il existe bel et bien un contrat souscrit sur la tête de la personne dont on a fait état du décès. Dans ce cas, puisque l'assureur sait que la prestation est devenue exigible, il y aurait lieu de mettre en œuvre la procédure prévue au point 5.

Het contactpunt fungeert dus enkel als brievenbus, die de aanvraag doorstuurt. Conform de voorstellen van de vertegenwoordigers van de verzekeraars zou dit contactpunt binnen de beroepsvereniging van de verzekeraars worden opgericht. Het contactpunt beschikt niet over een elektronische databank en beperkt zich dus tot het doorgeven van de aanvragen en de verkregen informatie. Gezien de rol van dit contactpunt bij het doorgeven van de aanvragen, zou de DCK betrokken willen worden bij de besprekingen over het statuut van dit orgaan en over zijn opdrachten. De DCK herinnert eraan dat het voor bankzaken Febelfin is die, op verzoek van de banken, de opsporingsaanvragen centraliseert bij de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid. Wanneer de rekeninghouder overleden is, wordt naar de rechthebbers geïnformeerd bij de DCK, die op dit vlak samenwerkt met de Algemene Administratie Patrimoniumdocumentatie.



4. AANVRAAG TOT OPSPORING

Hoedanigheid van de aanvragers. Iedereen die van een voldoende belang doet blijken, zou zich tot het contactpunt kunnen richten om na te gaan of hij begunstigde is van een overeenkomst, waarvan de prestaties opeisbaar geworden zijn, die werd gesloten door of op het hoofd van een persoon waarvan hij het overlijden aantoonde. De notaris die belast is met de vereffening van de nalatenschap van de overledene zou ook een dergelijke aanvraag kunnen indienen, onder dezelfde voorwaarden.

De vertegenwoordigers van de gebruikers zijn van oordeel dat, voor de opsporing van een verzekeringsovereenkomst bij leven waarvan de verzekeringnemer de gegevens heeft verloren, een gelijkaardige procedure zou kunnen gevolgd worden. Om echter te garanderen dat het contactpunt doeltreffend kan functioneren en rekening houdend met het feit dat de verzekeringnemer jaarlijks informatie ontvangt over zijn overeenkomst, menen de vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen dat het verkieslijk zou zijn de regeling voor te behouden voor de meest problematische situaties, met name wanneer de begunstigde in geval van overlijden niet weet dat een overeenkomst in zijn voordeel is gesloten. De verzekeraars stellen daarom voor dat het contactpunt alleen tussenkomt voor vragen om informatie betreffende prestaties bij overlijden.

De vertegenwoordigers van de gebruikers merken op dat het feit dat de huidige reglementering het versturen van informatiefiches verplicht, niet altijd tot gevolg heeft dat die fiches terecht komen bij de bestemming en dat er dus

Le point de contact joue donc seulement le rôle d'une boîte aux lettres qui se chargerait de faire suivre la demande du requérant. D'après les propositions formulées par les représentants des assureurs, il serait créé au sein de l'association professionnelle des assureurs. Le point de contact ne dispose d'aucune base de données informatisées et se contente dès lors de transmettre les requêtes et les informations obtenues. Vu le rôle joué par ce point de contact dans la transmission des requêtes, la CDC souhaiterait être associée aux discussions relatives à la définition de son statut et de ses missions. La CDC rappelle qu'en matière bancaire, c'est Febelfin qui, à la demande des banques, centralise les recherches demandées par les ayants-droit auprès de la banque carrefour de la sécurité sociale. En cas de décès du titulaire du compte, la question relative aux ayants-droits est posée à la CDC qui, en cette matière, travaille de concert avec l'administration de la documentation patrimoniale.



4. LA REQUETE D'UN TIERS EN VUE DE LANCER UNE RECHERCHE

Qualité des demandeurs. Toute personne justifiant d'un intérêt suffisant pourrait s'adresser au point de contact afin de vérifier si elle n'est pas bénéficiaire d'un contrat dont la prestation est devenue exigible, souscrit par une personne ou sur la tête d'une personne dont elle apporte la preuve du décès. Le notaire chargé de la liquidation de la succession du défunt pourrait aussi adresser une requête dans le même sens, selon les mêmes conditions.

Les représentants des consommateurs estiment qu'une procédure semblable pourrait être mise en œuvre pour retrouver la trace d'un contrat souscrit en cas de vie dont le preneur aurait perdu les données. Toutefois, en vue de garantir un fonctionnement efficace du point de contact et compte tenu du fait que le preneur d'assurance reçoit annuellement des informations sur son contrat, les représentants des assureurs estiment qu'il serait préférable de réserver le système aux situations les plus problématiques, notamment lorsque le bénéficiaire en cas de décès ignore qu'un contrat a été souscrit à son profit. Les assureurs proposent dès lors que le point de contact n'intervienne que pour des requêtes d'information relatives à des prestations en cas de décès.

Les représentants des consommateurs observent cependant que l'envoi obligatoire des notices d'informations prévues par la réglementation en vigueur n'implique pas toujours qu'elles soient parvenues à leur destinataire et

ook voor verzekeringsovereenkomsten met een prestatie bij leven gebruik gemaakt zou moeten kunnen worden van de opsporingsregeling. Wat wel zou kunnen worden overwogen is een ander tarief.

Bewijs van belang. Om van voldoende belang te kunnen doen blijken, moet de aanvrager op voldoende overtuigende manier het bewijs kunnen leveren van het overlijden en van de relatie tussen de aanvrager en de overledene of, in de mate dat het contactpunt ook informatievragen betreffende prestaties bij leven zou behandelen, van het bestaan van een verzekeringsovereenkomst waarvan de prestatie opeisbaar is geworden. Dit bewijs kan met elk rechtsmiddel worden geleverd. Om de opsporing te vergemakkelijken, zou het wenselijk zijn dat de aanvrager het contactpunt inlicht over de aard van zijn relatie met de verzekeringnemer of de verzekerde (feitelijk samenwonend,...) evenals, in voorkomend geval, over de graad van verwantschap die bestaat tussen de verzekeringnemer en de potentiële begunstigde (met, in de mate van het mogelijk, een bewijs hiervan).

Procedure. De betrokken instelling moet de aanvraag binnen 15 werkdagen doorgeven aan de ondernemingen die levensverzekeringsovereenkomsten aanbieden in België en aan de DCK bedoeld in punt 6 hieronder. Die ondernemingen en de DCK beschikken over een termijn van 30 dagen om de aanvraag te onderzoeken. Wat de procedure betreft, neemt de verzekeringsonderneming of de openbare instelling bedoeld in punt 6 binnen een in de wet te bepalen termijn rechtstreeks contact met de aanvrager, als blijkt dat deze weldegelijk begunstigde is van een contract onderschreven door of op het hoofd van de overledene. Het lijkt noodzakelijk dat het contactpunt systematisch zou geïnformeerd worden over de stappen die ondernomen worden door de verzekeraar. In die omstandigheden zal het contactpunt de aanvrager ook kunnen informeren wanneer hem, na een redelijke termijn, geen enkel positief antwoord is overgemaakt.

Het contactpunt zou voor zijn diensten een vaste vergoeding aanrekenen die ten laste van de aanvrager of van de nalatenschap zou komen. De vertegenwoordigers van de verbruikers maken hierbij voorbehoud omdat de slapende kapitalen belegd worden en interesten of meerwaarden opleveren gedurende de volledige periode dat ze door de onderneming worden bewaard. De vertegenwoordigers van de verzekeraars daarentegen zijn van oordeel dat de vergoeding die aan het contactpunt wordt betaald, moet toelaten om de werkingskosten van het systeem te financieren.

De informatieaanvragen en de antwoorden zullen worden verwerkt met eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer, conform de regelgeving betreffende de verwerking van persoonsgegevens.

qu'il conviendrait dès lors que le système de recherche s'applique également aux contrats d'assurance qui prévoient une prestation en cas de vie. Une tarification différenciée pourrait toutefois être envisagée.

Preuve de l'intérêt. Pourrait justifier d'un intérêt, toute personne pouvant établir de manière suffisamment convaincante le décès et le lien qui la rattache au défunt ou, dans la mesure où le point de contact traiterait également des requêtes en information relatives à des prestations en cas de vie, de l'existence d'un contrat d'assurance dont la prestation est devenue exigible. Cette preuve pourrait être rapportée par tout moyen de droit. Afin de faciliter les recherches, il serait souhaitable que le requérant informe le point de contact de la nature des relations entretenues avec le preneur ou la tête assurée (cohabitation de fait,...) ainsi que le cas échéant du lien de parenté existant entre le preneur et le bénéficiaire potentiel (avec, dans la mesure du possible, la preuve de celui-ci).

Procédure. L'organisme en question est obligé de transmettre la demande dans un délai de 15 jours ouvrables aux entreprises qui souscrivent des contrats d'assurance vie en Belgique et à la CDC visée au point 6 ci-dessous. Celles-ci ont 30 jours ouvrables pour examiner la demande. Au terme de la procédure, l'entreprise d'assurances ou l'organisme public visé au point 6 prend directement contact avec cette personne dans un délai à préciser dans la loi, s'il s'avère qu'elle est bénéficiaire d'un contrat souscrit par ou sur la tête de la personne défunte. Il semble toutefois indispensable que le point de contact soit informé systématiquement des démarches entreprises par l'assureur. Dans ces conditions, le point de contact sera en mesure d'informer la personne requérante lorsqu'au terme d'un délai raisonnable, aucune réaction positive n'a été transmise.

Les prestations rendues par le point de contact seraient tarifées à un coût fixe à charge de la personne requérante ou de la succession. Les représentants des consommateurs émettent des réserves sur cette question dès lors que les capitaux dormants sont placés et produisent des intérêts ou des plus-values au profit des entreprises d'assurances pendant tout le temps où ils sont conservés. Les représentants des assureurs estiment en revanche que l'indemnité payée au point de contact devrait être affectée à la couverture des frais de fonctionnement du système.

Les demandes d'information et les réponses seront traitées de manière à garantir le respect de la vie privée et conformément à la réglementation sur le traitement des données à caractère personnel.



5. VERPLICHTINGEN VAN DE VERZEKERAAR

Opsporing van de begunstigde. Aangezien het recht dat de begunstigde op de verzekeringsprestatie heeft, een vorderingsrecht is, staat het aan de werkelijke of vermeende schuldeiser om zich bekend te maken en de opeisbaar geworden prestaties op te vragen. De verzekeraars hebben dus niet de verplichting om de begunstigde op te sporen.

De vertegenwoordigers van de verbruikers betwisten evenwel dit principe. Zij zijn van mening dat de verzekeringsondernemingen zouden moeten verplicht worden om de begunstigde op te sporen, indien deze zich niet binnen een redelijke termijn heeft gemanifesteerd. Indien nodig zou de wet in die zin moeten aangepast worden. Bij deze opsporing zou het Rijksregister moeten geraadpleegd worden bij gebrek aan andere informatiebronnen. Ter vergelijking wordt er op gewezen dat het Franse parlement een wet heeft gestemd (wet nr. 2007-1775 van 17 december 2007, J.O. 18 december 2007) die aan de verzekeringsondernemingen de verplichting oplegt om de begunstigden van levensverzekeringen op te sporen en hen daarvoor toegang verleent tot het Franse rijksregister.

Aangezien het om overeenkomsten van lange duur gaat, zouden de verzekeraars evenwel bereid zijn, los van de in punt 4 bepaalde maatregelen, een procedure na te leven om de begunstigde(n) van de verzekerde prestaties snel te kunnen opsporen (achterhalen van de identiteit en de coördinaten van de begunstigde). Die procedure zou gestart worden wanneer de verzekeraar weet of dient te weten dat de prestaties die in een bepaalde overeenkomst worden bedongen, opeisbaar zijn en dat er dus uitvoering moet worden gegeven aan de begunstiging zoals die in de overeenkomst is verwoord. De opeisbaarheid van de prestaties zou bekend kunnen raken naar aanleiding van een informatieaanvraag die door het contactpunt zou worden doorgegeven aan de verzekeraars en aan de DCK.

Wanneer de verzekeraar weet dat de prestaties die in een bepaalde overeenkomst worden bedongen, opeisbaar zijn geworden maar niemand ze komt opeisen, zou hij er zich aldus toe verbinden om binnen een termijn van één jaar te rekenen vanaf het ogenblik waarop hij kennis heeft gekregen of had moeten krijgen van de opeisbaarheid van de prestaties, een eerste poging te ondernemen om de aangeduide begunstigde(n) in te lichten. Het zou uiteraard gaan om een middelenverbintenis. Indien deze eerste poging geen resultaat oplevert, zou de verzekeraar opnieuw de coördinaten van de begunstigde moeten opzoeken en, binnen een (tweede) termijn van één jaar, een tweede poging on-



5. LES OBLIGATIONS DE L'ASSUREUR

Recherche du bénéficiaire. La prestation d'assurance faisant l'objet d'un droit de créance, il appartient au créancier réel ou présumé de se faire connaître pour réclamer les prestations devenues exigibles. Les assureurs n'ont donc aucune obligation de rechercher le bénéficiaire.

Les représentants des consommateurs contestent cependant ce principe. Ils estiment que les compagnies d'assurance devraient être obligées de rechercher le bénéficiaire si celui-ci ne s'est pas manifesté dans un délai raisonnable. Si besoin en est, la loi devrait être adaptée en ce sens. Cette recherche devrait aller jusqu'à la consultation du registre national à défaut d'autres informations certaines. A titre de comparaison, ils indiquent que le Parlement français a voté une loi (loi n°2007-1775 du 17 décembre 2007, J.O. 18 décembre 2007) obligeant les compagnies d'assurances à rechercher les bénéficiaires d'assurances-vie et leur donnant, pour ce faire, accès au registre national français.

S'agissant de contrats de durée, les assureurs accepteraient toutefois, indépendamment des mesures prévues au point 4, de s'engager à respecter une procédure en vue de tenter de retrouver rapidement le ou les bénéficiaires des prestations assurées (recherche de l'identité et des coordonnées du bénéficiaire). Cette procédure débiterait lorsque l'assureur sait ou ne peut ignorer que les prestations garanties par un contrat déterminé sont exigibles et qu'il reste par conséquent à exécuter l'attribution bénéficiaire telle qu'elle est libellée dans le contrat. La connaissance de l'exigibilité des prestations pourrait résulter d'une requête formulée par un tiers aux fins d'information adressées au marché et à la CDC par le point de contact.

Lorsque l'assureur sait que les prestations garanties par un contrat déterminé sont devenues exigibles et que personne ne se manifeste pour les réclamer, il s'engagerait ainsi à entreprendre, dans un délai d'un an à compter du moment où il a eu connaissance ou aurait dû avoir connaissance de l'exigibilité des prestations, une première tentative pour en informer le ou les bénéficiaires désignés. Il s'agirait bien entendu d'une obligation de moyens. Si cette première tentative échoue, l'assureur devrait à nouveau rechercher les coordonnées du bénéficiaire et lancer, au plus tard dans un (deuxième) délai d'un an, une deuxième tentative en vue de prendre

dernemen om de begunstigden(n) te contacteren.

Indien ook de tweede poging geen resultaat oplevert, kan de verzekeraar de opsporingen staken. Tenzij de begunstigde later toch nog opduikt, bewaart de verzekeraar de niet-opgeëiste prestaties gedurende 5 jaar te rekenen vanaf het ogenblik waarop hij kennis heeft gekregen of had moeten krijgen van de opeisbaarheid van de prestaties. Indien de prestatie na afloop van die termijn niet zou opgeëist zijn, wordt ze door de verzekeraar doorgestort aan de openbare instelling bedoeld in punt 6 hieronder.

Verrekening van de kosten. In navolging van de nieuwe wettelijke regeling voor slapende bankrekeningen, vragen de verzekeraars de toelating om de terugbetaling van de kosten te vragen of om de werkelijke kostprijs van de opsporingen af te trekken van het bedrag van de uit te keren verzekeringsprestatie. Zij menen dat dit vanuit economisch en juridisch standpunt gerechtvaardigd is, aangezien de schuld volgens de regels van het Burgerlijk Wetboek (art. 1247 B.W.) in principe een haalschuld is. De vertegenwoordigers van de verbruikers hebben hierbij enig voorbehoud gemaakt, omdat de fondsen, die door de verzekeraars worden bewaard, een rendement opbrengen gedurende de volledige periode van die bewaring en dat dit rendement niet ten goede komt aan de begunstigden.

-◆-

6. UITKERING VAN NIET-OPGEËISTE PRESTATIES

Bestemming van de prestaties. Indien de in de overeenkomst voorziene prestaties nog niet zijn opgeëist na een termijn van 5 jaar te rekenen vanaf het ogenblik waarop de verzekeraar kennis heeft gekregen of had moeten krijgen van de opeisbaarheid van deze prestaties, suggereert de Commissie dat deze gestort worden aan een openbare instelling, zoals de Deposito- en Consignatiekas (DCK). Als alternatief stellen de vertegenwoordigers van de verbruikers voor de niet-opgeëiste prestaties, verhoogd met een forfaitaire interestvoet die overeenstemt met het OLO-rendement, definitief in het Zilverfonds te storten.

Door de overdracht van de prestaties aan de DCK, zou er een echte schuldvernieuwing door verandering van schuldeiser plaatsvinden, in die zin dat de verzekeraar vanaf dat ogenblik bevrijd zou zijn van elke verplichting ten aanzien van de begunstigde(n) en dat de openbare instelling de nieuwe schuldenaar zou zijn van de prestaties. De schuldvernieuwing zou uit de enkele kracht van de wet tegenstelbaar zijn aan de begunstigden. Deze schuldvernieuwing zou de specifieke 30-jarige verjaringstermijn doen ingaan, die van toepassing is op kapitalen die door de DCK wordt bewaard.

contact avec le ou les bénéficiaires.

Si la deuxième tentative échoue également, l'assureur peut mettre fin aux recherches. Sans préjudice d'une manifestation ultérieure du bénéficiaire, l'assureur conserve les prestations non réclamées pendant 5 ans à compter du moment où il a eu connaissance ou aurait dû avoir connaissance de l'exigibilité des prestations. A l'issue de ce délai, l'assureur verse la prestation qui n'aurait toujours pas été réclamée à l'organisme public visé au point 6 ci-dessous.

Imputation des coûts. A l'instar du nouveau système légal prévu pour les comptes bancaires dormants, les assureurs demandent l'autorisation de réclamer le remboursement des frais ou de répercuter le coût réel de ces recherches sur le montant de la prestation d'assurance. Ils estiment que la répercussion de ces coûts se justifie d'un point de vue économique et juridique, la dette étant en principe quérable selon les règles du Code civil (art. 1247 C.civ.). Certaines réserves ont été émises à ce sujet par les représentants des consommateurs dès lors que les fonds conservés par les assureurs produisent un rendement pendant toute la durée de leur conservation et que ceux-ci ne profitent nullement aux bénéficiaires.

-◆-

6. LE REGLEMENT DES PRESTATIONS NON RECLAMEES

Sort des prestations. Si les prestations prévues par le contrat n'ont toujours pas été réclamées à l'issue d'un délai de 5 ans à compter du moment où l'assureur a pris ou aurait dû avoir connaissance de l'exigibilité de ces prestations, la Commission suggère qu'elles soient versées à un organisme public, comme la caisse des dépôts et consignations (CDC). Les représentants des consommateurs proposent comme solution alternative de verser définitivement les prestations non réclamées au Fonds de Vieillesse majorées d'un taux d'intérêt forfaitaire correspondant au rendement des OLO.

Le transfert des prestations à la CDC entraînerait une véritable novation par changement de débiteur en ce sens que l'assureur serait dès ce moment libéré de toute obligation à l'égard du ou des bénéficiaires et que l'organisme public deviendrait le nouveau débiteur des prestations. La novation serait opposable aux bénéficiaires par le seul effet de la loi. Cette novation entraînerait notamment la prise de cours du délai spécifique de prescription de 30 ans applicable aux capitaux détenus par la CDC.

Zoals voor alle consignaties gaat deze 30-jarige verjarings-termijn in op de datum van de laatste verrichting die door de DCK werd uitgevoerd. Deze verjaringstermijn kan onderbroken worden, onder meer wanneer de DCK een informatieaanvraag ontvangt van een potentiële begunstigde. De termijn van 30 jaar begint namelijk opnieuw te lopen bij elke handeling die betreffende de overgedragen bedragen gesteld wordt door de begunstigde.

De termijn waarvan hier sprake is, stemt niet overeen met de verjaringstermijn bedoeld in artikel 34, § 1, van de wet van 25 juni 1992. Volgens dit artikel bedraagt de verjaringstermijn 30 jaar voor rechtsvorderingen in verband met de spaarreserve terwijl er voor prestaties met betrekking tot het overlijdenskapitaal een verjaringstermijn van 3 jaar geldt. In beide gevallen begint de termijn maar te lopen wanneer de begunstigde kennis heeft van het bestaan van de overeenkomst, van zijn hoedanigheid van begunstigde en van de verwezenlijking van het verzekerde risico. Voor de slapende fondsen betekent dit dat de verjaringstermijn voor de rechten van de begunstigde zelfs nog niet beginnen lopen is op het ogenblik van de overdracht van de prestaties. Hier dient te worden opgemerkt dat de overdracht naar de DCK enkel plaatsvindt voor nog niet verjaarde prestaties.

Er moet dus bij wet geregeld worden dat de verjaringsregels uit artikel 34, §1 van de wet van 25 juni 1992, na de overdracht van de tegoeden aan de DCK, niet langer van toepassing zijn op deze tegoeden.

Het fiscale regime dat geldt voor de prestaties die door de DCK worden gestort, dient ook bepaald te worden.

Rol van de DCK. De opdracht van de DCK zou er dus in hoofdzaak in bestaan de ontvangen sommen te bewaren en te beheren en de prestaties uit te keren aan wie ze toekomen. Om deze opdracht correct uit te voeren is het noodzakelijk dat de DCK van de verzekeraar op het ogenblik van de overdracht, alle informatie krijgt die nodig is voor de goede uitvoering van de prestaties, en met name de informatie betreffende de verzekeringnemer, de verzekerde en de begunstigde. In dat opzicht moet er aan herinnerd worden dat de verzekeringsondernemingen op dit ogenblik geen toegang hebben tot het Rijksregister en dat ze dus in de onmogelijkheid zijn om deze gegevens aan de DCK over te maken. Op dit ogenblik is zulke mededeling namelijk verboden.

Er zouden zich problemen kunnen stellen wanneer bij het verzoek aan de DCK van iemand die beweert begunstigde te zijn, zou blijken dat een uitsluitings-, nietigheids- of vervalclausule een weigering van dekking zou kunnen rechtvaardigen.

Cette prescription trentenaire prend cours, comme pour toutes les consignations, à la date de la dernière opération effectuée par la CDC. Elle est susceptible d'interruption, notamment lorsqu'une demande d'information lui est adressée par un éventuel bénéficiaire. Le délai de 30 ans recommence en effet à courir à partir de toute opération effectuée sur les montants transférés par le bénéficiaire.

Il convient de rappeler que le délai dont il est question ici ne coïncide pas avec les délais de prescription prévu par l'article 34, § 1^{er}, de la loi du 25 juin 1992. Selon cet article, l'action du bénéficiaire relative au capital épargne se prescrit en 30 ans alors que la prestation relative au capital décès se prescrirait en 3 ans. Par ailleurs, dans les deux cas, la prise de cours du délai dépend de la connaissance par le bénéficiaire de l'existence du contrat, de sa qualité de bénéficiaire et de la réalisation du risque assuré. Autant dire, que dans l'hypothèse des fonds dormants, les droits du bénéficiaire n'auront même pas commencé à se prescrire au moment du transfert des prestations. On souligne à cet égard que le transfert à la CDC ne vaut que pour les prestations non encore prescrites.

Il y aurait donc lieu de préciser dans la loi que les règles de prescription définies à l'article 34, § 1^{er}, de la loi du 25 juin 1992 ne seraient plus applicables aux avoirs transférés à la CDC.

Le régime fiscal des prestations versées par la CDC devrait aussi être précisé.

Rôle de la CDC. La mission de la CDC consisterait, pour l'essentiel, à conserver et gérer les sommes reçues et à régler les prestations à qui de droit. Afin d'exécuter correctement cette mission, il est indispensable que la CDC obtienne de la part de l'assureur au moment du transfert, toutes les informations utiles à la bonne exécution des prestations, et notamment celles concernant le preneur, l'assuré et le bénéficiaire. Il convient de rappeler à cet égard que les assureurs n'ont pas actuellement accès au registre national des personnes physiques et qu'ils seraient donc dans l'impossibilité de transmettre ces données à la CDC.

Des problèmes pourraient se poser au moment de la réclamation adressée à la CDC par un prétendu bénéficiaire lorsqu'il apparaît qu'une cause d'exclusion, de nullité ou de déchéance pourrait justifier un refus de garantie.

Twee oplossingen kunnen overwogen worden : ofwel ontstaat bij de overdracht van de sommen, door toedoen van de wet, een volledige schuldvernieuwing van de verbintenissen van de verzekeraar als gevolg van de wijziging van de schuldenaar, in welk geval de wettelijke en contractuele excepties niet tegenstelbaar zijn aan de begunstigde. Ofwel leidt de overdracht niet tot een schuldvernieuwing en zouden de excepties tegenstelbaar blijven aan de begunstigde, wat een blijvend contact tussen de DCK en de verzekeraar zou vereisen, minstens om informatie uit te wisselen. In het eerste geval zou de overdracht gebeuren op eigen risico van de verzekeraar die de beslissing met kennis van zaken zal moeten nemen. Men zou echter een uitzondering kunnen voorzien voor de hypothese van fraude door de begunstigde. In het tweede geval, zou de DCK betrokken worden in het beheer van een verzekeringsovereenkomst wat niet tot haar wettelijke bevoegdheden behoort.

Naar voorbeeld van het Franse recht zou de overdracht van opeisbare geworden prestaties kunnen beschouwd worden als een mogelijkheid voor de verzekeraar en niet als een verplichting. In dat geval zou de verantwoordelijkheid van de verzekeraar er in bestaan dat hij de prestaties overdraagt als hij op dat moment geen weet heeft van een exceptie die een weigering van dekking zou kunnen rechtvaardigen.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen wensen dat de overdracht van niet opgevraagde tegoeden aan de DCK, de verzekeraar zou bevrijden van elke verbintenis, maar zij zouden in overweging kunnen nemen dat een contact blijft bestaan tussen de verzekeraars en de DCK voor het beantwoorden van bepaalde technische vragen in uitzonderlijke gevallen en dit gedurende een beperkte periode van 5 jaar vanaf de overdracht. Het staat vast dat de verantwoordelijkheid van de DCK zich in ieder geval zou beperken tot de overdracht van de sommen die zij ontvangen hebben van de verzekeraar.

De vertegenwoordigers van de DCK wijzen er immers op dat het beheer van verzekeringsovereenkomsten op geen enkele manier tot de huidige wettelijke bevoegdheden van de instelling behoort. De DCK is geen verzekeringsonderneming maar een instelling waar fondsen kunnen bewaard worden tot een begunstigde ze opvraagt. Er dient aan herinnerd te worden dat de beleggingen die zij kan uitvoeren wettelijk beperkt zijn tot de uitgaven van de Staat. Aangezien de DCK geen technische reserves kan beheren, zou zij de fondsen pas kunnen overnemen wanneer de prestaties opeisbaar zijn geworden en de begunstigde(n) bepaald of bepaalbaar zijn. De betrokken verzekeraar zou dus vanaf het ogenblik van de overdracht de DCK alle informatie moeten verstrekken die nodig is voor de correcte uitvoering van de verzekerde prestaties. Het betreft informatie over de begunstigde, het bedrag dat hem toekomt, de aard van de prestatie (kapitaal, rente, ...) evenals de reden van de overdracht. Dit veronderstelt dat de verzekeraar eerst alle voor-

Deux solutions sont envisageables : soit le transfert des sommes entraîne, par l'effet de la loi, novation complète des engagements de l'assureur à la suite d'un changement de débiteur, auquel cas les exceptions issues de la loi ou du contrat seront inopposables de droit au bénéficiaire, soit le transfert n'entraîne pas novation et les exceptions demeureront opposables au bénéficiaire, ce qui obligerait à maintenir un contact entre la CDC et l'assureur sous la forme, à tout le moins, d'un échange d'informations. Dans le premier cas, le transfert aurait lieu aux risques et périls de l'assureur qui devrait prendre la décision de transfert en toute connaissance de cause. On pourrait toutefois réserver l'hypothèse de la fraude.. Dans le deuxième cas, la CDC devrait être mêlée à la gestion du contrat d'assurance ce qui n'entre pas dans ses attributions légales.

En s'inspirant du droit français, le transfert des prestations devenues exigibles pourrait n'être qu'une simple faculté pour l'assureur et non une obligation. Dans ce cas, la responsabilité de l'assureur consisterait à opérer le transfert des prestations seulement s'il n'a connaissance, à ce moment, d'aucune exception qui permettrait de justifier un refus de garantie.

Les représentants des assureurs souhaitent que le transfert des prestations non réclamées à la CDC libère l'assureur de toute obligation mais ils pourraient envisager qu'un contact soit maintenu entre les assureurs et la CDC pour répondre à certaines questions techniques dans des cas exceptionnels et pendant une durée limitée à 5 ans à dater du transfert. Il est entendu que la responsabilité de la CDC se limiterait en tout état de cause au transfert des sommes reçues de l'assureur .

Les représentants de la CDC indiquent en effet que la gestion des contrats d'assurance n'entre d'aucune façon dans les missions légales actuelles de cette institution. Celle-ci n'est pas une compagnie d'assurances mais une institution où des fonds peuvent être conservés jusqu'à la réclamation d'un bénéficiaire. Il faut d'ailleurs rappeler que les placements auxquels elle procède sont légalement limités aux émissions de l'Etat. A défaut de pouvoir gérer les réserves techniques, la CDC ne pourrait prendre le relais que lorsque les prestations sont devenues exigibles et que le ou les bénéficiaires sont déterminés ou déterminables. L'assureur concerné devrait alors donner à la CDC dès le moment du transfert des fonds, toutes les informations utiles à la correcte exécution des prestations assurées concernant notamment le bénéficiaire, le montant qui lui revient, la nature de la prestation (capital, rente,...) ainsi que le motif du dépôt. Ceci suppose que l'assureur ait préalablement effectué les démarches pré-

ziene stappen heeft gezet om de begunstigde terug te vinden.

Specifieke problemen. Bij de consignatie van sommen die in het kader van een gemengde levensverzekering zijn bedongen, kan er zich een ander probleem voordoen. Indien de overlijdenskapitalen verschillen van de verzekerde kapitalen bij leven, moet bepaald worden welk bedrag gestort dient te worden. Voor dit probleem moet een pragmatische oplossing worden gezocht. De overdracht kan per definitie maar plaatsvinden wanneer de verzekeraar weet dat de prestaties opeisbaar zijn geworden. De verzekeraar zal de prestatie overdragen die onbetwistbaar is :

- de prestatie bij overlijden wanneer hij weet dat het overlijden zich heeft voorgedaan in de loop van de overeenkomst;
- de prestatie bij leven wanneer hij weet dat het verzekerde hoofd nog steeds in leven is;
- bij gebrek aan informatie betreffende het overlijden of het overleven van het verzekerde hoofd, het laagste van de twee voormelde prestaties.

Dit zou in de wet moeten worden opgenomen.

Indien het om een tak 23-overeenkomst gaat, wordt aan de publieke instelling de waarde gestort van de beleggingseenheden op de datum bepaald in de overeenkomst.

In het bijzondere geval waar de verzekeraar afstand doet van zijn toelating voor de tak leven of waar die toelating wordt ingetrokken, dient de CBFA conform de controlewetgeving alle maatregelen te nemen om de rechten van de verzekeringnemers en de begunstigten te vrijwaren. Zij zou kunnen beslissen de prestaties over te dragen vóór de termijn van 5 jaar verstrijkt.

Diverse bemerkingen. Indien beslist wordt dat de DCK de instelling is waaraan de prestaties moeten worden overgedragen, wil de DCK dat de procedure die van toepassing is op de zogenaamde slapende levensverzekeringsovereenkomsten zoveel mogelijk vergelijkbaar is met de procedure waarin voorzien is voor slapende bankrekeningen. De DCK merkt op dat de wijze van overdracht van de gegevens compatibel zal moeten zijn met de mogelijkheden van de databank die de DCK in beide gevallen zal moeten aanleggen en beheren.

De DCK zou ook een idee willen hebben van het aantal betrokken prestaties en van het totale bedrag ervan, zodat zij een schatting kan maken van de omvang van de benodigde structuur. De DCK wenst dat de verplichting om de sommen, die haar zijn overgemaakt door de verzekeraars, te beheren niet zou geleden voor prestaties van minder dan

vues pour retrouver le bénéficiaire.

Problèmes particuliers. Un autre problème peut se poser lors de la consignation des sommes s'agissant des assurances vie mixte. Si les capitaux décès diffèrent des capitaux assurés en cas de vie, il faudra déterminer quel sera le montant à verser. Une réponse pragmatique devrait être apportée à cette question. Par définition, le transfert ne peut avoir lieu que lorsque l'assureur sait que les prestations sont devenues exigibles. L'assureur versera la prestation qui est incontestable :

- la prestation en cas de décès lorsqu'il sait que le décès s'est réalisé en cours de contrat ;
- a prestation en cas de vie lorsqu'il sait que la tête assurée est toujours en vie ;
- à défaut de l'information sur le décès ou la survie de la tête assurée, le minimum entre les deux prestations susmentionnées.

Ceci devrait être prévu dans la loi.

S'il s'agit d'un contrat souscrit en branche 23, la valeur des unités d'investissement à la date prévue dans les dispositions contractuelles, sera versée à l'organisme public.

Dans le cas particulier où l'assureur renoncerait à ou se verrait révoqué son agrément pour la branche vie, la CBFA serait chargée, conformément à la législation de contrôle, de prendre toutes mesures propres à sauvegarder les droits des preneurs et des bénéficiaires. Elle pourrait décider du transfert des prestations avant l'écoulement du délai de 5 ans.

Observations diverses. Si elle est amenée à intervenir, la CDC souhaite que la procédure applicable aux contrats d'assurance vie dits dormants soit, autant que possible, comparable à celle prévue pour les comptes dormants en matière bancaire. Elle remarque en effet que les formats de transfert des données devront être compatibles avec les possibilités offertes par la base unique de données que la CDC devra créer et gérer dans les deux cas.

La CDC souhaiterait aussi connaître approximativement le nombre de prestations concernées et les montants cumulés de façon à évaluer l'ampleur de la structure nécessaire. La CDC souhaite que l'obligation de gérer les sommes qui lui sont transférées par les assureurs ne concerne pas les prestations d'un montant inférieur à 100

100 euro bijvoorbeeld. Deze sommen zouden dan definitief verworven zijn door de DCK.

-◆-

7. VERGOEDING VOOR SLAPENDE FONDSSEN

De verzekeringsondernemingen stellen voor om geen interest toe te kennen op de verzekerde prestatie wanneer deze opeisbaar is geworden, zolang deze prestaties bewaard wordt door de verzekeraar. Wanneer de begunstigde zich, ondanks de door de verzekeraar uitgevoerde opsporingen, binnen een welbepaalde termijn niet manifesteert, draagt de verzekeraar de contractueel voorziene prestatie over aan de DCK.

De situatie zou anders kunnen zijn na de overdracht. In sommige in de wet bepaalde gevallen leveren de aan de DCK gestorte sommen immers een gewone, marktconforme interest op, zoals dit het geval is voor gewone deposito's (momenteel 2% maar de Minister van Financiën kan een hogere interest toekennen). Deze interest wordt niet gekapitaliseerd. De Minister van Financiën beslist dus of de bewaarde sommen een interest zullen opleveren, en zo ja welke interest.

Het feit dat de verzekeraar geen interest uitkeert voor de periode dat de fondsen in zijn bezit zijn, wekt negatieve reacties op bij de vertegenwoordigers van de verbruikers en bij andere leden van de Commissie. Zij vinden het onrechtvaardig dat de kosten, die verband houden met de opsporing, systematisch aan de begunstigde zouden worden aangerekend, terwijl het rendement van de niet-opgeëiste fondsen rechtstreeks ten goede zou komen aan de verzekeraar. Een oplossing zou kunnen zijn dat in de wet bepaald wordt dat gedurende de hele periode tussen de datum van de opeisbaarheid van de prestaties en hun betaling of overdracht, er op de door de verzekeraar bewaarde prestaties automatisch en zonder ingebrekestelling een forfaitaire interest zou worden toegepast die overeenkomt met het rendement van de OLO's van bepaalde duur. De verplichting om een interest te storten zou een goed middel zijn om de verzekeraars aan te sporen om de begunstigten van de prestaties op te sporen.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen verzetten zich tegen deze oplossing en benadrukken dat de financiële verbintenissen die de verzekeraar bij het sluiten van het contract aangaat, stoppen wanneer het contract opeisbaar wordt. Zij voegen er aan toe dat het feit dat de begunstigde zich, ondanks de opsporingspogingen door de verzekeraar, niet manifesteert, geen financiële gevolgen zou mogen hebben voor de verzekeraar.

euros par exemple. Ces sommes seraient alors définitivement acquises à la CDC.

-◆-

7. LA REMUNERATION DES FONDS DORMANTS

Les représentants des entreprises d'assurances proposent de ne pas attribuer d'intérêt sur la prestation assurée lorsque celle-ci est devenue exigible, tant que celle-ci est conservée par l'assureur. Si, malgré les recherches effectuées par celui-ci, le bénéficiaire ne se manifeste pas dans un délai déterminé, l'assureur transfère la prestation prévue contractuellement à la CDC.

La solution pourrait être différente après le transfert. Dans certains cas prévus par la loi en effet, les sommes versées à la CDC produisent un intérêt ordinaire lié au marché comme il est prévu pour les dépôts usuels (actuellement 2% mais un intérêt plus élevé peut être attribué par le Ministre des Finances). Cet intérêt n'est pas capitalisé. Il appartient donc au Ministre des Finances de déterminer si les sommes conservées produisent un intérêt et, si oui, à quel taux.

L'absence de tout intérêt versé par l'assureur durant le temps où il détient les fonds suscite des réactions négatives de la part des représentants des consommateurs et d'autres membres de la Commission car il leur semble inéquitable que tous les coûts liés à la recherche soient systématiquement facturés alors que les rendements liés aux fonds non-réclamés profiteraient directement aux assureurs. Une solution pourrait être de prévoir dans la loi que pendant toute la période qui sépare la date d'exigibilité des prestations de leur paiement ou de leur transfert, les prestations conservées par l'assureur produisent automatiquement et sans mise en demeure un intérêt à un taux d'intérêt forfaitaire correspondant au rendement des OLO d'une durée déterminée. L'obligation de verser un intérêt pourrait être un bon moyen pour inciter les assureurs à rechercher les bénéficiaires des prestations.

Les représentants des entreprises d'assurances s'opposent à cette solution et soulignent que les engagements financiers assumés par l'assureur en raison de la conclusion du contrat, s'arrêtent au moment où la prestation devient exigible. Ils ajoutent que le fait que le bénéficiaire ne se manifeste pas, en dépit des tentatives effectuées par l'assureur pour le retrouver, ne saurait avoir aucune conséquence pour ce dernier.

8. BESLUITEN

In de schoot van de Commissie voor Verzekeringen is er een ruime consensus over de grote lijnen van het stelsel, voorgesteld door de verzekeraars, dat kan ingesteld worden om de situatie van de slapende fondsen te regelen (oprichting van een contactpunt dat beheerd wordt door de sector, opsporing door de verzekeraar van de begunstigde van de prestaties, overdracht, na een bepaalde termijn, van de verzekerde sommen aan een openbare instelling die de DCK zou kunnen zijn).

In dit opzicht zou het verkeerd zijn te denken dat het zou volstaan om het systeem dat uitgewerkt is voor de banksector over te brengen naar de verzekeringssector. De bijzondere kenmerken van de levensverzekeringsovereenkomst en van de aanwijzing van de begunstigde vragen duidelijke en passende oplossingen. Hierbij dient er aan herinnerd te worden dat de verzekeringnemer van een levensverzekeringsovereenkomst niet de eigenaar is van de in de overeenkomst geïnvesteerde sommen en dit in tegenstelling tot de titularis van een bankrekening voor de op zijn rekening gestorte sommen. De identificatie van de begunstigde is ook ingewikkelder in de levensverzekering.

De voorgestelde regeling houdt rekening met de specifieke kenmerken van de sector. Wat de overdracht van de verzekerde sommen betreft, heeft de DCK deelgenomen aan de besprekingen die hebben plaatsgevonden in de Commissie.

Nochtans zijn er, tamelijk vanzelfsprekend, voor een aantal punten meningsverschillen.

Wat het toepassingsgebied van de regeling betreft, wensen de vertegenwoordigers van de verbruikers dat deze regeling zo ruim mogelijk zou toegepast worden en ook de prestaties bij leven evenals alle bedrijfspensioenen van de tweede pijler zou omvatten. De vertegenwoordigers van de verzekeraars en van de instellingen voor bedrijfspensioenvoorzieningen zijn daarentegen van oordeel dat talrijke objectieve redenen de uitsluiting van deze prestaties rechtvaardigen (zie punt 1). In ieder geval, rekening houdend met de grenzen van de bevoegdheid van de Commissie voor verzekeringen, komt het aan de Commissie voor aanvullende pensioenen toe om deze problematiek te regelen en een systeem op te stellen dat aangepast is aan de bijzonderheden van de sector.

Verskillende delegaties zijn van oordeel dat veel identificatieproblemen aan de oorsprong zouden kunnen opgelost worden als de verzekeraars zouden kunnen toegang hebben tot het Rijksregister van de natuurlijke personen. De verzekeraars zijn echter geen vragende partij voor zulke toegang, onder meer gezien de informatieverplichtingen die hen al opgelegd worden door de controlereglementering (cfr. punt

8. CONCLUSIONS

Il existe un large consensus au sein de la Commission des assurances sur les grands axes du régime proposé par les assureurs en vue de régler la situation des fonds dormants (mise en place d'un point de contact géré par la profession, recherche du bénéficiaire des prestations par l'assureur, transfert des sommes assurées à un organisme public qui pourrait être la CDC, après un certain délai).

A cet égard, il serait faux de croire qu'il suffirait de transposer en matière d'assurances, le mécanisme mis en place pour les banques. Les particularités du contrat d'assurance vie et du mécanisme de l'attribution bénéficiaire appellent des solutions précises et appropriées. Il faut rappeler ici que le preneur d'un contrat d'assurance vie n'est pas propriétaire des sommes investies dans un contrat d'assurance vie à la différence du titulaire d'un compte bancaire pour les sommes versées sur ce compte. L'identification du bénéficiaire est aussi plus complexe en assurance vie.

Le système proposé tient compte des spécificités du secteur. En ce qui concerne le transfert des sommes assurées, la CDC a été associée étroitement aux discussions qui ont eu lieu en Commission.

Il subsiste cependant, assez naturellement, quelques points de divergences.

En ce qui concerne le champ d'application du système, les représentants des consommateurs souhaitent que celui-ci s'applique le plus largement possible et englobe aussi les prestations en cas de vie ainsi que toutes les retraites professionnelles du second pilier. Les représentants des assureurs et des institutions de retraite professionnelle estiment au contraire qu'il existe de nombreuses raisons objectives justifiant l'exclusion de ces prestations (cfr. point 1). En tout état de cause, compte tenu des limites inhérentes la compétence de la Commission des assurances, il appartient à la Commission des pensions complémentaires de régler cette question en vue de prévoir un régime adapté aux spécificités du secteur.

Plusieurs délégations considèrent que de nombreux problèmes d'identification pourraient être résolus à la source si les assureurs pouvaient avoir accès au Registre national des personnes physiques. Les assureurs ne sont toutefois pas demandeurs d'une telle possibilité compte tenu notamment des obligations d'information qui sont déjà prévues dans leur chef par la réglementation de contrôle

2, definitie van slapende overeenkomsten).

Er blijven onzekerheden bestaan over de modaliteiten van de overdracht aan de DCK (cfr. punt 6. uitkering van niet opgeëiste prestaties). Zou deze overdracht leiden tot een volledige schuldvernieuwing van de verbintenissen van de verzekeraar omwille van de wijziging van de schuldenaar of zou een contact moeten behouden blijven tussen de instelling en de verzekeraar om, wanneer beroep wordt gedaan op de waarborg, te controleren of deze waarborg verschuldigd is? De voorkeur gaat uit naar de eerste oplossing.

Tenslotte is er een meningsverschil over de vergoeding van de prestaties van het contactpunt (cfr. punt 4, aanvraag tot opsporing). De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen zijn van oordeel dat deze prestaties dienen betaald te worden om de werkingskosten van het systeem te dekken terwijl de vertegenwoordigers van de gebruikers menen dat de dienst kosteloos zou moeten zijn omdat de niet-opgeëiste sommen door de verzekeraar geïnvesteerd worden en een financieel rendement bieden dat uitsluitend aan de verzekeraar toekomt.

Er is een soortgelijk debat betreffende de betaling van een interest op de verzekerde sommen die de verzekeraars in bewaring hebben (cfr. punt 7., vergoeding voor slapende fondsen). De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen verzetten zich tegen de betaling van een interest terwijl de vertegenwoordigers van de gebruikers menen dat het logisch zou zijn dat de begunstigde geheel of gedeeltelijk zou kunnen genieten van het rendement van de door de verzekeraar geïnvesteerde sommen.

De vertegenwoordigers van de verzekeringsondernemingen herinneren er aan dat zij bereid zijn bepaalde engagementen aan te gaan om begunstigten van opeisbaar geworden prestaties te vinden, maar dat niet uit het oog mag verloren worden dat het in principe deze begunstigten zijn die hun rechten moeten doen gelden. Het zou in hun ogen onrechtvaardig zijn dat de verzekeraars de gevolgen moeten dragen van de desinteresse of de nalatigheid van de verzekeringnemer of de begunstigde.

-◆-

De Voorzitter,

(cfr. point 2, définition des contrats dormants)

Des incertitudes subsistent sur les modalités du transfert à la CDC (cfr. point 6, règlement des prestations non réclamées) Ce transfert aurait-il lieu au bénéfice d'une novation complète des engagements de l'assureur en raison du changement de débiteur ou faudrait-il maintenir un contact entre cet organisme et l'assureur afin de vérifier si la garantie est due ? La préférence va à la première solution.

Un désaccord existe enfin sur la rémunération des prestations offertes par le point de contact (cfr. point 4, demande de renseignement). Les représentants des assureurs estiment que les prestations doivent être faites contre paiement afin de couvrir les frais de fonctionnement du système alors que les représentants des consommateurs estiment que la gratuité des services devrait être la règle dès lors que les sommes non réclamées sont investies par l'assureur et entraînent un rendement financier qui leur profite exclusivement.

Un débat similaire existe concernant le versement d'un intérêt sur les sommes assurées pendant tout le temps où elles sont sous la garde de l'assureur (cfr. point 7, rémunération des fonds dormants). Les représentants des assureurs sont opposés au versement d'un intérêt, alors que les représentants des consommateurs estiment qu'il serait logique que le bénéficiaire puisse bénéficier en tout ou en partie du rendement produit par les sommes investies par l'assureur.

Les représentants des assureurs rappellent qu'ils sont disposés à prendre des engagements déterminés en vue de retrouver les bénéficiaires des prestations devenues exigibles mais qu'il ne faut pas perdre de vue qu'il appartient en principe à ces derniers de faire valoir leurs droits. Il serait inéquitable à leurs yeux que les assureurs doivent supporter les conséquences de l'indolence ou de la négligence du preneur ou du bénéficiaire.

-◆-

Le Président,

B. DUBUISSON