

Commission des Assurances

Bruxelles, le 23 décembre 2022

DOC/C2022/8

Avis

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

I. INTRODUCTION

Le 13 septembre 2021, Monsieur Pierre-Yves Dermagne, vice-Premier ministre et ministre de l'Économie et du Travail, a demandé à la Commission des Assurances de rendre un avis et de rédiger un projet de loi relatif aux délais et sanctions relatifs au paiement des prestations d'assurance.

Le ministre explique sa demande comme suit : « *Actuellement, seules certaines branches d'assurance imposent des délais d'indemnisation. Dans l'optique de la protection des consommateurs. Il semble souhaitable d'introduire un cadre légal général pour le règlement des sinistres. L'on peut par ailleurs lire ce qui suit dans la note de politique générale Économie du 4 novembre 2020 : « Diverses voix dans le domaine des assurances se sont élevées en faveur d'une indemnisation plus rapide (...). Par ailleurs, conformément à la recommandation de l'Ombudsman des assurances, un encadrement légal de l'indemnisation des sinistres assorti de sanctions sera examiné. ».* »

La Commission des Assurances a abordé cette demande lors de 10 réunions tenues entre le 18 novembre 2021 et le 15 décembre 2022. Elle rend par la présente l'avis suivant.

II. GÉNÉRALITÉS

1. La Commission des Assurances présente ci-après les deux projets suivants :

- un projet de nouvelles dispositions légales, assorti d'une explication.

Il y a accord sur ces textes, sauf en ce qui concerne quatre propositions. Les différents points de vue relatifs à ces quatre propositions sont expliqués et sont indiqués en gras et soulignés dans le projet de texte (voir le point III ci-dessous).

- un projet de loi remplaçant les articles 13 et 14 de la loi du 21 novembre 1989 relative à l'assurance obligatoire de la responsabilité en matière de véhicules automoteurs (« Loi RC auto ») (voir point IV ci-dessous).

2. Quelques points liés au règlement de sinistres mais sortant du cadre d'une réglementation des délais et sanctions relatifs au paiement des prestations d'assurance sont en outre mis en lumière (voir le point V ci-dessous).

III. PROJET DE NOUVELLES DISPOSITIONS LÉGALES ET EXPLICATION

La Commission des Assurances soumet par la présente le projet de nouvelles dispositions légales et l'explication suivants. Il y a accord sur ces textes, sauf en ce qui concerne deux propositions au sujet desquels les représentants des consommateurs et des experts ne partagent pas le point de vue des représentants des entreprises d'assurance, une proposition articulée en trois axes sur laquelle les opinions des représentants des consommateurs diffèrent, et un régime transitoire. Les différents points de vue relatifs à ces quatre propositions sont expliqués et sont indiqués en gras et soulignés dans le projet de texte (voir le point III ci-dessous).

A. Résumé

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

En vue de combler cette lacune, la proposition suivante s'articule autour de trois axes :

- *Assurances de responsabilité* (p.ex. RC Vie privée, RC objective incendie et explosion dans les lieux accessibles au public) : extension des règles applicables en assurance RC Auto ;
- *Assurances de choses* (p.ex. assurances Auto dégâts matériels, Vol...) : extension des règles applicables en assurance Incendie;
- *Autres assurances* (p.ex. assurances Santé, Accidents, à l'exception de l'assurance Accidents du travail, qui est soumise à un régime légal spécifique) : introduction d'une disposition générale qui prévoit que l'assureur effectue la prestation convenue dès qu'il dispose de tous les éléments nécessaires à cette fin et au plus tard dans les 30 jours qui suivent cette date.

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

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

Les représentants des entreprises d'assurances font à cet égard remarquer que les retards dans les paiements des prestations d'assurance ne sont en général pas dus au fait de l'assureur mais sont liés à d'autres facteurs tels que la complexité du sinistre, la longueur des expertises, la difficulté d'accéder au dossier répressif, l'absence de collaboration des parties, etc. L'imposition de délais stricts et de sanctions en cas de non-respect de ceux-ci n'aura dès lors pas pour effet d'éliminer totalement les cas où des retards surviennent.

B. Législation existante

Les délais dans lesquels les assureurs doivent effectuer leurs prestations contractuelles sont réglementés dans certaines branches d'assurances par des dispositions légales particulières.

C'est le cas en :

- Assurance RC Auto : art. 13 et 14 de la loi du 21 novembre 1989 sur l'assurance RC Auto ;
- Assurance Incendie : art. 121 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances ; voir aussi l'article 9 de l'arrêté royal du 24 décembre 1992 réglementant l'assurance contre l'incendie et d'autres périls, en ce qui concerne les risques simples;
- Assurance Vie : art. 197/1 et 197/2 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances ;
- Pensions complémentaires (2^{ème} pilier) :
 - art. 27 de la loi du 28 avril 2003 relative aux pensions complémentaires,

- art. 49 de la loi-programme du 24 décembre 2002,
- art. 40 de la loi du 15 mai 2014 portant des dispositions diverses,
- art. 7 de la loi du 18 février 2018 portant des dispositions diverses en matière de pensions complémentaires et instaurant une pension complémentaire pour les travailleurs indépendants personnes physiques, pour les conjoints aidants et pour les aidants indépendants,
- art. 11 de la loi du 6 décembre 2018 instaurant une pension libre complémentaire pour les travailleurs salariés et portant des dispositions diverses en matière de pensions complémentaires.

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

C. Explication des nouvelles dispositions proposées

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

Cette situation n'est clairement pas satisfaisante pour les assurés et les personnes lésées. Afin d'y remédier, la Commission formule la proposition développée ci-après, qui s'articule autour des trois axes suivants :

- assurances de responsabilité ;
- assurances de choses ;
- autres assurances.

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

1. *Assurances de responsabilité*

Des dispositions sont insérées dans la section « Assurances de la responsabilité » de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances (par exemple art. 146-1). Elles reprennent les lignes de force de la réglementation applicable en assurance RC Auto (art. 13 et 14 de la loi du 21 novembre 1989), à savoir :

- présentation d'une offre d'indemnisation motivée dans les trois mois qui suivent la date à laquelle la personne lésée a présenté sa demande d'indemnisation lorsque :
 - le sinistre entre dans le périmètre de la garantie prévue par le contrat d'assurance ;
 - la responsabilité n'est pas contestée ;
 - le dommage n'est pas contesté et a été quantifié.
- présentation dans ce délai d'une offre d'avance si, dans les conditions mentionnées ci-avant, le dommage n'est pas entièrement quantifié. La proposition a adapté et clarifié le libellé du texte de la loi RC Auto, notamment en ce qui concerne les avances en cas de dommage corporel. Cette disposition implique une bonne information de l'assureur par la personne lésée en ce qui concerne par

exemple les versements éventuels que cette dernière aurait reçus de la part d'autres intervenants tels que l'assureur accidents du travail ou la mutuelle ;

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

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

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

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

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

- paiement d'une somme complémentaire calculée au taux d'intérêt légal, si aucune offre d'indemnisation ou d'avance n'est présentée dans ce délai de trois mois, ou à défaut de paiement dans les 30 jours suivant la réception de l'acceptation de l'offre, ou encore si le montant de l'offre est manifestement insuffisant ; concrètement, l'assureur devra payer deux fois l'intérêt légal pour le retard, une fois sur la base des règles de droit commun, et une seconde fois au titre de sanction complémentaire ;

- en cas de contestation de la couverture, des responsabilités ou du dommage, ou si ce dernier n'est pas quantifié, formulation dans les trois mois de la demande d'indemnisation d'une réponse motivée aux éléments invoqués par la personne lésée. Paiement d'une somme forfaitaire de 250 € par jour en cas de non-respect de ce délai.

Les représentants des entreprises d'assurances et des experts demandent que cette sanction soit conditionnée à l'exigence d'un rappel de la personne lésée par lettre recommandée (papier ou numérique) ou par un moyen équivalent. Ce formalisme est repris de la loi de 1989 sur l'assurance Auto. Il se justifie par la lourdeur de la sanction prévue. Il doit être certain et clair que l'assureur recevra le rappel et qu'il prenne ou puisse prendre connaissance de celui-ci avant l'activation de la sanction. De plus, il n'empêche pas la personne lésée de transmettre de simples rappels à l'assureur, écrits ou non, même s'ils n'auront pas pour effet d'activer la sanction.

La notion de « moyen équivalent » à la lettre recommandée vise à assouplir le dispositif en permettant à la personne lésée d'avoir recours à d'autres moyens de communication que la lettre recommandée, à condition qu'ils permettent de fournir la preuve que la notification est bien parvenue au destinataire et que ce dernier a pu (ou aurait dû) en prendre connaissance. La sécurité doit être garantie en ce qui concerne l'identité de la personne lésée, la date de la notification, l'identification du contrat d'assurance invoqué ainsi que le contenu du message envoyé. On pense par exemple à une application sécurisée liée à un système d'identification tel qu'Itsme. Un simple e-mail (avec ou sans signature numérique) n'offre pas un degré suffisant de sécurité (cf. Commission des assurances DOC/C2022/1, 10 mars 2022 relatif à la législation en matière de résiliation des contrats d'assurance (etc.), pp. 8 à 10).

Les représentants des consommateurs s'opposent au maintien de l'exigence du rappel dans cet axe 1. Cette restriction à l'envoi d'un rappel par la personne lésée/assuré conforte la négligence de l'assureur, partie dominante au contrat d'assurance et au règlement du sinistre. Selon eux, tant la lettre que l'esprit de la Directive 2009/103 assurance RC auto (considérant 40 et articles 22 et 27) imposent de considérer que les sanctions effectives, proportionnelles et dissuasives dont il est question s'appliquent aux délais de paiement négligés par l'assureur.

Dès lors, les représentants des consommateurs ne marquent pas accord sur le texte suivant :
Art. 145-3, § 2, al. 2 : « Cette somme est due à partir du jour où la personne lésée a rappelé, par lettre recommandée ou par tout autre moyen équivalent, à l'assureur l'échéance du délai visé au § 1^{er}. »

- La motivation ne peut être de pure forme. Elle peut s'appuyer sur :
 - le fait que le sinistre n'est pas couvert par le contrat,
 - la contestation de la responsabilité de l'assuré ou du dommage,
 - le fait que les informations et documents communiqués par l'assuré sont incomplets ;
 - l'assureur ne sait pas à qui il doit payer l'indemnité (p.ex. en cas de litige entre les ayants-droits à la suite du décès de la personne lésée),
 - ...

2. Assurances de choses

On vise ici les assurances couvrant des choses *matérielles*, comme par exemple l'assurance Auto omnium (dégâts matériels), Vol, etc.... (à l'exclusion notamment des assurances crédit et caution, qui sont classées parmi les assurances de choses dans la loi relative aux assurances).

Un article est inséré dans la loi relative aux assurances, section assurances de choses (p.ex. art. 111-1), qui reprend les principes applicables en assurance incendie en cas de couverture, à savoir (cf. art. 121, § 2, 2°, § 3 et § 7 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances) :

- paiement de l'incontestablement dû, constaté de commun accord entre les parties, dans les 30 jours de cet accord ;
- en cas de contestation du montant de l'indemnité, l'assuré désigne un expert qui fixera le montant de l'indemnité en concertation avec l'expert désigné par l'assureur. A défaut d'un accord, les deux experts désignent un troisième expert. La décision définitive quant au montant de l'indemnité est alors prise par les experts à la majorité des voix. Le terme « *définitive* » indique ici que la décision en question

clôture la phase amiable du processus. Il ne signifie pas que la décision n'est pas susceptible de faire l'objet d'un recours en justice ;

- clôture de l'expertise ou fixation du montant du dommage dans les 90 jours qui suivent la date à laquelle l'assuré a informé l'assureur de la désignation de son expert ;

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

Les représentants des consommateurs ne sont pas d'accord avec cette proposition de maintenir la disposition prévue par l'article 121, §2 de la loi du 4 avril 2014. Ils estiment qu'il ne faudrait pas que les nouvelles dispositions légales facilitent une règle généralisée et confortée par cette disposition. Il faut par ailleurs constater que la (très) grande majorité des contrats d'assurances incendie actuels prévoient la couverture de tels frais à concurrence d'un pourcentage de l'indemnité due (barème de pourcentage dégressif de la couverture des frais d'expert).

Les experts se posent également des questions quant au maintien de la disposition prévue par l'article 121, § 2, de la loi du 4 avril 2014 dès lors qu'il est de pratique courante dans les conditions générales des polices incendie de s'en écarter et de travailler avec des barèmes. Cette pratique protège l'assuré en ne l'empêchant pas de contester l'évaluation initiale de l'expert de l'assureur, et met également l'assureur à l'abri de contestations infondées du rapport d'expertise par l'assuré.

Dès lors, il n'y a pas d'accord sur le texte suivant :

Art. 111-1-§3, al. 2 : « Les coûts de l'expert désigné par l'assuré et le cas échéant du troisième expert sont avancés par l'assureur et sont à charge de la partie à laquelle il n'a pas été donné raison. »

- paiement de l'indemnité dans les 30 jours qui suivent la date de clôture de l'expertise ou, à défaut, la date de la fixation du montant du dommage ;
- en cas de non-respect des délais, paiement d'une pénalité calculée au double du taux d'intérêt légal.
- Un paragraphe précise que, lorsque l'assureur conteste la couverture du sinistre par le contrat d'assurance, il est tenu de donner une réponse motivée aux éléments invoqués dans la demande d'indemnisation dans un délai de trois mois à compter de la date à laquelle celle-ci a été présentée. L'assureur est tenu au paiement d'une somme forfaitaire de 250 € par jour en cas de non-respect de ce délai.

Comme expliqué ci-dessus, les représentants des entreprises d'assurances et des experts demandent que cette sanction soit conditionnée à l'exigence d'un rappel de l'assuré par lettre recommandée ou

par un moyen équivalent. Les représentants des consommateurs s'opposent au maintien de l'exigence du rappel dans cet axe 2.

Dès lors, les représentants des consommateurs ne marquent pas accord sur le texte suivant :

Art. 111-1-§2, al. 3 : « Cette somme est due à partir du jour où l'assuré a rappelé, par lettre recommandée ou par tout autre moyen équivalent, à l'assureur le délai visé à l'alinéa 1^{er}. »

- Enfin, il est prévu que l'assureur ne peut demander à l'assuré que des documents et informations raisonnables et pertinents pour déterminer si le sinistre est bien couvert ainsi que le montant de l'indemnité.

3. Autres assurances

(p.ex. assurances Santé, Perte d'exploitation, Accidents, à l'exclusion de l'assurance Accidents du travail, qui fait l'objet d'un régime légal spécifique):

Une disposition générale, inspirée de la loi luxembourgeoise du 27 juillet 1997 sur le contrat d'assurance (art. 29), est introduite dans la loi relative aux assurances (p.ex. art. 67-1). La loi luxembourgeoise dispose que :

- l'assureur effectue la prestation convenue dès qu'il dispose de tous les éléments nécessaires à cette fin ;
- les sommes dues sont payées dans les 30 jours de leur fixation, sous peine de sanction (intérêts moratoires au taux légal).

Les précisions suivantes sont ajoutées :

- la disposition ne s'applique pas dans les cas où la question est régie par des dispositions légales particulières spécifiques ;
- lorsque l'assureur conteste la couverture du sinistre par le contrat d'assurance, il est tenu de donner une réponse motivée aux éléments invoqués dans la demande dans un délai de trois mois à compter de la date à laquelle celle-ci a été présentée. L'assureur est tenu au paiement d'une somme forfaitaire de 250 € par jour en cas de non-respect de ce délai.

Comme expliqué ci-dessus, les représentants des entreprises d'assurances et des experts demandent que cette sanction soit conditionnée à l'exigence d'un rappel de l'assuré par lettre recommandée ou par un moyen équivalent. Les représentants des consommateurs s'opposent au maintien de l'exigence du rappel dans cet axe 3.

Dès lors, les représentants des consommateurs ne marquent pas accord sur le texte suivant :

Art. 73-1, §2, al. 3 : « Cette somme est due à partir du jour où le bénéficiaire de la prestation a rappelé, par lettre recommandée ou par tout autre moyen équivalent, à l'assureur le délai visé à l'alinéa 1^{er}. »

- lorsque le sinistre est couvert, la sanction en cas de non-respect du délai de paiement de la prestation d'assurance est fixée au double de l'intérêt légal et ce, dans un souci de parallélisme avec les deux premiers axes ;

- l'assureur paie l'incontestablement dû constaté de commun accord entre l'assureur et le bénéficiaire de la prestation lorsque le montant précis et définitif de la prestation d'assurance ne peut être fixé immédiatement ;
- l'assureur ne peut demander au bénéficiaire de la prestation que des documents et informations raisonnables et pertinents pour déterminer si le sinistre est bien couvert ainsi que le montant de la prestation.

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

Par « textes spécifiques » il y a lieu d'entendre les dispositions existantes ou futures telles que celles applicables à l'assurance RC auto (art 13 et 14 de la loi du 21 novembre 1989), à l'assurance incendie ou l'assurance vie, ainsi que les situations visées par les nouvelles dispositions proposées, applicables aux assurances de responsabilité (axe 1) et aux assurances de choses (axe 2).

4. Dispositions communes aux trois axes développés ci-dessus

a) Information relative à l'expertise

Une information claire serait communiquée par l'assureur à l'assuré/la personne lésée en ce qui concerne notamment le déroulement de l'expertise (cf notamment la brochure diffusée par Assuralia) et la liste des documents pertinents et nécessaires au règlement du sinistre.

b) Suspension des délais dans certains cas particuliers

A l'instar de ce que prévoit l'article 121, § 3 de la loi du 4 avril 2014 relatif à l'assurance incendie, les textes disposeraient que les délais seraient suspendus dans certaines situations, par exemple lorsque l'assuré ou le bénéficiaire de la prestation n'a pas exécuté, à la date de clôture de l'expertise, les obligations mises à sa charge par le contrat d'assurance, ou dans le cas d'une présomption de sinistre intentionnel, ou lorsque les délais ne peuvent être respectés pour des raisons indépendantes de la volonté de l'assureur et de ses mandataires communiquées par l'assureur au bénéficiaire de la prestation (p.ex. en cas de sinistres multiples, de sinistre très complexe, ou encore parce que l'assureur ne sait pas à qui il peut payer l'indemnité en raison d'un litige entre héritiers).

Les représentants des entreprises d'assurances demandent de maintenir aussi la suspension des délais de paiement en cas de vol en assurance de choses, axe 2, comme prévu à l'article 121, §3, 2° de la loi du 4 avril 2014. Cette disposition permet à l'assureur de suspendre le paiement de l'indemnité en cas de vol jusqu'à sa prise de connaissance du dossier répressif, sans motivation. A leur avis, ce maintien se justifie par le fait que, en cas de doute sur les circonstances exactes du sinistre, sur la matérialité des faits, etc., l'assureur doit préalablement avoir accès au dossier répressif pour pouvoir déterminer si le sinistre est couvert ou non par le contrat d'assurance.

Les représentants des consommateurs et les experts ne voient pas pourquoi le seul fait que l'on soit en présence d'un vol justifie que soient gelées les possibilités de l'assuré d'obtenir des avances, voire

une indemnisation définitive. Cette disposition est d'autant moins acceptable que l'enquête répressive et la disponibilité du dossier répressif peuvent prendre beaucoup de temps alors que ce n'est évidemment pas parce qu'il y a un vol qu'il est nécessairement impossible de considérer que l'assuré n'est pas l'auteur de ce vol et d'évaluer les objets volés.

Ils font remarquer que l'Ombudsman des assurances a reçu plusieurs plaintes d'assurés ne comprenant pas pourquoi, en cas de vol, le dossier était complètement bloqué sans justification en attendant que l'assureur puisse accéder au dossier répressif, ce qui peut prendre des mois. L'assureur a en outre déjà la possibilité d'envoyer à l'assuré une réponse motivée expliquant que rien ne peut encore être réglé. Tout en reconnaissant qu'il est important de lutter contre la fraude et que la prudence s'impose en cas de soupçon de fraude, ils sont d'avis que l'assureur dispose déjà de suffisamment de moyens pour détecter une éventuelle fraude et ne pas (devoir) attendre d'avoir accès au dossier répressif. Ils estiment que la nouvelle législation doit être claire et qu'il s'agit d'éviter une surenchère législative.

Dès lors, il n'y a pas d'accord sur le texte suivant :

Art. 111-1-§4, 2° : « Il s'agit **d'un vol** ou (...) ».

c) Limitation du dispositif aux bénéficiaires directs de la prestation

Le texte proposé ne s'applique qu'au bénéficiaire direct de la prestation d'assurance (assuré, personne lésée, bénéficiaire...), à l'exclusion des tiers subrogés (p.ex. mutuelle, autre assureur) ainsi que des prestataires de services à qui, conformément à un mécanisme convenu, l'assureur effectue des paiements en rémunération de prestations (p.ex. experts, médecins conseils, avocats en assurance Protection juridique).

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

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

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

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

5. Entrée en vigueur – Application dans le temps

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

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

Les représentants des entreprises d'assurance demandent qu'il soit en outre stipulé que les nouvelles dispositions ne s'appliquent qu'aux sinistres survenant à compter de leur date d'entrée en vigueur, soit le premier jour du sixième mois suivant celui de la publication de la loi au Moniteur belge. Ils soulignent que le dossier sinistre est lié dans leurs systèmes informatiques à la date du sinistre. Ils estiment que cette règle clarifie les choses et évite les discussions.

Les experts s'interrogent sur la justification de cette deuxième disposition transitoire qui limite l'application des nouvelles dispositions aux seuls sinistres survenus après leur entrée en vigueur.

Dès lors, il n'y a pas d'accord sur le texte suivant :

4. Entrée en vigueur : « Elle s'applique aux sinistres survenus à compter de cette date. »

D. Proposition de textes

1. Assurances de responsabilité : art. 145-1 à 145-5 de la Loi du 4 avril 2014 relative aux assurances

Délais de paiement des avances et de l'indemnité

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

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

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

- la couverture de la responsabilité par le contrat d'assurance n'est pas contestée,
- la responsabilité n'est pas contestée,
- et le dommage n'est pas contesté et a été quantifié.

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

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

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

Cette demande est soumise aux règles énoncées au § 1.

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

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

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

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

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

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

- la couverture de la responsabilité par le contrat d'assurance est contestée,
- la responsabilité est contestée ou n'est pas clairement établie,
- ou que
- le dommage est contesté ou n'est pas quantifié,

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

§ 2 Si aucune réponse motivée n'est donnée dans le délai de trois mois visé au § 1er, l'assureur est tenu de plein droit au paiement d'une somme forfaitaire de 250 EUR par jour.

Cette somme est due à partir du jour où la personne lésée a rappelé, par lettre recommandée ou par tout autre moyen équivalent, à l'assureur l'échéance du délai visé au § 1^{er}.

Cette somme cesse d'être due le jour suivant celui de la réception de la réponse motivée ou de l'offre motivée d'indemnisation par la personne lésée.

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

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

- au tiers subrogé ;
- lorsque, conformément à un mécanisme convenu avec un tiers prestataire de services, la prestation est versée à ce prestataire, dans les limites de cette prestation.

2. Assurances de choses : art. 111-1 de la Loi du 4 avril 2014 relative aux assurances

Sous-section 3bis – Délais de paiement de l'indemnité

Paie ment de l'indemnité

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

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

Si aucune réponse motivée n'est donnée dans le délai de trois mois visé à l'alinéa 1er, l'assureur est tenu de plein droit au paiement d'une somme forfaitaire de 250 EUR par jour.

Cette somme est due à partir du jour où l'assuré a rappelé, par lettre recommandée ou par tout autre moyen équivalent, à l'assureur le délai visé à l'alinéa 1^{er}.

Cette somme cesse d'être due le jour suivant celui de la réception de la réponse motivée ou de l'offre motivée d'indemnisation par l'assuré.

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

En cas de contestation du montant de l'indemnité, l'assuré désigne un expert qui fixera le montant de l'indemnité en concertation avec l'expert désigné par l'assureur. A défaut d'un accord, les deux experts désignent un troisième expert. La décision définitive quant au montant de l'indemnité est alors prise par les experts à la majorité des voix. **Les coûts de l'expert désigné par l'assuré et le**

cas échéant du troisième expert sont avancés par l'assureur et sont à charge de la partie à laquelle il n'a pas été donné raison.

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

L'indemnité doit être payée dans les 30 jours qui suivent la date de clôture de l'expertise ou, à défaut, la date de la fixation du montant du dommage.

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

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

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

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

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

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

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

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

- au tiers subrogé ;
- lorsque, conformément à un mécanisme convenu avec un tiers prestataire de services, la prestation est versée à ce prestataire, dans les limites de cette prestation.

3. Autres assurances : art. 73-1 de la Loi du 4 avril 2014 relative aux assurances

(applicable à titre subsidiaire, dans les cas où aucune autre disposition légale ne s'applique)

Prestation de l'assureur

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

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

Si aucune réponse motivée n'est donnée dans le délai de trois mois visé à l'alinéa 1^{er}, l'assureur est tenu de plein droit au paiement d'une somme forfaitaire de 250 EUR par jour.

Cette somme est due à partir du jour où le bénéficiaire de la prestation a rappelé, par lettre recommandée ou par tout autre moyen équivalent, à l'assureur le délai visé à l'alinéa 1^{er}.

Cette somme cesse d'être due le jour suivant celui de la réception de la réponse motivée ou de l'offre motivée de paiement par le bénéficiaire de la prestation.

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

- il se trouve en possession de tous les éléments raisonnablement nécessaires à cette fin et
- aucune contestation ne subsiste en ce qui concerne :
 - o la couverture de ce sinistre par le contrat d'assurance ;
 - o le montant de la prestation due.

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

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

§ 6 Les sommes dues sont payées dans les 30 jours de leur fixation.

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

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

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

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

- au tiers subrogé ;
- lorsque, conformément à un mécanisme convenu avec un tiers prestataire de services, la prestation est versée à ce prestataire, dans les limites de cette prestation.

4. Entrée en vigueur – Application dans le temps (article final de la nouvelle loi)

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

Elle s'applique aux sinistres survenus à compter de cette date.

IV. PROJET DE LOI EMPLAÇANT LES ARTICLES 13 ET 14 DE LA LOI ASSURANCE RC AUTO

A. Explication

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

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

B. Projet de texte

La Commission des Assurances présente le projet de loi remplaçant les articles 13 et 14 de la loi RC auto suivant.

Article 13

§ 1 Dans un délai de trois mois à compter de la date à laquelle la personne lésée a présenté une demande d'indemnisation, l'assureur qui couvre la responsabilité de la personne à qui le sinistre est imputé ou l'entreprise d'assurances du propriétaire, du détenteur ou du conducteur du véhicule impliqué dans l'accident au sens de l'article 29 bis, § 1, al. 1 ou de l'article 29ter, §2 ou leur représentant chargé du règlement des sinistres, est tenu de présenter une offre d'indemnisation motivée lorsque :

- La couverture de la responsabilité par le contrat d'assurance ou l'application de l'article 29 bis ou de l'article 29 ter n'est pas contestée,
- La responsabilité n'est pas contestée,

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

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

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

- § 2** La personne lésée qui s'est vu adresser une offre d'avance peut, au plus tôt six mois après la demande précédente, introduire une nouvelle demande sur la base des informations complémentaires recueillies ultérieurement sur son dommage et son évolution. Cette demande est soumise aux règles énoncées au § 1.
- § 3** Si aucune offre n'est présentée dans le délai de trois mois visé ci-dessus, l'assureur est tenu de plein droit au paiement d'une somme complémentaire, correspondant à l'intérêt légal sur le montant de l'indemnisation ou de l'avance offerte par l'assureur ou octroyée par le juge à la personne lésée, pendant un délai qui court du jour de l'expiration du délai de trois mois précité au jour suivant celui de la réception de l'offre par la personne lésée ou, le cas échéant, au jour où le jugement ou l'arrêt par lequel l'indemnisation est accordée est coulé en force de chose jugée.

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

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

- § 4** En aucun cas les offres d'avance ne peuvent contenir quittance pour solde de compte, même partiel.
- § 5** Les demandes de l'assureur relatives aux documents et informations visant à lui permettre de déterminer si le sinistre survenu est couvert par la garantie ainsi que le montant de la prestation doivent être raisonnables et pertinentes.

Article 14

- § 1** Lorsque la personne lésée présente une demande d'indemnisation mais que :
- la couverture de la responsabilité par le contrat d'assurance ou l'application de l'article 29 bis ou de l'article 29 ter est contestée,
 - la responsabilité ou l'application de l'article 29 bis ou de l'article 29 ter n'est pas clairement établie,
- ou que
- le dommage est contesté ou n'est pas quantifié,

l'entreprise d'assurances qui couvre la responsabilité de la personne à qui le sinistre est imputé ou l'entreprise d'assurances du propriétaire, du détenteur ou du conducteur du véhicule impliqué dans l'accident au sens de l'article 29 bis § 1, al. 1^{er} ou de l'article 29 ter, §2 ou leur représentant chargé du règlement des sinistres, est tenu de donner une réponse motivée aux éléments invoqués dans la demande dans un délai de trois mois à compter de la date à laquelle celle-ci a été présentée.

- § 2** Si aucune réponse motivée n'est donnée dans le délai de trois mois visé au § 1^{er}, l'assureur est tenu de plein droit au paiement d'une somme forfaitaire de 250 EUR par jour.

Cette somme est due à partir du premier des deux jours suivants :

- 1°) le jour où la personne lésée a rappelé, par lettre recommandée ou par tout autre moyen équivalent, à l'assureur l'échéance du délai visé au § 1^{er} ;
- 2°) le jour où l'assureur a été averti par le Fonds commun de garantie en application de l'article 19 bis-13, § 1^{er}, al. 2, 1°).

Cette somme cesse d'être due le jour suivant celui de la réception de la réponse motivée ou de l'offre motivée d'indemnisation par la personne lésée.

V. QUELQUES POINTS CONCERNANT LE RÈGLEMENT DES SINISTRES

Les points qui suivent sont liés au règlement des sinistres mais sortent du cadre d'une réglementation des délais et sanctions relatifs au paiement des prestations d'assurance.

1. La Commission des Assurances insiste sur :

- la nécessité d'un accès plus rapide au dossier répressif, ne serait-ce qu'au procès-verbal. Elle réitère son appel à résorber le retard dans l'obtention de ce dossier répressif et à prendre des dispositions concrètes dans le cadre des travaux du dossier dit de TransPV ;
- la problématique des expertises en assurance et du nombre très limité d'experts (indépendants) disponibles. L'asbl Expecto est à l'œuvre en ce qui concerne les experts médicaux. Cette initiative est née d'une collaboration entre Assuralia et les associations représentant les médecins experts néerlandophones (Benevermedex) et leurs confrères francophones (Abefradoc). Expecto a une double mission : promouvoir la spécialisation en médecine d'assurance et organiser des stages pour les futurs médecins experts avec le soutien financier du secteur de l'assurance (<https://www.dr-expecto.be/fr/faq>) ;
- l'importance de communiquer bien à l'avance à l'assuré et à la personne lésée la date de tout rendez-vous pour une expertise médicale, ainsi que d'apporter des informations claires à la fois sur la mission

et le rôle de cet expert et sur le droit de l'assuré et de la personne lésée de se faire assister par leur propre expert médical.

Les représentants se réfèrent sur ce point à l'initiative prise par le secteur d'établir ses propres directives et à la brochure consacrée à ce sujet publiée sur le site web d'Assuralia.

Les représentants des consommateurs souhaitent toutefois que le contenu de la brochure soit défini dans une réglementation inspirée de la loi Badinter française (A.211-11.a du Code des assurances). En cas de lésions corporelles importantes, ils aimeraient qu'une réglementation stipule que l'assuré peut faire appel à un avocat dans les conditions prévues à l'article 157 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.

VI. CONCLUSION

La Commission des Assurances soumet ci-dessous les deux projets suivants :

- un projet, assorti d'une explication, de nouvelles dispositions légales réglementant les délais et sanctions relatifs au paiement des prestations d'assurance dans la mesure où celles-ci ne font l'objet d'aucune disposition légale spécifique.

Il y a accord sur ces textes, sauf en ce qui concerne quatre propositions. Les différents points de vue relatifs à ces quatre propositions sont expliqués et sont indiqués en gras et soulignés dans le projet de texte (III).

- un projet de loi remplaçant les articles 13 et 14 de la loi du 21 novembre 1989 relative à l'assurance obligatoire de la responsabilité en matière de véhicules automoteurs (« Loi RC auto ») (IV).

Quelques points liés au règlement des sinistres mais sortant du cadre d'une réglementation des délais et sanctions relatifs au paiement des prestations d'assurance sont en outre mis en lumière (V).



Caroline Van Schoubroeck
Présidente