

WETTEN, DECRETEN, ORDONNANTIES EN VERORDENINGEN LOIS, DECRETS, ORDONNANCES ET REGLEMENTS

FEDERALE OVERHEIDSDIENST BINNENLANDSE ZAKEN

N. 2008 — 1994

[C - 2008/00485]

20 JULI 2007. — Wet tot wijziging, wat de private ziekteverzekeringsovereenkomsten betreft, van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst. — Duitse vertaling

De hiernavolgende tekst is de Duitse vertaling van de wet van 20 juli 2007 tot wijziging, wat de private ziekteverzekeringsovereenkomsten betreft, van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst (*Belgisch Staatsblad* van 10 augustus 2007).

Deze vertaling is opgemaakt door de Centrale Dienst voor Duitse vertaling in Malmedy.

SERVICE PUBLIC FEDERAL INTERIEUR

F. 2008 — 1994

[C - 2008/00485]

20 JUILLET 2007. — Loi modifiant, en ce qui concerne les contrats privés d'assurance maladie, la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre. — Traduction allemande

Le texte qui suit constitue la traduction en langue allemande de la loi du 20 juillet 2007 modifiant, en ce qui concerne les contrats privés d'assurance maladie, la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre (*Moniteur belge* du 10 août 2007).

Cette traduction a été établie par le Service central de traduction allemande à Malmedy.

FÖDERALER ÖFFENTLICHER DIENST INNERES

D. 2008 — 1994

[C - 2008/00485]

**20. JULI 2007 — Gesetz zur Abänderung des Gesetzes vom 25. Juni 1992 über den Landversicherungsvertrag in Bezug auf private Krankenversicherungsverträge
Deutsche Übersetzung**

Der folgende Text ist die deutsche Übersetzung des Gesetzes vom 20. Juli 2007 zur Abänderung des Gesetzes vom 25. Juni 1992 über den Landversicherungsvertrag in Bezug auf private Krankenversicherungsverträge.

Diese Übersetzung ist von der Zentralen Dienststelle für Deutsche Übersetzungen in Malmedy erstellt worden.

FÖDERALER ÖFFENTLICHER DIENST WIRTSCHAFT, KMB, MITTELSTAND UND ENERGIE

20. JULI 2007 — Gesetz zur Abänderung des Gesetzes vom 25. Juni 1992 über den Landversicherungsvertrag in Bezug auf private Krankenversicherungsverträge

ALBERT II., König der Belgier,

Allen Gegenwärtigen und Zukünftigen, Unser Gruß!

Die Kammern haben das Folgende angenommen und Wir sanktionieren es:

Artikel 1 - Vorliegendes Gesetz regelt eine in Artikel 78 der Verfassung erwähnte Angelegenheit.

Art. 2 - In Titel III des Gesetzes vom 25. Juni 1992 über den Landversicherungsvertrag wird ein Kapitel IV mit folgendem Wortlaut eingefügt:

«Kapitel IV — Krankenversicherungsverträge

Abschnitt I — Einleitende Bestimmungen

Art. 138bis-1

Begriffsbestimmungen

§ 1 - Unter Krankenversicherungsvertrag ist zu verstehen:

1. Gesundheitspflegeversicherung, durch die bei Krankheit oder bei Krankheit und Unfall Leistungen garantiert sind, die die für Erhaltung und/oder Wiederherstellung der Gesundheit notwendigen vorbeugenden, heilenden oder diagnostischen ärztlichen Behandlungen betreffen,

2. Arbeitsunfähigkeitsversicherung, durch die bei Krankheit oder bei Krankheit und Unfall die Minderung oder der Verlust des beruflichen Einkommens infolge der Arbeitsunfähigkeit einer Person ganz oder teilweise entschädigt wird,

3. Invalidenversicherung, durch die bei Krankheit oder bei Krankheit und Unfall Leistungen garantiert sind,

4. nicht obligatorische Pflegeversicherung, durch die bei vollständigem oder partiellem Autonomieverlust Leistungen vorgesehen sind.

Von der Begriffsbestimmung des Krankenversicherungsvertrags sind ausgeschlossen:

a) befristete Reise- und Beistandsversicherungen, durch die die in Absatz 1 erwähnten Leistungen garantiert sind,

b) gesetzliche Arbeitsunfallversicherung und damit verbundene Zusatzunfallversicherungen,

c) Unfallversicherungen,

d) Solidaritätsleistungen, die in Artikel 1 des Königlichen Erlasses vom 14. November 2003 zur Festlegung der Solidaritätsleistungen in Verbindung mit den sozialen Pensionszusatzregelungen erwähnt sind,

e) Solidaritätsleistungen, die in Artikel 1 des Königlichen Erlasses vom 15. Dezember 2003 zur Festlegung der Solidaritätsleistungen in Verbindung mit den sozialen Pensionsabkommen erwähnt sind.

§ 2 - Unter kollektivem Krankenversicherungsvertrag ist die kollektive Gesundheitspflegeversicherung und/oder Arbeitsunfähigkeitsversicherung und/oder Invalidenversicherung und/oder Pflegeversicherung zu verstehen, die von einem oder mehreren Versicherungsnehmern zugunsten mehrerer Personen abgeschlossen wird, die bei Anschluss berufsmäßig mit dem Versicherungsnehmer verbunden sind. Diese Personen werden in vorliegendem Kapitel Hauptversicherte genannt.

Versicherungsnehmer können auch eine kollektive Gesundheitspflege- und/oder Arbeitsunfähigkeits- und/oder Invaliden- und/oder Pflegeversicherung zugunsten der Familienmitglieder der Hauptversicherten abschließen. Diese Personen werden in vorliegendem Kapitel «Mitversicherte» genannt.

Abschnitt II — Individuelle Krankenversicherungsverträge

Art. 138bis-2

Anwendungsbereich

Die Bestimmungen des vorliegenden Abschnitts sind anwendbar auf individuelle Krankenversicherungsverträge.

Diese Bestimmungen sind anwendbar auf Versicherungsnehmer und ihre Familienmitglieder, die ihrer Krankenversicherung angeschlossen sind.

Art. 138bis-3

Dauer des Versicherungsvertrags

§ 1 - Unbeschadet der Anwendung der Artikel 6, 7, 11, 14, 15, 16, 17, 24 und außer bei Betrug werden die in Artikel 138bis-1 § 1 Nr. 1, 3 und 4 erwähnten Krankenversicherungsverträge auf Lebenszeit abgeschlossen. Die in Artikel 138bis-1 § 1 Nr. 2 erwähnten Krankenversicherungsverträge gelten bis zum Alter von fünfundsiebzig Jahren oder bis zu einem früheren Alter, wenn dieses Alter das normale Alter ist, in dem der Versicherte vollständig und definitiv seine Berufstätigkeit einstellt.

§ 2 - Unbeschadet der Anwendung von Artikel 30 § 3 können Verträge auf besondere Antragstellung des Versicherungsnehmers und wenn dies in seinem Interesse liegt für eine begrenzte Laufzeit abgeschlossen werden.

§ 3 - Die Bestimmungen des vorliegenden Artikels sind nicht anwendbar auf Krankenversicherungsverträge, die zusätzlich zu einem Hauptrisiko angeboten werden, das nicht auf Lebenszeit besteht.

Art. 138bis-4

Tarif- und Vertragsänderungen

§ 1 - Außer bei gegenseitigem Einvernehmen der Parteien, ausschließlicher Antragstellung des Versicherungsnehmers und in den Fällen, die in den Paragraphen 2, 3 und 4 erwähnt sind, kann ein Versicherer nach Abschluss des Krankenversicherungsvertrags die technischen Grundlagen der Prämie und die Deckungsbedingungen nicht mehr ändern.

Die Änderung der technischen Grundlagen der Prämie und/oder der Deckungsbedingungen in gegenseitigem Einvernehmen der Parteien wie in Absatz 1 erwähnt kann nur im Interesse des Versicherungsnehmers erfolgen.

§ 2 - Prämie, Franchise und Leistung dürfen am jährlichen Fälligkeitsdatum der Prämie auf der Grundlage des Verbraucherpreisindex angepasst werden. Sofern die in Artikel 44 des Gesetzes vom 2. August 2002 über die Aufsicht über den Finanzsektor und die Finanzdienstleistungen erwähnte Kommission für das Bank-, Finanz- und Versicherungswesen, hiernach «CBFA» genannt, aufgrund der Feststellung einer dauerhaften Preisschwankung seine Zustimmung gibt, dürfen Prämie, Franchise und Leistung ebenfalls auf der Grundlage von repräsentativen und objektiven Parametern angepasst werden, wenn die CBFA einen Unterschied zwischen der Entwicklung des Verbraucherpreisindex und der Entwicklung dieser Parameter feststellt.

Die CBFA legt die objektiven Parameter in Absprache mit dem Föderalen Fachzentrum für Gesundheitspflege fest. Dieses Fachzentrum überprüft die Gültigkeit der Methode für Auswahl und Berechnung der Werte der objektiven Parameter. Die CBFA berechnet regelmäßig diese Werte. Erachtet der König es als notwendig, legt Er durch einen im Ministerrat beratenen Erlass die objektiven Parameter fest.

§ 3 - Außer bei gegenteiliger Abmachung im Versicherungsvertrag und innerhalb der in Absatz 2 vorgesehenen Grenzen dürfen Prämie und/oder Deckungsbedingungen im Falle einer dauerhaften Änderung der tatsächlichen Kosten garantierter Leistungen, die einen bedeutenden Einfluss auf Kosten oder Umfang der garantierten Leistungen hat, und/oder der Umstände einschließlich gesetzlicher oder verordnungsrechtlicher Änderungen, die ebenfalls einen bedeutenden Einfluss auf Kosten oder Umfang der garantierten Leistungen haben, angepasst werden.

Die erwogene Vertrags- oder Tarifierpassung steht in direktem Verhältnis zum Umfang der Erhöhung der tatsächlichen Kosten der garantierten Leistungen und/oder zu den Umständen einschließlich der gesetzlichen oder verordnungsrechtlichen Änderungen. Darüber hinaus darf diese Anpassung nur Vertragsbestandteile betreffen, auf die diese Ereignisse einen bedeutenden Einfluss ausüben.

Der Einfluss muss von der CBFA in Absprache mit dem Föderalen Fachzentrum für Gesundheitspflege als bedeutend anerkannt werden. Die CBFA achtet ebenfalls auf die Einhaltung der in Absatz 2 festgelegten Grenzen. Der König kann Regeln festlegen, die zu befolgen sind, um einen Beschluss der CBFA zu erhalten.

Hat die CBFA nicht innerhalb einer Frist von dreißig Tagen ab Erhalt des Antrags auf Anerkennung geantwortet, wird davon ausgegangen, dass sie Bedeutsamkeit und Verhältnismäßigkeit anerkannt hat. Diese Frist wird während einer Frist von maximal dreißig Tagen ausgesetzt, innerhalb deren das Föderale Fachzentrum für Gesundheitspflege der CBFA seine Stellungnahme abgeben muss.

§ 4 - Prämie, Karenzzeit und Versicherungsbedingungen können auf angemessene und proportionale Weise angepasst werden:

- an Änderungen im Beruf des Versicherten, was Gesundheitspflegeversicherung, Arbeitsunfähigkeitsversicherung, Invalidenversicherung und Pflegeversicherung betrifft, und/oder
- an das Einkommen des Versicherten, was Arbeitsunfähigkeitsversicherung und Invalidenversicherung betrifft, oder
- an den Wechsel der Rechtsstellung des Versicherten in der Regelung der sozialen Sicherheit, was Gesundheitspflegeversicherung und Arbeitsunfähigkeitsversicherung betrifft, sofern diese Änderungen einen bedeutenden Einfluss auf Risiko und/oder Kosten oder Umfang der garantierten Leistungen haben.

Art. 138bis-5

Unanfechtbarkeit

Sobald eine Frist von zwei Jahren ab Inkrafttreten eines Krankenversicherungsvertrags verstrichen ist, kann ein Versicherer sich nicht mehr auf Artikel 7 hinsichtlich nicht vorsätzlich versäumter Mitteilungen oder nicht vorsätzlich erfolgter falscher Mitteilungen des Versicherungsnehmers oder des Versicherten berufen, wenn sich diese versäumten oder falschen Mitteilungen auf eine Krankheit oder Erkrankung beziehen, deren Symptome bei Vertragsabschluss in Erscheinung getreten waren, die aber nicht innerhalb derselben Frist von zwei Jahren diagnostiziert wurde.

Der Versicherer kann sich nicht auf eine nicht vorsätzlich versäumte Mitteilung oder eine nicht vorsätzlich erfolgte falsche Mitteilung berufen, wenn eine Krankheit oder Erkrankung bei Versicherungsvertragsabschluss noch in keiner Weise in Erscheinung getreten war.

Art. 138bis-6

Chronisch Kranke und Personen mit Behinderung

Versicherungsbewerber, die an einer chronischen Krankheit oder einer Behinderung leiden und das Alter von fünfundsiebenzig Jahren noch nicht erreicht haben, haben während eines Zeitraums von zwei Jahren ab Inkrafttreten des vorliegenden Artikels das Recht auf eine Gesundheitspflegeversicherung, wobei die Kosten, die mit der bei Versicherungsvertragsabschluss bestehenden Krankheit oder Behinderung verbunden sind, unbeschadet der Anwendung des Artikels 138bis-5 von der Deckung ausgeschlossen werden dürfen. Die Prämie muss derjenigen entsprechen, die bei derselben Person eingefordert würde, wäre diese Person nicht chronisch krank oder behindert.

Unbeschadet der Anwendung der Artikel 5 und 95 hinsichtlich der Information in Bezug auf genetische Daten wird dem Versicherungsvertrag ein Dokument beigelegt, das genau die erwähnte Krankheit oder Behinderung und die von der Deckung ausgeschlossenen oder nur begrenzt gedeckten Kosten festlegt. Der König legt das Muster des Dokuments fest.

Unbeschadet der Zuständigkeit der Gerichtshöfe und Gerichte werden Streitsachen in Bezug auf die von der Deckung ausgeschlossenen oder nur begrenzt gedeckten Kosten zunächst einem Schlichtungsorgan vorgelegt, das vom König durch einen im Ministerrat beratenen Erlass gebildet wird.

Spätestens achtzehn Monate nach Inkrafttreten des vorliegenden Artikels wird die Verpflichtung, chronisch kranken oder behinderten Versicherungsbewerbern eine Gesundheitspflegeversicherung anzubieten, von CBFA, Berufsverband der Versicherungsunternehmen (Assuralia) und Patientenvereinigungen beurteilt. Vor Ablauf des in Absatz 1 erwähnten Zeitraums von zwei Jahren legt der König durch einen im Ministerrat beratenen Erlass fest, ob diese Verpflichtung über diesen Zeitraum von zwei Jahren hinaus beibehalten wird.

Art. 138bis-7

§ 1 - Versicherungsnehmer informieren den Versicherer schriftlich oder elektronisch über den Zeitpunkt, zu dem ein versichertes Familienmitglied aus dem Versicherungsvertrag ausscheidet und über den neuen Wohnort dieses Familienmitglieds.

Auf der Grundlage dieser Angaben unterbreitet der Versicherer dem Versicherten innerhalb von dreißig Tagen ein den Artikeln 138bis-3 und 138bis-4 entsprechendes Versicherungsangebot. Der Versicherer informiert den Versicherten darüber, dass das Angebot ebenfalls für seine Familienmitglieder gilt. Er kann sich nicht darauf berufen, dass ein Risiko bereits eingetreten ist.

Der Versicherte verfügt über eine Frist von sechzig Tagen, um schriftlich oder elektronisch das Versicherungsangebot anzunehmen. Bei Ablauf dieser Frist verfällt das Recht, das Angebot anzunehmen.

§ 2 - Der vom Versicherten angenommene Versicherungsvertrag läuft ab dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherte den Anspruch auf die vorherige Versicherung verliert.

Abschnitt III — Individuelle Weiterführung eines kollektiven Krankenversicherungsvertrags

Art. 138bis-8

Gewährungsbedingungen

§ 1 - Außer wenn die einer kollektiven Versicherung angeschlossene Person aus den in den Artikeln 6, 7, 14, 16 und 24 erwähnten Gründen und im Allgemeinen bei Betrug den Anspruch auf den kollektiven Krankenversicherungsvertrag verliert, hat sie das Recht, diese Versicherung ganz oder teilweise individuell weiterzuführen, wenn sie den Anspruch auf die kollektive Versicherung verliert, dies ohne sich einer weiteren ärztlichen Untersuchung unterziehen oder einen neuen medizinischen Fragebogen ausfüllen zu müssen.

Zu diesem Zweck muss der Hauptversicherte während der letzten zwei Jahre vor Verlust des weitergeführten kollektiven Krankenversicherungsvertrags bei einem Versicherungsunternehmen im Sinne des vorliegenden Gesetzes ununterbrochen einem oder mehreren aufeinanderfolgenden Krankenversicherungsverträgen angeschlossen gewesen sein.

§ 2 - Spätestens dreißig Tage nach Verlust des Anspruchs auf kollektive Versicherung informiert der Versicherungsnehmer oder bei Konkurs oder Liquidation der Konkursverwalter oder Liquidator des Versicherungsnehmers den Hauptversicherten schriftlich oder elektronisch über den genauen Zeitpunkt dieses Verlusts und die Möglichkeit, den Vertrag individuell weiterzuführen. Ferner informiert er den Hauptversicherten über die Frist, innerhalb deren er und gegebenenfalls der Mitversicherte ihr Recht auf eine individuelle Weiterführung ausüben können. Gleichzeitig übermittelt der Versicherungsnehmer oder bei Konkurs oder Liquidation der Konkursverwalter oder Liquidator dem Hauptversicherten die Angaben des betreffenden Versicherungsunternehmens.

Haupt- und gegebenenfalls Mitversicherter verfügen über eine Frist von dreißig Tagen, um den Versicherer schriftlich oder elektronisch über ihre Absicht zu informieren, den kollektiven Krankenversicherungsvertrag ganz oder teilweise individuell weiterzuführen. Die Frist läuft ab dem Tag des Empfangs des Schreibens, mit dem der Versicherungsnehmer oder bei Konkurs oder Liquidation der Konkursverwalter oder Liquidator des Versicherungsnehmers den Hauptversicherten schriftlich oder elektronisch darüber informiert, dass er beschließen kann, den kollektiven Krankenversicherungsvertrag, auf den er den Anspruch verloren hat, individuell weiterzuführen. Diese Frist läuft auf jeden Fall hundertfünf Tage ab Verlust des Anspruchs auf kollektive Krankenversicherung ab.

Der Versicherer verfügt über eine Frist von fünfzehn Tagen, um den Haupt- und gegebenenfalls den Mitversicherten schriftlich oder elektronisch ein den Artikeln 138bis-3 und 138bis-4 entsprechendes Versicherungsangebot zu unterbreiten. Er kann sich nicht darauf berufen, dass ein Risiko bereits eingetreten ist.

Gleichzeitig mit der Zusendung seines Angebots setzt der Versicherer den Haupt- und gegebenenfalls den Mitversicherten über die Garantiebedingungen, insbesondere gedeckte Leistungen, Ausschlüsse und Meldefrist in Kenntnis. Ebenfalls erinnert er den Haupt- und gegebenenfalls den Mitversicherten an die Frist von dreißig Tagen, über die diese verfügen, um schriftlich oder elektronisch das Angebot anzunehmen.

Haupt- und gegebenenfalls Mitversicherter verfügen über eine Frist von dreißig Tagen, um schriftlich oder elektronisch das Versicherungsangebot anzunehmen. Diese Frist läuft ab dem Tag des Empfangs des in Absatz 3 erwähnten Angebots des Versicherers. Das Recht auf individuelle Weiterführung erlischt bei Ablauf dieser Frist.

§ 3 - Verliert ein Mitversicherter den Anspruch auf die kollektive Versicherung aus einem anderen Grund als dem Verlust des Anspruchs auf diese Versicherung seitens des Hauptversicherten, verfügt der Mitversicherte über eine Frist von hundertfünf Tagen ab dem Zeitpunkt, zu dem er den vorerwähnten Anspruch verliert, um den Versicherer schriftlich oder elektronisch über seine Absicht in Kenntnis zu setzen, sein Recht auf individuelle Weiterführung auszuüben.

Der Versicherer verfügt über eine Frist von fünfzehn Tagen, um ihm elektronisch oder schriftlich ein den Artikeln 138bis-3 und 138bis-4 entsprechendes Versicherungsangebot zu unterbreiten. Er kann sich nicht darauf berufen, dass ein Risiko bereits eingetreten ist.

Der Mitversicherte verfügt über eine Frist von dreißig Tagen, um schriftlich oder elektronisch das Versicherungsangebot anzunehmen. Diese Frist läuft ab dem Tag des Empfangs des in Absatz 2 erwähnten Angebots des Versicherers. Das Recht auf individuelle Weiterführung erlischt bei Ablauf dieser Frist.

§ 4 - Der vom Versicherten angenommene Versicherungsvertrag läuft ab dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherte den Anspruch auf die kollektive Versicherung verliert.

Art. 138bis-9

Vom Versicherer zu erteilende Informationen

§ 1 - Versicherer informieren Versicherungsnehmer über die Möglichkeit für die Versicherten, individuell eine Zusatzprämie zu zahlen. Versicherungsnehmer übermitteln diese Information unverzüglich dem Hauptversicherten.

Sofern diese Zusatzprämien alljährlich ohne Unterbrechung gezahlt wurden, hat diese Zahlung zur Folge, dass bei individueller Weiterführung die in Artikel 138bis-11 erwähnte Prämie unter Berücksichtigung des Alters des Versicherten zum Zeitpunkt des Beginns der Zahlung der zusätzlichen Prämien festgelegt wird.

Bei zeitweilig unterbrochener Zahlung der in Absatz 2 erwähnten Zusatzprämien wird für die Berechnung der in Artikel 138bis-11 erwähnten Prämie das berücksichtigte Alter im Verhältnis zu dieser Unterbrechung angehoben.

§ 2 - Hat ein Versicherer es versäumt, der in § 1 erwähnten Informationspflicht nachzukommen, wird die Prämie für den individuell weitergeführten Krankenversicherungsvertrag in Abweichung von Artikel 138bis-11 unter Berücksichtigung des Alters des Haupt- oder Mitversicherten zum Zeitpunkt, zu dem er sich einer kollektiven Versicherung angeschlossen hat, berechnet. Es obliegt dem Versicherer zu beweisen, dass er der in § 1 erwähnten Informationspflicht nachgekommen ist.

Hat ein Versicherungsnehmer es versäumt, dem Hauptversicherten die in § 1 erwähnte Information zu übermitteln, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, dem Versicherer den Unterschied zu zahlen zwischen der auf der Grundlage des erreichten Alters zum Zeitpunkt der Ausübung des Rechts auf individuelle Weiterführung des Vertrags berechneten Prämie und der auf der Grundlage des Alters des Hauptversicherten zum Zeitpunkt seines Anschlusses bei der kollektiven Versicherung berechneten Prämie. Die beim Hauptversicherten für den individuell weitergeführten Krankenversicherungsvertrag eingeforderte Prämie wird auch in diesem Fall in Abweichung von Artikel 138bis-11 unter Berücksichtigung des Alters des Hauptversicherten zum Zeitpunkt, zu dem er sich einer kollektiven Versicherung angeschlossen hat, berechnet. Es obliegt dem Versicherungsnehmer zu beweisen, dass er die in § 1 erwähnte Information übermittelt hat.

Art. 138bis-10

Garantien

§ 1 - Ein individuell weitergeführter Krankenversicherungsvertrag bietet mindestens Garantien an, die den Garantien des kollektiv weitergeführten Krankenversicherungsvertrags gleichwertig sind.

Garantien der individuellen Gesundheitspflegeversicherung gelten als gleichwertig, wenn folgende Bestandteile der kollektiven Gesundheitspflegeversicherung übernommen werden:

1. Zimmerwahl: vollständige Erstattung, Teilerstattung oder keine Erstattung der Kosten in einem Einzel-, Zweibett- oder Gemeinschaftszimmer,
2. Erstattungsart: (Teil-) Erstattung der tatsächlichen Kosten, Erstattung der Kosten auf der Grundlage der LIKIV-Erstattungsbeträge im Rahmen der gesetzlichen Gesundheitspflegeversicherung oder Möglichkeit einer Pauschalbeteiligung,
3. vor und nach dem Krankenhausaufenthalt: Übernahme oder Nichtübernahme von ambulanten Kosten im Zusammenhang mit dem Krankenhausaufenthalt, die innerhalb einer bestimmten Frist vor oder nach dem Krankenhausaufenthalt auftreten; sind diese Kosten gedeckt, beträgt diese Frist mindestens einen Monat vor und drei Monate nach dem Krankenhausaufenthalt,
4. schwere Krankheit: Übernahme oder Nichtübernahme von ambulanten Kosten im Zusammenhang mit schweren Krankheiten.

Garantien der individuellen Arbeitsunfähigkeitsversicherung gelten als gleichwertig, wenn sie wie die kollektive Arbeitsunfähigkeitsversicherung die Zahlung eines gleichen Prozentsatzes des erlittenen Einkommensverlusts oder einen gleichen Festbetrag, der jedoch gegebenenfalls auf den erlittenen Einkommensverlust begrenzt ist, vorsehen. Die individuelle Arbeitsunfähigkeitsversicherung, durch die die kollektive Arbeitsunfähigkeitsversicherung weitergeführt wird, gilt höchstens bis zum gesetzlichen Pensionsalter oder bis zu einem früheren Alter, wenn dieses Alter das normale Alter ist, in dem der Versicherte vollständig und definitiv seine Berufstätigkeit einstellt.

Garantien der individuellen Invalidenversicherung gelten als gleichwertig, wenn sie die Zahlung eines gleichen Festbetrags oder einer Entschädigung, die auf der Grundlage der Parameter berechnet wird, die auch im Rahmen der kollektiven Invalidenversicherung berücksichtigt werden, vorsehen.

Garantien der individuellen Pflegeversicherung gelten als gleichwertig, wenn sie wie die kollektive Pflegeversicherung die Zahlung eines gleichen Festbetrags oder einer gleichen Entschädigung der infolge des vollständigen oder partiellen Autonomieverlusts entstandenen Kosten vorsehen.

§ 2 - Unbeschadet des Artikels 138bis-3 § 1 erfolgt die individuelle Weiterführung eines kollektiven Krankenversicherungsvertrags ohne Auferlegung einer neuen Wartezeit. Die Garantie kann nicht begrenzt und es kann keine Zusatzprämie aufgrund der Entwicklung des Gesundheitszustands während der Laufzeit des kollektiven Krankenversicherungsvertrags auferlegt werden.

Art. 138bis-11

Prämie

Für die Berechnung der Prämie des individuell weitergeführten Krankenversicherungsvertrags werden ausschließlich berücksichtigt:

1. Alter des Versicherten zum Zeitpunkt der individuellen Weiterführung des Vertrags, unbeschadet des Artikels 138bis-9 § 1,
2. Angaben zur Beurteilung des Risikos, wie sie bei Anschluss an den weitergeführten kollektiven Krankenversicherungsvertrag bestanden und bewertet wurden,
3. Regelung und Rechtsstellung im Rahmen der sozialen Sicherheit, denen der Versicherte unterliegt,
4. hinsichtlich der Gesundheitspflegeversicherung: Invalidenversicherung, Pflegeversicherung und Beruf des Versicherten,
5. hinsichtlich der Arbeitsunfähigkeitsversicherung: Beruf und Berufseinkommen des Versicherten.»

Art. 3 - Erfüllen die in Artikel 138bis-2 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 über den Landversicherungsvertrag erwähnten bestehenden Krankenversicherungsverträge bei Inkrafttreten des vorliegenden Gesetzes nicht die Anforderungen des Artikels 138bis-3, bietet das Versicherungsunternehmen dem Versicherungsnehmer spätestens zwei Jahre nach Inkrafttreten des vorliegenden Gesetzes einen neuen, den Anforderungen dieses Artikels entsprechenden Krankenversicherungsvertrag an. Der Versicherungsnehmer entscheidet innerhalb dreißig Tagen ab Empfang des Vorschlags, auf diesen einzugehen oder die Laufzeit der laufenden Krankenversicherung beizubehalten.

Ab Inkrafttreten des vorliegenden Gesetzes ist für bestehende kollektive Krankenversicherungsverträge ein zweijähriger Übergangszeitraum anwendbar.

Art. 4 - Vorliegendes Gesetz tritt am gleichen Tag in Kraft wie das Gesetz zur Einführung in das Gesetz vom 6. August 1990 über die Krankenkassen und Krankenkassenlandesverbände einer Regelung für Krankenkassen, die der Regelung entspricht, die in Titel III Kapitel IV Abschnitt 1 und 2 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 über den Landversicherungsvertrag, eingefügt durch das Gesetz vom 20. Juli 2007, vorgesehen ist.

Wir fertigen das vorliegende Gesetz aus und ordnen an, dass es mit dem Staatssiegel versehen und durch das *Belgisches Staatsblatt* veröffentlicht wird.

Gegeben zu Brüssel, den 20. Juli 2007

ALBERT

Von Königs wegen:

Die Vizepremierministerin und Ministerin der Justiz

Frau L. ONKELINX

Der Minister der Wirtschaft

M. VERWILGHEN

Mit dem Staatssiegel versehen:

Die Ministerin der Justiz

Frau L. ONKELINX

FEDERALE OVERHEIDSDIENST FINANCIEN

N. 2008 — 1995

[C - 2008/03277]

3 JUNI 2008. — Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 1 juli 2006 tot uitvoering van de wet van 22 maart 2006 betreffende de bemiddeling in bank- en beleggingsdiensten en de distributie van financiële instrumenten

ALBERT II, Koning der Belgen,

Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Gelet op de wet van 22 maart 2006 betreffende de bemiddeling in bank- en beleggingsdiensten en de distributie van financiële instrumenten, inzonderheid op artikel 8, eerste lid, 1°;

Gelet op het koninklijk besluit van 1 juli 2006 tot uitvoering van de wet van 22 maart 2006 betreffende de bemiddeling in bank- en beleggingsdiensten en de distributie van financiële instrumenten, inzonderheid op de artikelen 8 en 16;

Gelet op de aanzienlijke inspanningen die de toepassing van deze bepalingen zowel op organisatorisch als op financieel vlak van de geadmistrateerden blijkt te vergen; op het feit dat het voor de geadmistrateerden, ondanks de inspanningen die zij reeds geleverd hebben, niet mogelijk is om al hun personeelsleden die in contact staan met het publiek, de voorgeschreven opleidingen met goed gevolg te laten volgen vóór de vastgestelde datum van 1 juli 2008;

Gelet op de dringende noodzakelijkheid aangezien het van belang is zo spoedig mogelijk de bijkomende termijn vast te stellen waarbinnen de betrokken instellingen zich dienen te conformeren aan de vereisten inzake de beroepsopleiding van hun personeelsleden die in contact staan met het publiek;

Gelet op het advies van de Commissie voor het Bank-, Financie- en Assurantiewezen, gegeven op 4 maart 2008;

Op de voordracht van Onze Vice-eersteminister en Minister van Financiën en Institutionele Hervormingen,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. In artikel 16 van het koninklijk besluit van 1 juli 2006 tot uitvoering van de wet van 22 maart 2006 betreffende de bemiddeling in bank- en beleggingsdiensten en de distributie van financiële instrumenten, wordt de datum van 1 juli 2008 vervangen door 1 januari 2009.

Art. 2. Onze Minister van Financiën is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 3 juni 2008.

ALBERT

Van Koningswege :

De Vice-Eersteminister
en Minister van Financiën en Institutionele Hervormingen,
D. REYNDERS

SERVICE PUBLIC FEDERAL FINANCES

F. 2008 — 1995

[C - 2008/03277]

3 JUIN 2008. — Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 1^{er} juillet 2006 portant exécution de la loi du 22 mars 2006 relative à l'intermédiation en services bancaires et en services d'investissement et à la distribution d'instruments financiers

ALBERT II, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi du 22 mars 2006 relative à l'intermédiation en services bancaires et en services d'investissement et à la distribution d'instruments financiers, notamment l'article 8, alinéa 1^{er}, 1°;

Vu l'arrêté royal du 1^{er} juillet 2006 portant exécution de la loi du 22 mars 2006 relative à l'intermédiation en services bancaires et en services d'investissement et à la distribution d'instruments financiers, notamment les articles 8 et 16;

Vu l'effort organisationnel et financier considérable que l'application de ces dispositions s'avère requérir des administrés; qu'en dépit des efforts déjà consentis, il n'est pas possible aux administrés de faire suivre fructueusement, avant la date du 1^{er} juillet 2008, à l'ensemble de leur personnel en contact avec le public, les formations prescrites;

Vu l'urgence motivée par le fait qu'il importe de fixer au plus vite le délai supplémentaire dans lequel les établissements concernés sont tenus de se conformer aux exigences en matière de formation professionnelle de leur personnel en contact avec le public;

Vu l'avis de la Commission bancaire, financière et des assurances donné le 4 mars 2008;

Sur la proposition de Notre Vice-Premier Ministre et Ministre des Finances et Réformes Institutionnelles,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. A l'article 16 de l'arrêté royal du 1^{er} juillet 2006 portant exécution de la loi du 22 mars 2006 relative à l'intermédiation en services bancaires et en services d'investissement et à la distribution d'instruments financiers la date du 1^{er} juillet 2008 est remplacée par celle du 1^{er} janvier 2009.

Art. 2. Notre Ministre des Finances est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 3 juin 2008.

ALBERT

Par le Roi :

Le Vice-Premier Ministre
et Ministre des Finances et des Réformes Institutionnelles,
D. REYNDERS