

Art. 5. Dans l'article 7 du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées:

1° un alinéa rédigé comme suit est inséré entre les alinéas 1^{er} et 2;

« Si le subside est octroyé à un bénéficiaire qui a proposé un remboursement partiel en cas de succès, la décision d'octroi mentionne:

1° les modalités concernant le remboursement partiel en cas de succès;

2° les modalités des remboursements;

3° l'obligation de rapporter sur l'état d'avancement des résultats financiers. »

2° l'alinéa 2 est remplacé par ce qui suit:

« La proposition approuvée et, le cas échéant, le plan de paiement basé sur les résultats sont joints comme annexes à la décision d'octroi, dont ils font partie intégrante. ».

Art. 6. L'article 10 du même arrêté est remplacé par ce qui suit:

« Art. 10. § 1^{er}. Si le paiement du subside ou d'une partie de celui-ci n'est pas lié à l'atteinte de résultats, le subside ou la partie non liée aux résultats de celui-ci est payé en plusieurs tranches, tel que déterminé dans la décision d'octroi.

Les montants des tranches et la périodicité du paiement de celles-ci sont également déterminés dans la décision d'octroi.

À l'exception de la première tranche, Enabel ne peut payer une tranche qu'après réception d'une preuve du bénéficiaire démontrant que la tranche précédente a été dépensé à septante-cinq pour cent.

§ 2. Si le paiement du subside ou d'une partie de celui-ci est lié à l'atteinte de résultats, le paiement du subside ou d'une partie de celui-ci sera effectué conformément au plan de paiement basé sur les résultats inclus dans la décision d'octroi.

Le paiement visé au premier alinéa ne peut être exécuté qu'après vérification des résultats par une partie indépendante.

En dérogation à l'alinéa précédent, une avance unique de maximum vingt pourcent peut être octroyée. »

Art. 7. Dans l'article 12, § 2, 3° du même arrêté, les mots « , à l'exception des intérêts et des coûts associés au préfinancement par le bénéficiaire, lorsque le subside ou une partie de celui-ci est payé après l'atteinte de résultats » sont insérés entre les mots « et les intérêts débiteurs » et « ; ».

Art. 8. Le présent arrêté entre en vigueur le lendemain de sa publication au *Moniteur belge*.

Art. 9. Le ministre qui a la Coopération au Développement dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 16 décembre 2018.

PHILIPPE

Par le Roi :

Le Ministre du Développement international,
A. DE CROO

Art. 5. In artikel 7 van hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° tussen het eerste en het tweede lid wordt een lid ingevoegd, luidende:

“Indien de subsidie wordt toegekend aan een begunstigde die een gedeeltelijke terugbetaling bij succes heeft voorgesteld, vermeldt de toekenningsbeslissing:

1° de nadere regels betreffende de gedeeltelijke terugbetaling bij succes;

2° de nadere regels van de terugbetalingen;

3° de verplichting om te rapporteren over de voortgang van de financiële resultaten.”;

2° het tweede lid wordt vervangen als volgt:

“Het goedgekeurde voorstel en, desgevallend, het op resultaten gebaseerd betalingsplan worden als bijlagen toegevoegd aan de toekenningsbeslissing, waarvan zij integraal deel uitmaken.”.

Art. 6. Artikel 10 van hetzelfde besluit wordt vervangen als volgt:

“Art. 10. § 1. Indien de betaling van de subsidie of een deel ervan niet is gekoppeld aan het bereiken van resultaten, wordt de subsidie of het deel ervan dat niet gekoppeld is aan resultaten betaald in meerdere schijven, zoals bepaald in de toekenningsbeslissing.

De bedragen van de schijven en de periodiciteit van de betaling ervan worden eveneens bepaald in de toekenningsbeslissing.

Met uitzondering van de eerste schijf, kan Enabel een schijf slechts betalen na de ontvangst van een bewijs van de begunstigde dat aantoonde dat de vorige schijf voor vijfenzeventig percent besteed is.

§ 2. Indien de betaling van de subsidie of een deel ervan gekoppeld werd aan het bereiken van resultaten, gebeurt de betaling van de subsidie of een deel ervan volgens het in de toekenningsbeslissing opgenomen op resultaten gebaseerd betalingsplan.

De betaling bedoeld in het eerste lid kan slechts worden uitgevoerd na verificatie van de resultaten door een onafhankelijke partij.

In afwijking van het vorige lid, kan een éénmalig voorschot worden toegekend van maximaal twintig percent.”

Art. 7. In artikel 12, § 2, 3° van hetzelfde besluit worden de woorden « ,met uitzondering van de interesten en de kosten verbonden aan de voorfinanciering door de begunstigde, wanneer de subsidie of een deel ervan wordt betaald na het bereiken van resultaten » ingevoegd tussen de woorden “en de debetinteresten” en “;”.

Art. 8. Dit besluit treedt in werking de dag volgend op de bekendmaking in het *Belgisch Staatsblad*.

Art. 9. De minister bevoegd voor Ontwikkelingssamenwerking is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 16 december 2018.

FILIP

Van Koningswege :

De Minister van Internationale Ontwikkeling,
A. DE CROO

SERVICE PUBLIC FEDERAL INTERIEUR

[C – 2018/15728]

4 AVRIL 2014. — Loi relative aux assurances Coordination officieuse en langue allemande - Partie II

Le texte qui suit constitue la coordination officieuse en langue allemande des articles 158 à 353 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances (*Moniteur belge* du 30 avril 2014), telle qu'elle a été modifiée en dernier lieu par la loi du 31 juillet 2017 modifiant le Code civil en ce qui concerne les successions et les libéralités et modifiant diverses autres dispositions en cette matière (*Moniteur belge* du 1^{er} septembre 2017).

Cette coordination officieuse en langue allemande a été établie par le Service central de traduction allemande à Malmédy.

FEDERALE OVERHEIDSDIENST BINNENLANDSE ZAKEN

[C – 2018/15728]

4 APRIL 2014. — Wet betreffende de verzekeringen Officieuze coördinatie in het Duits - Deel II

De hierna volgende tekst is de officieuze coördinatie in het Duits van de artikelen 158 tot 353 van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen (*Belgisch Staatsblad* van 30 april 2014), zoals ze het laatst werd gewijzigd bij de wet van 31 juli 2017 tot wijziging van het Burgerlijk Wetboek wat de erfenissen en de giften betreft en tot wijziging van diverse andere bepalingen ter zake (*Belgisch Staatsblad* van 1 september 2017).

Deze officieuze coördinatie in het Duits is opgemaakt door de Centrale dienst voor Duitse vertaling in Malmédy.

FÖDERALER ÖFFENTLICHER DIENST INNERES

[C – 2018/15728]

4. APRIL 2014 — Gesetz über die Versicherungen — Inoffizielle Koordinierung in deutscher Sprache — Teil II

Der folgende Text ist die inoffizielle Koordinierung in deutscher Sprache der Artikel 158 bis 353 des Gesetzes vom 4. April 2014 über die Versicherungen, so wie es zuletzt abgeändert worden ist durch das Gesetz vom 31. Juli 2017 zur Abänderung des Zivilgesetzbuches, was Nachlasse und unentgeltliche Zuwendungen betrifft, und zur Abänderung verschiedener anderer Bestimmungen in diesem Bereich.

Diese inoffizielle Koordinierung in deutscher Sprache ist von der Zentralen Dienststelle für Deutsche Übersetzungen in Malmedy erstellt worden.

TITEL 4 — Personenversicherungen**KAPITEL 1 — Gemeinsame Bestimmungen****Namentlich gebundene Police**

Art. 158 - Policen müssen auf den Namen des Versicherungsnehmers ausgestellt werden; sie können weder an Order gestellt werden noch auf den Inhaber lauten.

Kleinkinderversicherung

Art. 159 - Der König kann besondere Bedingungen für Versicherungen auferlegen, die Leistungen vorsehen im Falle einer Totgeburt oder des Todes eines Kindes, das das fünfte Lebensjahr nicht vollendet hat.

KAPITEL 2 — Lebensversicherungsverträge**Abschnitt 1 — Allgemeine Bestimmungen****Anwendungsbereich**

Art. 160 - Vorliegendes Kapitel findet Anwendung auf sämtliche Personenversicherungsverträge, bei denen der Eintritt des versicherten Ereignisses nur von der Länge des menschlichen Lebens abhängt, und zwar selbst wenn die Parteien die gegenseitigen Leistungen bewertet haben, ohne den Eintrittswahrscheinlichkeiten Rechnung zu tragen. Es wird davon ausgegangen, dass diese Versicherungen ausschließlich Pauschalcharakter haben. Die Artikel 167 und 178 finden ebenfalls Anwendung auf Kapitalisierungsgeschäfte.

Der König kann nach Stellungnahme der FSMA und der Bank durch einen im Ministerrat beratenen Erlass die Bestimmungen des vorliegenden Kapitels angeben, die auf die von Ihm bestimmten Lebensversicherungen keine Anwendung finden, und die Bestimmungen angeben, die stattdessen auf sie anwendbar sind.

Gleichzeitiger Bezug von Entschädigungen und Leistungen und Fehlen einer Surrogation

Art. 161 - Für die Anwendung des vorliegenden Kapitels ist die durch die Artikel 103 und 104 zugelassene gegenteilige Vereinbarung nichtig.

Abschnitt 2 — Versichertes Risiko**Unanfechtbarkeit**

Art. 162 - Sobald ein Lebensversicherungsvertrag wirksam wird, kann der Versicherer sich nicht mehr auf nicht vorsätzlich versäumte oder nicht vorsätzlich falsch erfolgte Mitteilungen des Versicherungsnehmers oder des Versicherten berufen.

Der König kann den Parteien erlauben, die Unanfechtbarkeit unter den von Ihm bestimmten Bedingungen aufzuschieben.

Irrtum in Bezug auf das Alter eines Versicherten

Art. 163 - Wenn das Alter eines Versicherten falsch angegeben worden ist, werden die Leistungen jeder der Parteien im Verhältnis zu dem tatsächlichen Alter, das hätte berücksichtigt werden müssen, erhöht oder herabgesetzt.

Ausgeschlossene Risiken

Art. 164 - § 1 - Außer bei gegenteiliger Vereinbarung deckt die Versicherung nicht den Selbstmord, den ein Versicherter weniger als ein Jahr nach Wirksamwerden des Vertrags begeht. Die Versicherung deckt einen Selbstmord, der ein Jahr oder mehr als ein Jahr nach Wirksamwerden des Vertrags begangen wird. Den Nachweis für einen Selbstmord muss der Versicherer erbringen.

§ 2 - Außer bei gegenteiliger Vereinbarung deckt der Versicherer den Tod eines Versicherten nicht:

1. wenn dieser Tod durch die Vollstreckung einer gerichtlichen Verurteilung zur Todesstrafe eingetreten ist,
2. wenn die Todesursache unmittelbar und direkt in einem Verbrechen oder Vergehen liegt, das der Versicherte als Täter oder Mittäter vorsätzlich begangen hat und dessen Folgen er absehen konnte.

Eintritt eines ausgeschlossenen Risikos

Art. 165 - Wenn ein Versicherter infolge des Eintritts eines ausgeschlossenen Risikos gestorben ist, zahlt der Versicherer dem Begünstigten den Ertrag aus der Kapitalisierung der für den Zeitraum nach dem Sterbedatum gezahlten Prämien zurück, wobei dieser Betrag auf die im Todesfall versicherte Leistung begrenzt ist.

Abschnitt 3 — Zahlung der Prämien und Wirksamwerden des Vertrags**Zahlung der ersten Prämie**

Art. 166 - Außer bei gegenteiliger Vereinbarung wird der Lebensversicherungsvertrag erst am Tag, an dem die erste Prämie gezahlt wird, wirksam.

Nichtzahlung einer Prämie

Art. 167 - Die Nichtzahlung einer Prämie gibt keinen Anlass zur Klage auf Zwangsvollstreckung seitens des Versicherers; gemäß den vom König festgelegten Bestimmungen führt die Nichtzahlung lediglich zur Kündigung des Vertrags oder zur Herabsetzung der Leistungen des Versicherers.

Verpflichtung zur Zahlung der Prämien

Art. 168 - Versicherungsnehmer können sich durch eine andere Vereinbarung als den Lebensversicherungsvertrag, den sie abgeschlossen haben, dazu verpflichten, letztgenanntes Vertragsverhältnis durch Zahlung der Prämien aufrechtzuerhalten.

Abschnitt 4 — Rechte des Versicherungsnehmers

a) Begünstigung

Bestimmung des Begünstigten

Art. 169 - § 1 - Versicherungsnehmer sind berechtigt, einen oder mehrere Begünstigte zu bestimmen. Dieses Recht steht ihnen allein zu und kann weder von ihrem Ehepartner noch von ihren gesetzlichen Vertretern noch von ihren Erben oder Rechtsnachfolgern noch von ihren Gläubigern ausgeübt werden.

Der Nachweis für das Recht des Begünstigten wird gemäß Artikel 64 erbracht.

§ 2 - Begünstigte müssen bei Fälligkeit der versicherten Leistungen identifizierbar sein.

§ 3 - Versicherer sind von jeglicher Verpflichtung befreit, wenn sie vor Erhalt jeglichen Schreibens, in dem die Bestimmung geändert wird, die Zahlung zugunsten des Begünstigten gutgläubig getätigt haben.

Kein Begünstigter

Art. 170 - Wenn in der Versicherung kein Begünstigter bestimmt ist oder wenn die Bestimmung des Begünstigten nicht wirksam werden kann oder widerrufen worden ist, gehen die Versicherungsleistungen auf den Versicherungsnehmer über oder fallen in seinen Nachlass.

Bestimmung des Ehepartners

Art. 171 - Wenn ein Ehepartner namentlich als Begünstigter bestimmt wird und er nach einer Scheidung Begünstigter im Sinne von Artikel 193 oder 196 bleibt, behält er, vorbehaltlich einer gegenteiligen Bestimmung, im Fall einer Wiederverheiratung des Versicherungsnehmers seinen Anspruch auf die Versicherungsleistung.

Wenn der Ehepartner nicht namentlich als Begünstigter bestimmt wird, wird der Anspruch auf die Versicherungsleistung der Person zuerkannt, die bei Fälligkeit der versicherten Leistungen diese Eigenschaft hat.

Bestimmung der Kinder

Art. 172 - Wenn die Kinder nicht namentlich als Begünstigte bestimmt werden, wird der Anspruch auf die Versicherungsleistung den Personen zuerkannt, die bei Fälligkeit der versicherten Leistungen diese Eigenschaft haben. Die Verwandten in gerader absteigender Linie treten an die Stelle eines vorverstorbenen Kindes.

Gemeinsame Bestimmung der Kinder und des Ehepartners als Begünstigte

Art. 173 - Wenn der Ehepartner und die Kinder mit oder ohne Angabe ihres Namens gemeinsam als Begünstigte bestimmt werden, wird der Anspruch auf die Versicherungsleistung, vorbehaltlich einer gegenteiligen Bestimmung, zur Hälfte dem Ehepartner und zur Hälfte den Kindern zuerkannt.

Bestimmung der gesetzlichen Erben als Begünstigte

Art. 174 - Wenn die gesetzlichen Erben ohne Angabe ihres Namens als Begünstigte bestimmt werden, fallen die Versicherungsleistungen bis zum Beweis des Gegenteils oder vorbehaltlich einer anders lautenden Klausel in den Nachlass des Versicherungsnehmers.

Vorversterben des Begünstigten

Art. 175 - Wenn ein Begünstigter vor Fälligkeit der Versicherungsleistungen verstirbt, wird der Anspruch auf die Leistung, selbst wenn er die Begünstigung angenommen hat, dem Versicherungsnehmer zuerkannt oder fällt in seinen Nachlass, es sei denn, er hätte subsidiär einen anderen Begünstigten bestimmt.

b) Widerruf der Begünstigung

Widerrufsrecht

Art. 176 - Solange der bestimmte Begünstigte die Begünstigung nicht angenommen hat, hat der Versicherungsnehmer das Recht, die Begünstigung bis zur Fälligkeit der versicherten Leistungen zu widerrufen.

Der Nachweis für den Widerruf wird gemäß Artikel 64 erbracht.

Das Widerrufsrecht steht allein dem Versicherungsnehmer zu. Es kann nur von ihm ausgeübt werden und nicht von seinem Ehepartner, seinen gesetzlichen Vertretern, seinen Gläubigern und, außer in dem in Artikel 957 des Zivilgesetzbuches erwähnten Fall, von seinen Erben oder Rechtsnachfolgern.

Folgen des Widerrufs

Art. 177 - Der Widerruf der Begünstigung führt zum Verlust des Anspruchs auf die versicherten Leistungen.

c) Rückkauf und Reduzierung

Rückkaufs- und Reduzierungsrecht

Art. 178 - Das Rückkaufs- und Reduzierungsrecht stehen dem Versicherungsnehmer zu. Diese Rechte können weder von seinem Ehepartner noch von seinen Gläubigern ausgeübt werden. Der König legt die Bedingungen fest, unter denen diese Rechte bestehen und ausgeübt werden können.

Bei Annahme der Begünstigung wird die Ausübung des Rückkaufsrechts von der Zustimmung des Begünstigten abhängig gemacht.

d) Wieder-in-Kraft-Setzen des Vertrags

Wieder-in-Kraft-Setzen

Art. 179 - Wenn der Vertrag wegen Nichtzahlung der Prämie gekündigt wurde oder wenn der Vertragsumfang reduziert wurde, kann der Vertrag in den Fällen und unter den Bedingungen, die vom König festzulegen sind, wieder in Kraft gesetzt werden.

e) Vorschuss auf die durch den Vertrag versicherten Leistungen

Recht auf Vorschuss

Art. 180 - Das Recht, vom Versicherer einen Vorschuss auf die versicherten Leistungen zu erhalten, steht dem Versicherungsnehmer zu. Dieses Recht kann weder von seinem Ehepartner noch von seinen Gläubigern ausgeübt werden. Der König legt die Bedingungen fest, unter denen dieses Recht besteht und ausgeübt werden kann.

Bei Annahme der Begünstigung wird die Ausübung des Vorschussrechts von der Zustimmung des Begünstigten abhängig gemacht.

f) Verpfändung der aus dem Vertrag hervorgehenden Rechte

Verpfändungsrecht

Art. 181 - Rechte, die aus einem Versicherungsvertrag hervorgehen, können verpfändet werden; dieses Verpfändungsrecht hat jedoch allein der Versicherungsnehmer, unter Ausschluss seines Ehepartners und seiner Gläubiger.

Bei Annahme der Begünstigung wird die Verpfändung von der Zustimmung des Begünstigten abhängig gemacht.

Formvorschrift

Art. 182 - Die Verpfändung der aus dem Vertrag hervorgehenden Rechte kann nur durch einen vom Versicherungsnehmer, vom Pfandgläubiger und vom Versicherer unterzeichneten Zusatzvertrag erfolgen.

g) Abtretung der aus dem Vertrag hervorgehenden Rechte

Abtretungsrecht

Art. 183 - Versicherungsnehmer können die aus einem Versicherungsvertrag hervorgehenden Rechte ganz oder teilweise abtreten. Dieses Abtretungsrecht kann weder von seinem Ehepartner noch von seinen Gläubigern ausgeübt werden.

Bei Annahme der Begünstigung wird die Ausübung des Abtretungsrechts von der Zustimmung des Begünstigten abhängig gemacht.

Formvorschrift

Art. 184 - Die Abtretung der Gesamtheit oder eines Teils der aus dem Vertrag hervorgehenden Rechte kann nur durch einen vom Zedenten, vom Zessionar und vom Versicherer unterzeichneten Zusatzvertrag erfolgen.

Versicherungsnehmer können jedoch im Vertrag festlegen, dass bei ihrem Tod die Gesamtheit oder ein Teil ihrer Rechte auf die zu diesem Zweck bestimmte Person übergehen.

Abschnitt 5 — Rechte des Begünstigten

a) Anspruch auf Versicherungsleistungen

Anspruch auf Versicherungsleistungen

Art. 185 - Begünstigte haben allein aufgrund ihrer Bestimmung Anspruch auf die Versicherungsleistungen.

Dieser Anspruch wird durch die Annahme der Begünstigung unwiderruflich, unbeschadet des in den Artikeln 953 bis 958 und 1096 des Zivilgesetzbuches vorgesehenen Widerrufs von Schenkungen und vorbehaltlich der Anwendung von Artikel 175.

b) Annahme der Begünstigung

Annahmerecht

Art. 186 - Begünstigte können die Begünstigung jederzeit annehmen, auch nachdem die Versicherungsleistungen fällig geworden sind.

Das Annahmerecht steht allein dem Begünstigten zu. Es kann weder von seinem Ehepartner noch von seinen Gläubigern ausgeübt werden.

Formvorschrift

Art. 187 - Solange der betreffende Versicherungsnehmer lebt, kann die Annahme nur durch einen vom Begünstigten, vom Versicherungsnehmer und vom Versicherer unterzeichneten Zusatzvertrag zur Police erfolgen.

Nach dem Tod des Versicherungsnehmers kann die Annahme ausdrücklich oder stillschweigend erfolgen. Die Annahme ist dem Versicherer gegenüber jedoch erst wirksam, nachdem sie ihm schriftlich notifiziert worden ist.

c) Rechte der Erben des Versicherungsnehmers in Bezug auf einen Begünstigten

Zurückführung oder Herabsetzung beim Tod des Versicherungsnehmers

Art. 188 - Beim Tod des Versicherungsnehmers unterliegt die Versicherungsleistung gemäß dem Zivilgesetzbuch der Herabsetzung und, insofern der Versicherungsnehmer es ausdrücklich angegeben hat, der Zurückführung.

Ab dem 1. September 2018 (gemäß Art. 73 des G. vom 31. Juli 2017 (B.S. vom 1. September 2017)) lautet Art. 188 wie folgt:

"Art. 188 - Beim Tod des Versicherungsnehmers unterliegt die Versicherungsleistung gemäß dem Zivilgesetzbuch der Herabsetzung [und, unbeschadet der vom Versicherungsnehmer ausgehenden eindeutigen Befreiung von der Zurückführung, der Zurückführung]."

[Art. 188 abgeändert durch Art. 68 des G. vom 31. Juli 2017 (B.S. vom 1. September 2017)]"

d) Rechte der Gläubiger des Versicherungsnehmers in Bezug auf den Begünstigten

Versicherungsleistungen

Art. 189 - Gläubiger eines Versicherungsnehmers haben keinerlei Anspruch auf Versicherungsleistungen, die dem Begünstigten zustehen werden.

Rückzahlung der Prämien

Art. 190 - Gläubiger des Versicherungsnehmers können die Prämien nur unentgeltlich beim Begünstigten zurückfordern, sofern diese Prämien angesichts der Vermögenslage des Versicherungsnehmers offensichtlich zu hoch waren und sofern sie im Sinne von Artikel 1167 des Zivilgesetzbuches in betrügerischer Absicht zum Nachteil ihrer Rechte gezahlt wurden.

Diese Rückzahlung darf den Betrag der Versicherungsleistungen, die dem Begünstigten zustehen werden, nicht übersteigen.

Abschnitt 6 — Folgen der Ehescheidung oder der Trennung von Tisch und Bett im Rahmen von Versicherungen zwischen Ehepartnern, die in Gütergemeinschaft leben

A. Ehescheidung wegen unheilbarer Zerrüttung

Rechte des Versicherungsnehmers während des Scheidungsverfahrens

Art. 191 - Rechte, die einem Versicherungsnehmer aufgrund der Artikel 169 bis 184 zustehen, werden vorbehaltlich der Anwendung der Artikel 1280 und 1283 des Gerichtsgesetzbuches während des Scheidungsverfahrens aufrechterhalten.

Anspruch auf Versicherungsleistungen während des Scheidungsverfahrens

Art. 192 - Versicherungsleistungen, die während des Scheidungsverfahrens fällig werden, werden vorbehaltlich der Anwendung der Artikel 1280 und 1283 des Gerichtsgesetzbuches dem als Begünstigten bestimmten Ehepartner rechtsgültig ausgezahlt.

Anspruch auf Versicherungsleistungen, die nach Übertragung der Ehescheidung fällig werden

Art. 193 - Vorbehaltlich der Anwendung von Artikel 299 des Zivilgesetzbuches werden Versicherungsleistungen, die nach Übertragung der Ehescheidung fällig werden, dem als Begünstigten bestimmten geschiedenen Ehepartner rechtsgültig ausgezahlt, es sei denn, im Vertrag selbst wurde eine andere Person - namentlich oder nicht - als Begünstigte im Fall einer Ehescheidung bestimmt und der Versicherer ist von der Ehescheidung in Kenntnis gesetzt worden, oder die Ehepartner haben während ihres Scheidungsverfahrens oder im Nachhinein diesbezüglich etwas anderes festgelegt und den Versicherer von der neuen Bestimmung in Kenntnis gesetzt.

B. Ehescheidung im gegenseitigen Einverständnis

Rechte des Versicherungsnehmers während der Bedenkzeit

Art. 194 - Rechte, die einem Versicherungsnehmer aufgrund der Artikel 169 bis 184 zustehen, werden während der Bedenkzeit aufrechterhalten, es sei denn, die Ehepartner haben gemäß Artikel 1287 des Gerichtsgesetzbuches diesbezüglich etwas anderes vereinbart. Diese Vereinbarung ist dem Versicherer gegenüber nur wirksam, nachdem sie ihm notifiziert worden ist.

Anspruch auf Versicherungsleistungen, die während der Bedenkzeit fällig werden

Art. 195 - Versicherungsleistungen, die während der Bedenkzeit fällig werden, werden dem als Begünstigten bestimmten Ehepartner vom Versicherer rechtsgültig ausgezahlt, es sei denn, die Ehepartner haben gemäß Artikel 1287 des Gerichtsgesetzbuches etwas anderes vereinbart und den Versicherer von der neuen Bestimmung in Kenntnis gesetzt.

Anspruch auf Versicherungsleistungen, die nach Übertragung der Ehescheidung fällig werden

Art. 196 - Vorbehaltlich der Anwendung von Artikel 299 des Zivilgesetzbuches werden Versicherungsleistungen, die nach Übertragung der Ehescheidung fällig werden, dem als Begünstigten bestimmten geschiedenen Ehepartner rechtsgültig ausgezahlt, es sei denn, im Vertrag selbst wurde eine andere Person - namentlich oder nicht - als Begünstigte im Fall einer Ehescheidung bestimmt und der Versicherer ist von der Ehescheidung in Kenntnis gesetzt worden, oder die Ehepartner haben gemäß Artikel 1287 des Gerichtsgesetzbuches diesbezüglich etwas anderes vereinbart und den Versicherer von der neuen Bestimmung in Kenntnis gesetzt.

C. Trennung von Tisch und Bett

Trennung von Tisch und Bett

Art. 197 - § 1 - Die Artikel 191 bis 193 finden Anwendung auf die Trennung von Tisch und Bett wegen unheilbarer Zerrüttung.

§ 2 - Die Artikel 194 bis 196 finden Anwendung auf die Trennung von Tisch und Bett im gegenseitigen Einverständnis.

KAPITEL 3 — *Personenversicherungsverträge mit Ausnahme von Lebensversicherungsverträgen*

Art des Versicherungsschutzes

Art. 198 - Personenversicherungen mit Ausnahme von Lebensversicherungen, haben je nach Vereinbarung der Parteien Entschädigungs- oder Pauschalcharakter.

Versicherungen mit Pauschalcharakter mit Ausnahme von Lebensversicherungen

Art. 199 - Der König bestimmt, in welchem Maße und gemäß welchen Modalitäten die Bestimmungen des vorliegenden Gesetzes in Bezug auf die Lebensversicherungsverträge Anwendung finden auf Personenversicherungsverträge mit Pauschalcharakter, für die der Eintritt des versicherten Ereignisses nicht ausschließlich von der Länge des menschlichen Lebens abhängt.

Wahl des Arztes

Art. 200 - Für Pflegeleistungen kann der Versicherte seinen Arzt frei wählen.

KAPITEL 4 — Krankenversicherungsverträge

Abschnitt 1 — Einleitende Bestimmungen

Begriffsbestimmungen

Art. 201 - § 1 - Unter Krankenversicherungsvertrag ist zu verstehen:

1. Gesundheitspflegeversicherung, durch die bei Krankheit oder bei Krankheit und Unfall Leistungen gewährleistet 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 gewährleistet sind,

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

Von der Begriffsbestimmung des Krankenversicherungsvertrags sind ausgeschlossen:

a) befristete Reise- und Beistandsversicherungen, durch die die in Absatz 1 erwähnten Leistungen gewährleistet 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 "berufsgebundenem Krankenversicherungsvertrag" ist zu verstehen: ein Krankenversicherungsvertrag, der von einem oder mehreren Versicherungsnehmern zugunsten einer oder mehrerer Personen abgeschlossen wird, die bei Anschluss beruflich mit dem (den) Versicherungsnehmer(n) verbunden sind.

§ 3 - Unter "Hauptversichertem" ist zu verstehen: die Person, zu deren Gunsten der Krankenversicherungsvertrag abgeschlossen wird.

§ 4 - Unter "Mitversicherten" sind zu verstehen: Familienmitglieder des Hauptversicherten, die dem Krankenversicherungsvertrag angeschlossen sind (1).

Abschnitt 2 — Nicht berufsgebundene Krankenversicherungsverträge

Anwendungsbereich

Art. 202 - Die Bestimmungen des vorliegenden Abschnitts sind anwendbar auf nicht berufsgebundene Krankenversicherungsverträge.

Diese Bestimmungen sind anwendbar auf Versicherungsnehmer, Hauptversicherte und Mitversicherte.

Dauer des Versicherungsvertrags

Art. 203 - § 1 - Unbeschadet der Anwendung der Artikel 59, 60, 65, 69, 70, 71, 72 und 81 und außer bei Betrug werden die in Artikel 201 § 1 Nr. 1, 3 und 4 erwähnten Krankenversicherungsverträge auf Lebenszeit abgeschlossen. Die in Artikel 201 § 1 Nr. 2 erwähnten Krankenversicherungsverträge gelten bis zum Alter von fünfundsiebzehn Jahren oder laufen früher aus, wenn das entsprechende Alter das normale Alter ist, in dem der Versicherte seine Berufstätigkeit vollständig und endgültig einstellt.

§ 2 - Unbeschadet der Anwendung von Artikel 85 § 3 können Verträge auf besonderen Antrag des Hauptversicherten 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.

Tarif- und Vertragsänderungen

Art. 204 - § 1 - Außer bei gegenseitigem Einvernehmen der Parteien, ausschließlichem Antrag des Hauptversicherten 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 der Versicherten erfolgen.

[Unbeschadet des Absatzes 1 kann der Versicherer im Interesse der Versicherten und mit der Zustimmung des Versicherungsnehmers den Krankenversicherungsvertrag aufgrund der Anwendung neuer Vorschriften ändern.]

§ 2 - [Prämie, Selbstbehalt und/oder Leistung dürfen am jährlichen Fälligkeitsdatum der Prämie auf der Grundlage des Verbraucherpreisindexes angepasst werden.]

§ 3 - [Prämie, Selbstbehalt und/oder Leistung dürfen am jährlichen Fälligkeitsdatum der Prämie auf der Grundlage eines oder mehrerer spezifischer Indizes den Kosten der durch private Krankenversicherungsverträge gedeckten Dienste angepasst werden, falls und insofern die Entwicklung dieses beziehungsweise dieser Indizes die Entwicklung des Verbraucherpreisindexes übersteigt.]

Der König bestimmt auf gemeinsamen Vorschlag der für Versicherungen und soziale Angelegenheiten zuständigen Minister und nach Stellungnahme des Föderalen Fachzentrums für Gesundheitspflege (hiernach "Fachzentrum" genannt) die Methode, mit der diese Indexe erstellt werden. Hierzu:

- trifft Er eine Auswahl objektiver und repräsentativer Parameter,
- legt Er den Berechnungsmodus für diese objektiven Parameter fest,
- legt Er das jeweilige Gewicht dieser Parameter in dem beziehungsweise den Indexen fest.

Auf gemeinsamen Antrag der für Versicherungen und soziale Angelegenheiten zuständigen Minister kann diese Methode vom Fachzentrum beurteilt werden.

Auf der Grundlage der vom König bestimmten Methode berechnet und veröffentlicht der FÖD Wirtschaft jährlich auf der Grundlage der am 30. Juni bekannten Zahlen den Wert des oder der Indexe im *Belgischen Staatsblatt*. Das Ergebnis wird spätestens am 1. September veröffentlicht. Die Modalitäten der Zusammenarbeit zwischen dem Fachzentrum und dem FÖD Wirtschaft werden in einem von beiden Einrichtungen unterzeichneten Protokoll festgelegt.

Der König kann die Häufigkeit der Berechnung und der Veröffentlichung des Wertes des oder der Indexe erhöhen.

Personen und Einrichtungen, die über erforderliche Auskünfte für die Berechnung verfügen, müssen diese dem Fachzentrum und dem FÖD Wirtschaft auf deren Verlangen hin mitteilen.

[Versicherungsunternehmen passen die Indexierungsklauseln und -modalitäten in den Verträgen gemäß dem vorliegenden Paragraphen und den Ausführungserlassen, einschließlich ihrer späteren Abänderungen, automatisch an. Diese Klauseln werden binnen einer Frist von zwei Jahren ab Inkrafttreten dieser Erlasse und jeder ihrer späteren Abänderungen angepasst. Versicherungsunternehmen setzen Versicherungsnehmer anhand eines Vermerks auf der Fälligkeitsbenachrichtigung von der geänderten Indexierungsmethode und den Indexierungsmodalitäten in Kenntnis.

Die aus der Anpassung der bestehenden Verträge an das vorliegende Gesetz und seine Ausführungserlasse hervorgehenden Änderungen können die Kündigung des Vertrags durch den betreffenden Versicherungsnehmer nicht rechtfertigen.]

[Im Hinblick auf die Berechnung der in Absatz 1 erwähnten spezifischen Indexe teilen die Versicherungsunternehmen die Bruttoschadensbelastung pro Versicherungsschutz und pro Altersstufe für die Gesundheitspflegeversicherungen mit, die nicht berufsgebundene Gesundheitspflegeversicherungen sind. Diese Angaben beziehen sich auf die Rechnungen vor dem Monat April für Schadensfälle, die sich zwischen dem 1. Oktober des zweiten Jahres vor der Berichterstattung und dem 30. September des Jahres vor dieser Berichterstattung ereignet haben.

Der König kann die Elemente, auf die sich die im vorhergehenden Absatz erwähnten Angaben beziehen, näher bestimmen.]

§ 4 - Die Anwendung des vorliegenden Artikels lässt sowohl Artikel 41 des vorliegenden Gesetzes [als auch Artikel 504 des Gesetzes vom 13. März 2016] unberührt.

§ 5 - Prämie, Karenzzeit und Deckungsbedingungen dürfen auf angemessene und proportionale Weise angepasst werden:

1. an Änderungen in Bezug auf den Beruf des Versicherten, was nicht obligatorische Gesundheitspflegeversicherung, Arbeitsunfähigkeitsversicherung, Invalidenversicherung und Pflegeversicherung betrifft, und/oder
2. an Änderungen des Einkommens des Versicherten, was Arbeitsunfähigkeitsversicherung und Invalidenversicherung betrifft, und/oder
3. 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 Leistungen im Rahmen des Versicherungsschutzes haben.

[Art. 204 § 1 Abs. 3 eingefügt durch Art. 87 des G. vom 26. Oktober 2015 (B.S. vom 30. Oktober 2015); § 2 ersetzt durch Art. 728 Nr. 1 des G. vom 13. März 2016 (B.S. vom 23. März 2016); § 3 Abs. 1 ersetzt durch Art. 728 Nr. 2 des G. vom 13. März 2016 (B.S. vom 23. März 2016); § 3 Abs. 7 und 8 eingefügt durch Art. 728 Nr. 3 des G. vom 13. März 2016 (B.S. vom 23. März 2016); § 3 Abs. 9 und 10 eingefügt durch Art. 54 des G. vom 18. April 2017 (B.S. vom 24. April 2017); § 4 abgeändert durch Art. 728 Nr. 4 des G. vom 13. März 2016 (B.S. vom 23. März 2016)]

Unanfechtbarkeit

Art. 205 - Sobald eine Frist von zwei Jahren ab Inkrafttreten eines Krankenversicherungsvertrags verstrichen ist, kann ein Versicherer sich nicht mehr auf Artikel 60 hinsichtlich nicht vorsätzlich versäumter oder nicht vorsätzlich falsch erfolgter Mitteilungen des Versicherungsnehmers oder des Versicherten berufen, wenn sich diese versäumten oder falschen Mitteilungen auf eine Krankheit oder Erkrankung beziehen, deren Symptome bei Vertragsabschluss bereits aufgetreten waren, die aber nicht innerhalb derselben Frist von zwei Jahren diagnostiziert wurde.

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

Chronisch Kranke und Personen mit Behinderung

Art. 206 - Anwärter-Hauptversicherte, die an einer chronischen Krankheit leiden oder Anwärter-Hauptversicherte mit Behinderung und die das Alter von fünfundsiebzehn Jahren noch nicht erreicht haben, haben Anspruch auf eine Gesundheitspflegeversicherung, wobei die Kosten, die mit der bei Versicherungsvertragsabschluss bestehenden Krankheit oder Behinderung verbunden sind, unbeschadet der Anwendung des Artikels 205 von der Deckung ausgeschlossen werden dürfen. Die Prämie muss derjenigen entsprechen, die bei derselben Person eingefordert würde, wäre diese Person nicht chronisch krank oder handelte es sich nicht um eine Person mit Behinderung.

Unbeschadet der Anwendung der Artikel 58 und 61 hinsichtlich der Information in Bezug auf genetische Daten wird dem Versicherungsvertrag ein Dokument beigefügt, in dem die erwähnte Krankheit oder Behinderung und die von der Deckung ausgeschlossenen oder nur begrenzt gedeckten Kosten genau festgelegt werden. 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 einer Schlichtungsstelle vorgelegt, die vom König durch einen im Ministerrat beratenen Erlass eingerichtet wird.

Art. 207 - § 1 - Hauptversicherte informieren den Versicherer schriftlich, gegebenenfalls auf elektronischem Weg, über den Zeitpunkt, zu dem ein Mitversicherter aus dem Versicherungsvertrag ausscheidet, und über den neuen Wohnort dieses Mitversicherten.

Auf der Grundlage dieser Angaben unterbreitet der Versicherer dem Mitversicherten innerhalb von dreißig Tagen ein den Artikeln 203 und 204 entsprechendes Versicherungsangebot. Der Versicherer informiert den Mitversicherten darüber, dass das Angebot ebenfalls für seine Familienmitglieder gilt. Er kann sich nicht darauf berufen, dass der Risikofall bereits eingetreten ist.

Der Mitversicherte verfügt über eine Frist von sechzig Tagen, um das Versicherungsangebot schriftlich, gegebenenfalls auf elektronischem Weg, anzunehmen. Bei Ablauf dieser Frist verfällt das Recht, das Angebot anzunehmen.

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

Abschnitt 3 - Individuelle Weiterführung eines berufsgebundenen Krankenversicherungsvertrags

Gewährungsbedingungen

Art. 208 - § 1 - Außer wenn einer berufsgebundenen Versicherung angeschlossene Personen aus den in den Artikeln 59, 60, 69, 70, 72 und 79 erwähnten Gründen und im Allgemeinen bei Betrug den Anspruch auf den berufsgebundenen Krankenversicherungsvertrag verlieren, haben sie das Recht, diese Versicherung ganz oder teilweise individuell weiterzuführen, wenn sie den Anspruch auf die berufsgebundene Versicherung verlieren, dies ohne sich einer weiteren ärztlichen Untersuchung unterziehen oder einen neuen medizinischen Fragebogen ausfüllen zu müssen.

Zu diesem Zweck muss der betreffende Hauptversicherte während der letzten zwei Jahre vor Verlust des weiterzuführenden berufsgebundenen 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 berufsgebundene Versicherung informiert der Versicherungsnehmer oder bei Konkurs oder Liquidation der Konkursverwalter oder Liquidator des Versicherungsnehmers den Hauptversicherten schriftlich, gegebenenfalls auf elektronischem Weg, 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, gegebenenfalls auf elektronischem Weg, über ihre Absicht zu informieren, den berufsgebundenen 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, gegebenenfalls auf elektronischem Weg, darüber informiert, dass er beschließen kann, den berufsgebundenen Krankenversicherungsvertrag, auf den er den Anspruch verloren hat, individuell weiterzuführen. Haupt- und gegebenenfalls Mitversicherter verfügen über das Recht, diese Frist um dreißig Tage zu verlängern, unter der Bedingung, dass sie den Versicherer schriftlich, gegebenenfalls auf elektronischem Weg, darüber informieren. Über dieses Recht müssen sie gemäß Absatz 1 vom Arbeitgeber unterrichtet werden. In jedem Fall läuft diese Frist hundertfünf Tage ab Verlust des Anspruchs auf berufsgebundene Krankenversicherung ab.

Der Versicherer verfügt über eine Frist von fünfzehn Tagen, um den Haupt- und gegebenenfalls den Mitversicherten schriftlich, gegebenenfalls auf elektronischem Weg, ein den Artikeln 203 und 204 entsprechendes Versicherungsangebot zu unterbreiten. Er kann sich nicht darauf berufen, dass der Risikofall bereits eingetreten ist.

Gleichzeitig mit der Zusendung seines Angebots setzt der Versicherer den Haupt- und gegebenenfalls den Mitversicherten über die Deckungsbedingungen, 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 das Angebot schriftlich, gegebenenfalls auf elektronischem Weg, anzunehmen.

Haupt- und gegebenenfalls Mitversicherter verfügen über eine Frist von dreißig Tagen, um das Versicherungsangebot schriftlich, gegebenenfalls auf elektronischem Weg, 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 berufsgebundene 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 203 und 204 entsprechendes Versicherungsangebot zu unterbreiten. Er kann sich nicht darauf berufen, dass der Risikofall bereits eingetreten ist.

Der Mitversicherte verfügt über eine Frist von dreißig Tagen, um das Versicherungsangebot schriftlich, gegebenenfalls auf elektronischem Weg, 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 berufsgebundene Versicherung verliert.

Vom Versicherer zu erteilende Informationen

Art. 209 - § 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 211 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 211 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 211 unter Berücksichtigung des Alters des Haupt- oder Mitversicherten zum Zeitpunkt, zu dem er sich einer berufsgebundenen 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 zwischen der Prämie, die auf der Grundlage des zum Zeitpunkt der Ausübung des Rechts auf individuelle Weiterführung des Vertrags erreichten Alters berechnet wird, und der Prämie, die auf der Grundlage des Alters des Hauptversicherten zum Zeitpunkt seines Anschlusses bei der berufsgebundenen Versicherung berechnet wird. Die beim Hauptversicherten für den individuell weitergeführten Krankenversicherungsvertrag eingeforderte Prämie wird auch in diesem Fall in Abweichung von Artikel 211 unter Berücksichtigung des Alters des Hauptversicherten zum Zeitpunkt, zu dem er sich einer berufsgebundenen Versicherung angeschlossen hat, berechnet. Es obliegt dem Versicherungsnehmer zu beweisen, dass er die in § 1 erwähnte Information übermittelt hat.

Versicherungsschutz

Art. 210 - § 1 - Ein individuell weitergeführter Krankenversicherungsvertrag bietet mindestens einen Versicherungsschutz, der dem Versicherungsschutz des weitergeführten berufsgebundenen Krankenversicherungsvertrags entspricht.

Der Versicherungsschutz der individuellen Gesundheitspflegeversicherung gilt als gleichwertig, wenn folgende Bestandteile der berufsgebundenen 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 Kosten für ambulante Pflege im Zusammenhang mit dem Krankenhausaufenthalt, die innerhalb einer bestimmten Frist vor oder nach dem Krankenhausaufenthalt entstehen; sind diese Kosten gedeckt, beträgt diese Frist mindestens einen Monat vor und drei Monate nach dem Krankenhausaufenthalt,
4. schwere Krankheit: Übernahme oder Nichtübernahme von Kosten für ambulante Pflege im Zusammenhang mit schweren Krankheiten.

Der Versicherungsschutz der individuellen Arbeitsunfähigkeitsversicherung gilt als gleichwertig, wenn er wie die berufsgebundene Arbeitsunfähigkeitsversicherung die Zahlung des gleichen Prozentsatzes des erlittenen Einkommensverlusts oder des gleichen Festbetrags, der jedoch gegebenenfalls auf den erlittenen Einkommensverlust begrenzt ist, vorsieht. Die individuelle Arbeitsunfähigkeitsversicherung, durch die die berufsgebundene Arbeitsunfähigkeitsversicherung weitergeführt wird, gilt höchstens bis zum gesetzlichen Pensionsalter oder läuft früher aus, wenn das entsprechende Alter das normale Alter ist, in dem der Versicherte seine Berufstätigkeit vollständig und endgültig einstellt.

Der Versicherungsschutz der individuellen Invalidenversicherung gilt als gleichwertig, wenn er die Zahlung des gleichen Festbetrags oder einer Entschädigung, die auf der Grundlage der Parameter berechnet wird, die auch im Rahmen der berufsgebundenen Invalidenversicherung berücksichtigt werden, vorsieht.

Der Versicherungsschutz der individuellen Pflegeversicherung gilt als gleichwertig, wenn er wie die berufsgebundene Pflegeversicherung die Zahlung des gleichen Festbetrags oder der gleichen Entschädigung der infolge des vollständigen oder partiellen Autonomieverlusts entstandenen Kosten vorsieht.

§ 2 - Unbeschadet des Artikels 203 § 1 erfolgt die individuelle Weiterführung eines berufsgebundenen Krankenversicherungsvertrags ohne Auferlegung einer neuen Wartezeit. Der Versicherungsschutz kann nicht begrenzt und es kann kein Prämienzuschlag aufgrund der Entwicklung des Gesundheitszustands des Versicherten während der Laufzeit des berufsgebundenen Krankenversicherungsvertrags auferlegt werden.

Prämie

Art. 211 - 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 209 § 1,
2. [was die Gesundheitspflegeversicherung betrifft, die Angaben zur Bewertung der Risiken, wie sie bei Anschluss des Versicherten an den berufsgebundenen Gesundheitspflegeversicherungsvertrag bestanden und bewertet wurden und sofern der Versicherte ununterbrochen einem oder mehreren aufeinanderfolgenden Gesundheitspflegeversicherungsverträgen angeschlossen bleibt; für die anderen Krankenversicherungen die Angaben zur Bewertung des Risikos, wie sie bei Anschluss an den weitergeführten berufsgebundenen 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. 211 einziger Absatz Nr. 2 ersetzt durch Art. 79 des G. vom 29. Juni 2016 (B.S. vom 6. Juli 2016)]

KAPITEL 5 — Besondere Bestimmungen für bestimmte Versicherungsverträge, die die Rückzahlung des Kapitals eines Kredits garantieren

Art. 212 - § 1 - Der König kann auf gemeinsamen Vorschlag des Ministers und des für die Volksgesundheit zuständigen Ministers und nach Konsultation des Ausschusses für den Schutz des Privatlebens die Ausführungsbestimmungen für einen oder mehrere der folgenden Punkte festlegen:

1. in welchen Fällen und für welche Kreditarten beziehungsweise welche versicherten Beträge ein medizinischer Standardfragebogen auszufüllen ist,

2. worauf sich der medizinische Standardfragebogen bezieht, wobei er unter Einhaltung des Gesetzes vom 8. Dezember 1992 über den Schutz des Privatlebens hinsichtlich der Verarbeitung personenbezogener Daten und von Artikel 8 der Konvention zum Schutz der Menschenrechte und Grundfreiheiten vom 4. November 1950 zu erstellen ist,

3. wie Versicherer bei ihrer Entscheidung über die Gewährung der Versicherung und bei der Festlegung der Prämie dem Fragebogen Rechnung tragen,

4. in welchen Fällen Versicherer von Anwärter-Versicherten eine zusätzliche ärztliche Untersuchung verlangen dürfen, worauf sich diese Untersuchung bezieht und dass Anwärter-Versicherte ein Recht auf Mitteilung der Ergebnisse dieser Untersuchung haben,

5. in welcher Frist Versicherer Anwärter-Versicherten ihre Entscheidung über einen Versicherungsantrag mitteilen müssen, wobei die Gesamtbearbeitungsdauer für Immobiliendarlehensanträge bei Kreditinstituten und Versicherern fünf Wochen ab Eingang der vollständigen Akte nicht überschreiten darf,

6. wie Kreditinstitute bei der Kreditvergabe ebenfalls andere Sicherheiten als die Restschuldversicherung berücksichtigen,

7. unter welchen Bedingungen Anwärter-Versicherte, denen der Zugang zu einer Restschuldversicherung verweigert wird, sich an das in Artikel 217 § 1 erwähnte Tarifierungsbegleitbüro wenden können,

8. dass Versicherungsunternehmen und Kreditinstitute weitgehend und verständlich über das Bestehen dieses Restschuldversicherungsmechanismus für Personen mit erhöhtem Gesundheitsrisiko informieren müssen,

9. die Fälle, in denen eine eidesstattliche Erklärung über den Gegenstand des Versicherungsvertrags abgegeben werden muss.

In den unter Absatz 1 Nr. 7 erwähnten Bedingungen wird unter anderem bestimmt, nach wie vielen Verweigerungen seitens Versicherungsunternehmen ein Anwärter-Versicherter sich an das Tarifierungsbegleitbüro wenden kann und ab welcher Höhe Prämienvorschläge einer Versicherungsverweigerung gleichgesetzt werden.

§ 2 - Der König kann die Verwendung von medizinischen Fragebögen regeln oder verbieten.

Der König kann Fragen zum Gesundheitszustand von Versicherten festlegen, umformulieren oder verbieten. Er kann den Zeitraum beschränken, auf den sich eine Frage beziehen darf.

Der König kann die Versicherungssumme festlegen, unter der nur der medizinische Fragebogen verwendet werden darf.

§ 3 - Ungeachtet gegenteiliger, für Anwärter-Versicherte nachteiliger Klauseln ist der Versicherer verpflichtet, den für den Nachteil, der durch die Nichteinhaltung der aufgrund von § 1 erlassenen Bestimmungen entstanden ist, Schadenersatz zu leisten. Der dem Anwärter-Versicherten entstandene Nachteil gilt außer bei Beweis des Gegenteils als Folge der Nichteinhaltung der vorerwähnten Bestimmungen.

Art. 213 - Ein Versicherer, der einem Versicherungsnehmer eine Prämie vorschlägt, muss diese Prämie in eine Basisprämie und einen aufgrund des Gesundheitszustands des Versicherten angerechneten Prämienzuschlag unterteilen.

Beschließt ein Versicherer, die Versicherung zu verweigern oder ihre Gewährung aufzuschieben, bestimmte Risiken von der Deckung auszuschließen oder einen Prämienzuschlag aufzuerlegen, so muss er den Anwärter-Versicherungsnehmer brieflich auf deutliche und ausdrückliche Weise davon in Kenntnis setzen, wobei er die Gründe für seine Entscheidung mitteilt. Im selben Brief wird der Anwärter-Versicherungsnehmer darüber informiert, dass er unmittelbar oder über einen Arzt seiner Wahl den Arzt des Versicherers schriftlich kontaktieren kann, um die medizinischen Gründe zu erfahren, auf die der Versicherer seine Entscheidung gestützt hat. Weiter weist der Versicherer in diesem Brief unter Angabe der entsprechenden Kontaktinformationen auf das Bestehen des Tarifierungsbegleitbüros und der Schlichtungsstelle im Bereich der Restschuldversicherung hin.

Der Versicherer gibt an, ob die vorgeschlagene Prämie für die Anwendung des Solidaritätsmechanismus durch die in Artikel 220 erwähnte Ausgleichskasse in Frage kommt.

Art. 214 - Ein Versicherungsnehmer, der mit der vorgeschlagenen Prämie nicht einverstanden ist, teilt dies dem Versicherer mit. Der Versicherer leitet die gesamte Akte unverzüglich an den Rückversicherer weiter mit der Bitte um Neubewertung.

Der Rückversicherer entscheidet auf der alleinigen Grundlage der übermittelten Akte. Ein unmittelbarer Kontakt zwischen Rückversicherer einerseits und Versicherungsnehmer, Versichertem beziehungsweise behandelndem Arzt andererseits ist untersagt.

Der König kann diesbezüglich durch einen im Ministerrat beratenen Erlass vorsehen, dass der Rückversicherer die Vorschläge mit Bezug auf einen Prämienzuschlag nicht neu bewerten muss, wenn dieser Prämienzuschlag unter einem vom König festgelegten bestimmten Prozentsatz der Basisprämie liegt oder diesem Prozentsatz entspricht. Dieser vom König festzulegende Prozentsatz beträgt höchstens 25 Prozent.

Art. 215 - Entscheidet der Rückversicherer, einen niedrigeren Prämienzuschlag als den ursprünglich vom Versicherer festgelegten Prämienzuschlag anzuwenden, passt der Versicherer seinen Versicherungsvorschlag dementsprechend an.

Im gegenteiligen Fall bestätigt der Versicherer seinen ursprünglichen Vorschlag.

Art. 216 - Die Frist zwischen dem ursprünglichen Versicherungsantrag und der Mitteilung der Entscheidung darf fünfzehn Tage nicht überschreiten. Eine neue fünfzehntägige Frist setzt ein, sobald der Versicherer die in Artikel 214 erwähnte Weigerung zur Kenntnis genommen hat.

Art. 217 - § 1 - Der König richtet ein Tarifierungsbegleitbüro ein, das beauftragt ist, auf Antrag der zuerst handelnden Partei Vorschläge zu Prämienzuschlägen oder Versicherungsverweigerungen zu untersuchen.

Der König kann diesbezüglich vorsehen, dass das Tarifierungsbegleitbüro die Vorschläge zu Prämienzuschlägen nicht untersucht, wenn dieser Prämienzuschlag nicht einer Mindestquote der Basisprämie entspricht.

§ 2 - Das Tarifierungsbegleitbüro setzt sich zusammen aus zwei Mitgliedern, die die Versicherungsunternehmen vertreten, einem Mitglied, das die Verbraucher vertritt, und einem Mitglied, das die Patienten vertritt. Die Mitglieder werden vom König für einen Zeitraum von sechs Jahren ernannt.

Sie werden aus einer Liste mit je zwei Kandidaten gewählt, die von den Berufsvereinigungen der Versicherungsunternehmen und von den Vereinigungen, die die Interessen der Verbraucher und der Patienten vertreten, vorgelegt wird.

Ein unabhängiger Magistrat führt den Vorsitz des Tarifierungsbegleitbüros; er wird vom König für einen Zeitraum von sechs Jahren ernannt.

Der König legt die Entschädigungen fest, auf die der Präsident und die Mitglieder des Tarifierungsbegleitbüros ein Anrecht haben, und die Entschädigung von Sachverständigen.

Für jedes Mitglied [und für den Vorsitzenden] bestimmt der König ebenfalls ein Ersatzmitglied. Ersatzmitglieder werden wie ordentliche Mitglieder gewählt.

Die für Versicherungen und für Volksgesundheit zuständigen Minister können einen Beobachter in das Büro entsenden.

Das Tarifierungsbegleitbüro kann Sachverständige hinzuziehen; diese haben kein Stimmrecht.

§ 3 - Das Tarifierungsbegleitbüro überprüft, ob vorgeschlagene Prämienzuschläge oder Versicherungsverweigerungen in medizinischer und versicherungstechnischer Hinsicht objektiv und angemessen sind.

Das Büro kann unmittelbar vom Anwärter-Versicherungsnehmer, vom Versicherungsombudsmann oder von einem Mitglied des Tarifierungsbegleitbüros hinzugezogen werden.

Es macht innerhalb fünfzehn Werktagen ab Eingang der Akte einen zwingenden Vorschlag.

§ 4 - Die Ausgleichskasse trägt die Betriebskosten des Tarifierungsbegleitbüros gemäß den vom König festgelegten Modalitäten.

§ 5 - Der in [Artikel 302 § 1] erwähnte Ombudsdienst nimmt die Sekretariatsgeschäfte des Tarifierungsbegleitbüros wahr.

[Art. 217 § 2 Abs. 5 abgeändert durch Art. 88 Nr. 1 des G. vom 26. Oktober 2015 (30. Oktober 2015); § 5 abgeändert durch Art. 88 Nr. 2 des G. vom 26. Oktober 2015 (30. Oktober 2015)]

Art. 218 - Der in Teil 7 Titel 4 erwähnte Versicherungsausschuss ist mit der Beurteilung der Anwendung der Bestimmungen des vorliegenden Kapitels beauftragt. Zu diesem Zweck erstellt er alle zwei Jahre einen Bericht, den er dem König und der Abgeordnetenkammer übergibt. Er kann Sachverständige und Vertreter, die er bestimmt, für seine Arbeiten hinzuziehen.

Diesem Bericht liegt eine vom Föderalen Fachzentrum für Gesundheitspflege erstellte Studie bei, in der beurteilt wird, ob die von den Versicherern angewandten Tarife die Entwicklung der medizinischen Techniken und der Gesundheitspflege in Bezug auf die wichtigsten betroffenen Erkrankungen berücksichtigen.

Zugang zu Versicherungen zu den vom Tarifierungsbegleitbüro vorgeschlagenen Bedingungen

Art. 219 - § 1 - Das Tarifierungsbegleitbüro legt Bedingungen und Prämien fest, zu denen ein Anwärter-Versicherungsnehmer Zugang zu einer Lebensversicherung oder gegebenenfalls zu einer Invalidenversicherung als Sicherheit für einen Hypothekarkredit, einen Verbraucherkredit oder einen Berufskredit hat.

Das Büro überprüft seine Zugangsbedingungen und Prämien alle zwei Jahre unter Berücksichtigung der neuesten wissenschaftlichen Daten in Bezug auf Entwicklung des Todesfallrisikos oder gegebenenfalls des Invaliditätsrisikos und auf Wahrscheinlichkeit einer Verschlechterung der Gesundheit von Personen mit erhöhtem Risiko infolge ihres Gesundheitszustands.

§ 2 - Ein Versicherer, der einen Anwärter-Versicherungsnehmer ablehnt oder eine Prämie oder einen Selbstbehalt vorschlägt, die über der Prämie oder dem Selbstbehalt liegen, die aufgrund der vom Tarifierungsbegleitbüro vorgeschlagenen Tarifbedingungen anwendbar sind, teilt dem Anwärter-Versicherungsnehmer aus eigener Initiative Zugangsbedingungen und Tarife mit, die vom Tarifierungsbegleitbüro vorgeschlagen werden, und informiert ihn darüber, dass er sich eventuell an einen anderen Versicherer wenden kann.

Der Versicherer teilt schriftlich auf deutliche, ausdrückliche und unzweideutige Weise mit, aus welchen Gründen die Versicherung verweigert wird oder warum ein Prämienzuschlag oder ein erhöhter Selbstbehalt vorgeschlagen wird und wie dieser zusammengesetzt ist.

Art. 220 - § 1 - Der König erteilt unter den von Ihm bestimmten Bedingungen die Zulassung für eine Ausgleichskasse, die die Aufteilung der Last der Prämienzuschläge als Auftrag hat.

§ 2 - Der König billigt die Satzung und regelt die Aufsicht über die Tätigkeiten der Ausgleichskasse. Er gibt an, welche Akte im *Belgischen Staatsblatt* zu veröffentlichen sind. Wenn nötig richtet der König die Ausgleichskasse ein.

§ 3 - Versicherer, die Lebensversicherungen als Sicherheit für Hypothekarkredite anbieten, und Hypothekenkreditgeber sind gesamtschuldnerisch verpflichtet, an die Ausgleichskasse die zur Erfüllung deren Auftrags und zur Bestreitung der Betriebskosten erforderlichen Zahlungen zu tätigen.

Wenn die Ausgleichskasse vom König eingerichtet wird, werden die Regeln für die Berechnung der von den Versicherern und den Hypothekenkreditgebern zu tätigen Zahlungen jedes Jahr durch Königlichen Erlass festgelegt.

§ 4 - Die Zulassung wird entzogen, wenn die Ausgleichskasse nicht gemäß den Gesetzen, den Verordnungen oder ihrer Satzung handelt.

In diesem Fall kann der König alle geeigneten Maßnahmen ergreifen, um die Rechte der Versicherungsnehmer, der Versicherten und der Geschädigten zu wahren.

Die Ausgleichskasse bleibt während der Liquidation kontrollpflichtig.

Der König ernennt für die Liquidation einen besonderen Liquidator.

Schlichtungsstelle im Bereich der Restschuldversicherung

Art. 221 - Unbeschadet der Zuständigkeiten der Gerichtshöfe und Gerichte werden Streitsachen in Bezug auf die Anwendung der in Artikel 212 erwähnten Ausführungsmaßnahmen zunächst der in Artikel 206 Absatz 3 erwähnten Schlichtungsstelle vorgelegt.

Art. 222 - Ein Versicherer, der einen Prämienzuschlag von über 200 Prozent der Basisprämie anrechnet, muss dem Versicherungsnehmer den Standardversicherungsschutz anbieten.

Dieser Standardversicherungsschutz beläuft sich auf maximal 200.000 EUR, wenn der Anwärter-Versicherte den Hypothekarkredit allein aufnimmt. Gibt es einen Mitkreditnehmer, kann der Anwärter-Versicherte sich für denselben Betrag versichern lassen, jedoch begrenzt auf 50 Prozent des geliehenen Kapitals.

Der König kann den in vorliegendem Artikel erwähnten Betrag anpassen, um der Preisentwicklung Rechnung zu tragen.

Art. 223 - Ein Versicherer, der einen Prämienzuschlag anrechnet, der über einem in einem Prozentsatz der Basisprämie ausgedrückten Schwellenwert liegt, muss die Beteiligung der Ausgleichskasse beantragen.

Die Ausgleichskasse muss den Teil des Prämienzuschlags zahlen, der über diesem Schwellenwert liegt, wobei der Prämienzuschlag jedoch nicht über einem in einem Prozentsatz der Basisprämie ausgedrückten Höchstbetrag liegen darf.

Die Basisprämie entspricht der niedrigsten Prämie, die von dem Versicherungsunternehmen für eine Person gleichen Alters vorgeschlagen wird.

Der König legt diesen Schwellenwert und diesen Höchstbetrag im Hinblick auf die notwendige Solidarität mit den betreffenden Versicherungsnehmern fest, wobei dieser Schwellenwert jedoch nicht über 200 Prozent der Basisprämie liegen darf. Die in Artikel 218 erwähnte Beurteilung betrifft ebenfalls diesen Punkt.

Auf Antrag der Ausgleichskasse stellt der Versicherer eine Abschrift der Versicherungsakte zur Verfügung. Gegebenenfalls gibt er die erforderlichen Erläuterungen.

Art. 224 - Die Artikel 212 bis 223 gelten für Versicherungsverträge, die die Rückzahlung des Kapitals eines Hypothekarkredits besichern, der im Hinblick auf Umbau oder Erwerb der eigenen und einzigen Wohnung des Versicherungsnehmers aufgenommen wird.

Der König kann den Anwendungsbereich dieser Artikel auf andere Versicherungsverträge ausdehnen, die die Rückzahlung des Kapitals eines Kredits garantieren.

TEIL 5 — VERSICHERUNGSVERTRÄGE, DIE KEINE IN TEIL 4 ERWÄHNTEN LANDVERSICHERUNGSVERTRÄGE SIND

KAPITEL 1 — *Allgemeine Bestimmungen*

Art. 225 - Die Bestimmungen des vorliegenden Teils finden Anwendung auf durch belgisches Recht geregelte Versicherungsverträge. Diese Bestimmungen finden Anwendung auf Seeversicherungen und auf Versicherungen für die Beförderung auf dem Landweg, auf Flüssen und auf Kanälen, sofern nicht durch besondere Artikel davon abgewichen wird.

Sie sind nicht anwendbar auf Versicherungsverträge, die den Bestimmungen von Teil 4 unterliegen.

Art. 226 - Ein erwarteter Gewinn kann in den gesetzlich vorgesehenen Fällen versichert werden.

Art. 227 - Versicherungsvereinigungen auf Gegenseitigkeit unterliegen ihren Regelungen, den allgemeinen Rechtsgrundsätzen, den besonderen Gesetzesbestimmungen, die auf sie anwendbar sind, und den Bestimmungen des vorliegenden Teils, die mit Versicherungen auf Gegenseitigkeit nicht unvereinbar sind.

Vor Gericht werden sie durch ihre Direktoren vertreten.

KAPITEL 2 — *Personen, die einen Versicherungsvertrag abschließen können*

Art. 228 - Personen, die aufgrund eines Eigentumsrechts oder eines anderen dinglichen Rechts oder aufgrund einer Haftung in Zusammenhang mit einer Sache ein Interesse an deren Erhaltung haben, können sie versichern lassen.

Art. 229 - § 1 - Versicherungen können aufgrund einer General- oder einer Sondervollmacht oder selbst ohne Vollmacht für fremde Rechnung abgeschlossen werden. Im letztgenannten Fall werden die Folgen durch die Bestimmungen über die Geschäftsführung geregelt.

§ 2 - Wenn aus einem Versicherungsvertrag nicht hervorgeht, dass er für Rechnung eines Dritten abgeschlossen wurde, wird davon ausgegangen, dass der Versicherte ihn für sich selbst abgeschlossen hat.

Art. 230 - § 1 - Gläubiger können die Zahlungsfähigkeit ihrer Schuldner versichern lassen; außer bei gegenteiliger Vereinbarung kann der Versicherer den Anspruch auf Vorausklage geltend machen.

§ 2 - Pfändende Gläubiger oder Pfandgläubiger und bevorrechtigte Gläubiger und Hypothekengläubiger können die zur Begleichung ihrer Forderungen bestimmten Güter in ihrem eigenen Namen versichern lassen.

In diesem Fall tritt die aufgrund eines Schadensfalls zu entrichtende Entschädigung in Bezug auf diese Personen von Rechts wegen an die Stelle der versicherten Güter, die ihnen als Pfand dienen.

Art. 231 - Sind bewegliche Sachen versichert worden, wird der Versicherer durch die Zahlung der Entschädigung an den Versicherten von seinen Verpflichtungen entbunden, wenn kein Einspruch bei ihm erhoben worden ist.

Art. 232 - Die Bestimmungen der zwei vorhergehenden Artikel sind nur wirksam, sofern der Gläubiger - wäre der Verlust der gepfändeten, verpfändeten oder mit einer Hypothek belasteten Sachen oder der Sachen, für die ein Vorzugsrecht besteht, nicht erfolgt - bei der Festsetzung des Rangverhältnisses oder der Verteilung über einen günstigen Rang verfügt hätte.

KAPITEL 3 — *Verpflichtungen des Versicherers und des Versicherten*

Art. 233 - Verheimlichungen oder falsche Angaben des Versicherten, selbst ohne Bösgläubigkeit, führen zur Nichtigkeit des Versicherungsvertrags, wenn dadurch die Bewertung des Risikos derart niedrig ausfällt oder der Gegenstand der Versicherung derart geändert wird, dass der Versicherer den Vertrag nicht unter denselben Bedingungen abgeschlossen hätte, wenn er davon Kenntnis gehabt hätte.

Art. 234 - In allen Fällen, in denen ein Versicherungsvertrag ganz oder teilweise für nichtig erklärt wird, muss der Versicherer, wenn der Versicherte gutgläubig gehandelt hat, entweder die ganze Prämie oder den Teil davon, für den er keinem Risiko ausgesetzt war, zurückzahlen.

Im Fall von Artikel 236 Absatz 1 kann keine Gutgläubigkeit geltend gemacht werden.

Art. 235 - Wird ein Vertrag wegen arglistiger Täuschung, Betrugs oder Bösgläubigkeit für nichtig erklärt, behält der Versicherer die Prämie unbeschadet einer Strafverfolgung, falls dazu Anlass besteht.

Art. 236 - Versicherte Sachen, deren Gesamtwert bereits durch einen ersten Versicherungsvertrag gedeckt ist, können zugunsten derselben Person kein zweites Mal gegen dieselben Risiken versichert werden.

Versichert der erste Vertrag nicht den Gesamtwert, haften die Versicherer, die die nachfolgenden Verträge unterzeichnet haben, entsprechend der Reihenfolge des Datums der Verträge für den Restbetrag.

Alle am selben Tag unterzeichneten Versicherungsverträge gelten als gleichzeitig abgeschlossen.

Art. 237 - Ein Total- oder Teilverlust wird auf die verschiedenen Versicherungsverträge gleichen Datums im Verhältnis zu den Versicherungssummen und auf die verschiedenen Versicherungsverträge unterschiedlichen Datums im Verhältnis zum Wert, für den jeder haftet, verteilt.

Art. 238 - Aufeinanderfolgende Verträge zur Versicherung derselben Werte gegen dieselben Risiken und zugunsten derselben Personen sind jedoch wirksam:

1. wenn sie mit Zustimmung der betreffenden Versicherer abgeschlossen werden; der Verlust wird in diesem Fall verteilt, als ob beide Versicherungsverträge gleichzeitig abgeschlossen worden wären,

2. wenn der Versicherte unbeschadet seiner eigenen Verpflichtungen den ersten Versicherer von jeder zukünftigen Verpflichtung befreit.

In diesem letzten Fall muss der Verzicht dem Versicherer notifiziert werden und in der neuen Police vermerkt werden; ansonsten ist er nichtig.

Art. 239 - Der Versicherte kann die Versicherungsprämie versichern lassen.

Art. 240 - Verlust oder Schaden, den der Versicherte absichtlich oder durch grobes Verschulden verursacht hat, geht nicht zu Lasten des Versicherers; der Versicherer kann die Prämie sogar behalten beziehungsweise einfordern, wenn er bereits einem Risiko ausgesetzt war.

Art. 241 - Bei jeder Versicherung muss der Versicherte alles Nötige veranlassen, um Schaden vorzubeugen oder zu begrenzen; sobald ein Schaden entstanden ist, muss er den Versicherer davon in Kenntnis setzen; Vorhergehendes gilt zur Vermeidung eines Schadenersatzes, falls dazu Anlass besteht.

Kosten, die der Versicherte aufgewendet hat, um Schaden zu begrenzen, gehen zu Lasten des Versicherers, auch wenn die Summe dieser Kosten und des Schadens die Versicherungssumme übersteigt und die unternommenen Bemühungen erfolglos geblieben sind.

Dennoch können Gerichte und Schiedsrichter, wenn die Parteien sich an sie gewandt haben, diese Kosten herabsetzen oder ihre Zuerkennung sogar verweigern, wenn sie urteilen, dass die Kosten ganz oder teilweise unüberlegt aufgewendet wurden.

Art. 242 - Vorbehaltlich anderslautender Bestimmung haften Versicherer nicht für Verlust und Schaden, die unmittelbar durch die der Sache eigenen Mängel herbeigeführt worden sind.

Art. 243 - Außer bei gegenteiliger Vereinbarung sind weder Kriegsrisiken noch durch Aufruhr verursachter Verlust oder Schaden versichert.

Art. 244 - Bei jeder Versicherung wird die Entschädigung im Schadensfall entsprechend dem Wert der Sache zum Zeitpunkt des Schadensfalls bestimmt.

Wurde der versicherte Wert im Voraus durch Sachverständige, auf die die Parteien sich geeinigt haben, geschätzt, kann der Versicherer diese Schätzung außer im Fall von Betrug nicht beanstanden.

Der Wert einer Sache kann mit allen rechtlichen Mitteln bestimmt werden. Im Fall unzureichender Beweise kann der Richter den Versicherten sogar von Amts wegen zur Eidesleistung laden.

Art. 245 - In Fällen, in denen der Versicherungsvertrag den Wert der versicherten Sache nur teilweise deckt, gilt der Versicherte außer bei gegenteiliger Vereinbarung für den restlichen Wert selbst als Versicherer.

Art. 246 - Versicherer, die für einen Schaden aufgekommen sind, treten in alle Rechte ein, die der Versicherte aufgrund dieses Schadens Dritten gegenüber hat, und Versicherte haften für alle Handlungen, die die Rechte des Versicherers Dritten gegenüber berühren.

Bei Versicherungsverträgen, die aufgrund von Artikel 230 § 2 abgeschlossen werden dürfen, tritt der Versicherer, der die Entschädigung gezahlt hat, in die Klage des Gläubigers gegen den Schuldner ein.

Durch die Surrogation kann ein Versicherter, der nur teilweise entschädigt worden ist, auf keinen Fall benachteiligt werden; der Versicherte kann seinen Anspruch auf den Restbetrag geltend machen und hat diesbezüglich gemäß Artikel 1252 des Zivilgesetzbuches weiterhin Vorrang vor dem Versicherer.

Versicherer, die in Anwendung eines Versicherungsvertrags an einen Minderjährigen, Entmündigten oder anderen Handlungsunfähigen einen Betrag entrichten, zahlen diesen auf ein auf seinen Namen eröffnetes Konto ein, das unbeschadet des gesetzlichen Nutzungsrechts bis zur Volljährigkeit beziehungsweise bis zur Aufhebung der Entmündigung oder Handlungsunfähigkeit nicht verfügbar ist.

[So eingezahlte Beträge können aufgrund einer Sondergenehmigung des Friedensrichters auf Antrag des Vormunds oder des Vermögensbetreuers gemäß den Regeln freigegeben werden, die auf die in den Artikeln 410 § 1 Nr. 14 oder 499/7 § 2 des Zivilgesetzbuches erwähnten Fälle anwendbar sind.]

[Art. 246 Abs. 5 eingefügt durch Art. 89 des G. vom 26. Oktober 2015 (B.S. vom 30. Oktober 2015)]

Art. 247 - Versicherer haben ein Vorzugsrecht auf die versicherte Sache.

Dieses Vorzugsrecht muss nicht eingetragen werden. Es steht im Rang unmittelbar nach dem Vorzugsrecht der Gerichtskosten.

Es gilt ungeachtet der Modalitäten der Prämienzahlung nur für eine Summe, die zwei Jahresprämien entspricht.

Art. 248 - Versicherer können den Gegenstand der Versicherung jederzeit rückversichern lassen.

KAPITEL 4 — *Nachweis und Inhalt des Vertrags*

Art. 249 - Ungeachtet des Wertes des Vertragsgegenstands muss der Versicherungsvertrag schriftlich nachgewiesen werden.

Liegt jedoch der Ansatz eines schriftlichen Beweises vor, sind Zeugenbeweise zulässig.

Art. 250 - Dieselbe Police darf mehrere Versicherungen enthalten, die sich in Bezug auf die versicherten Sachen, den Prämienatz oder die Versicherer unterscheiden.

Art. 251 - In der Versicherungspolice sind angegeben:

1. Datum des Tages, an dem der Versicherungsvertrag abgeschlossen worden ist,
2. Name der Person, die für ihre Rechnung oder für Rechnung eines Dritten den Versicherungsvertrag abschließt,
3. Risiken, die der Versicherer auf sich nimmt, und Zeitpunkte, zu denen die Risiken beginnen und enden.

KAPITEL 5 — *Einige Fälle der Vertragsauflösung*

Art. 252 - Versicherungsverträge sind nicht wirksam, wenn die versicherte Sache dem Risiko nicht ausgesetzt wurde oder der Schaden zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses bereits bestand.

Art. 253 - Bei Konkurs des Versicherers und wenn das Risiko noch besteht, können Versicherte eine Sicherheitsleistung oder, in Ermangelung einer Sicherheitsleistung, die Kündigung des Vertrags verlangen.

Versicherer haben dasselbe Recht, wenn der Versicherte in Konkurs gerät.

Art. 254 - Außer bei gegenteiliger Vereinbarung laufen Versicherungsverträge bei Veräußerung der versicherten Sache von Rechts wegen zugunsten des neuen Eigentümers in Bezug auf alle Risiken, für die die Prämie zum Zeitpunkt der Veräußerung gezahlt war.

Außer bei gegenteiliger Vereinbarung in der Police laufen Versicherungsverträge ebenfalls zugunsten des neuen Eigentümers, wenn er in die Rechte und Pflichten des vorhergehenden Eigentümers gegenüber den Versicherern eingesetzt wurde oder wenn der Versicherungsvertrag in gegenseitigem Einvernehmen zwischen dem Versicherer und dem neuen Eigentümer weiterhin ausgeführt wird.

Art. 255 - Die Verpflichtungen eines Versicherers enden, wenn eine Handlung des Versicherten die Risiken durch die Änderung eines grundlegenden Umstands so verändert oder die Risiken so erhöht, dass der Versicherer den Versicherungsvertrag, hätte der neue Sachverhalt zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses bestanden, nicht oder nur unter anderen Bedingungen abgeschlossen hätte.

Versicherer, die einen Vertrag weiterhin ausgeführt haben, nachdem sie von der Änderung der Risiken erfahren haben, können diese Bestimmung nicht geltend machen.

KAPITEL 6 — *Verjährung*

Art. 256 - Klagen, die aus einer Versicherungspolice hervorgehen, verjähren in drei Jahren ab dem Ereignis, das sie begründet. Die Verjährung gegen Minderjährige, Entmündigte und andere Handlungsunfähige läuft nicht bis zum Tag der Volljährigkeit oder der Aufhebung der Entmündigung oder Handlungsunfähigkeit.

Im Fall einer Regressklage von Versicherten gegen Versicherer läuft die Frist jedoch erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Geschädigte Klage erheben, unabhängig davon, ob es sich um eine erste Schadenersatzklage oder um eine spätere Klage infolge der Verschlimmerung des Schadens oder infolge der Entstehung eines neuen Schadens handelt.

TEIL 6 — VERSICHERUNGSVERMITTLUNG UND VERTRIEB VON VERSICHERUNGEN

KAPITEL 1 — *Begriffsbestimmungen*

Art. 257 - Für die Anwendung des vorliegenden Teils ist zu verstehen unter:

1. "Vertriebsbeauftragtem":

a) natürliche Person, die der Leitung eines Versicherungs- oder Rückversicherungsvermittlers angehört, oder Angestellter eines solchen Vermittlers, die beziehungsweise der de facto die Verantwortung für die Tätigkeit der Versicherungs- und Rückversicherungsvermittlung trägt oder diese Tätigkeit kontrolliert,

b) natürliche Person, die in einem Versicherungsunternehmen de facto die Verantwortung für Personen trägt, die mit dem Vertrieb von Versicherungsprodukten beauftragt sind, oder solche Personen kontrolliert,

2. "Versicherungsmakler": Versicherungs- oder Rückversicherungsvermittler, der Versicherungsnehmer und Versicherungsunternehmen oder Versicherungsunternehmen und Rückversicherungsunternehmen in Kontakt bringt, ohne in der Wahl dieser Unternehmen gebunden zu sein,

3. "Versicherungsagent": Versicherungs- oder Rückversicherungsvermittler, der aufgrund eines oder mehrerer Abkommen oder einer oder mehrerer Vollmachten im Namen und für Rechnung eines einzigen Versicherungs- oder Rückversicherungsunternehmens oder mehrerer Versicherungs- oder Rückversicherungsunternehmen Tätigkeiten der Versicherungs- oder Rückversicherungsvermittlung ausübt,

4. "Versicherungsunteragent": ein anderer als der in den Nummern 2 und 3 erwähnte Versicherungs- oder Rückversicherungsvermittler, der unter der Verantwortung der in den Nummern 2 und 3 erwähnten Personen handelt,

5. "gebundenem Versicherungsagent": Versicherungsagent, der aufgrund eines oder mehrerer Abkommen oder einer oder mehrerer Vollmachten die Tätigkeit der Versicherungsvermittlung nur ausüben darf im Namen und für Rechnung:

- eines einzigen Versicherungsunternehmens oder

- mehrerer Versicherungsunternehmen, sofern die Versicherungsverträge dieser Unternehmen nicht miteinander konkurrieren

und er unter der vollen Verantwortung dieses beziehungsweise dieser Unternehmen für die sie jeweils betreffenden Versicherungsverträge handelt.

Im Sinne des vorliegenden Artikels gelten folgende Versicherungsverträge als "miteinander konkurrierende Verträge":

- Versicherungsverträge, die zur Tätigkeitsgruppe "Leben" gehören, die in Anlage I zum Königlichen Erlass vom 22. Februar 1991 zur Einführung einer allgemeinen Regelung über die Kontrolle der Versicherungsunternehmen erwähnt ist, sowie Versicherungsverträge, die unter den Versicherungszweigen Leben eingestuft sind, die in Anlage I der Richtlinie 2002/83/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 5. November 2002 über Lebensversicherungen und in Anlage II der Richtlinie 2009/138/EG erwähnt sind, und den Begriffsbestimmungen der Spar- oder Anlageversicherung entsprechen, so wie sie in Artikel 1 des Königlichen Erlasses vom 21. Februar 2014 über die Modalitäten für die Anwendung der Artikel 27 bis 28bis des Gesetzes vom 2. August 2002 über die Aufsicht über den Finanzsektor und die Finanzdienstleistungen auf die Versicherungsbranche erwähnt sind,

- Versicherungsverträge, die zur Tätigkeitsgruppe "Leben" gehören, die in Anlage I zum Königlichen Erlass vom 22. Februar 1991 zur Einführung einer allgemeinen Regelung über die Kontrolle der Versicherungsunternehmen erwähnt ist, sowie Versicherungsverträge, die unter den Versicherungszweigen Leben eingestuft sind, die in Anlage I

der Richtlinie 2002/83/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 5. November 2002 über Lebensversicherungen und in Anlage II der Richtlinie 2009/138/EG erwähnt sind, und die nicht den Begriffsbestimmungen der Spar- oder Anlageversicherung entsprechen, so wie sie in Artikel 1 des vorerwähnten Königlichen Erlasses vom 21. Februar 2014 erwähnt sind, sowie

- Versicherungsverträge, die zur Tätigkeitsgruppe "Nichtleben" gehören, wenn sie unter demselben Zweig im Sinne von Anlage I zum Königlichen Erlass vom 22. Februar 1991 zur Einführung einer allgemeinen Regelung über die Kontrolle der Versicherungsunternehmen, des Anhangs Teil A der Richtlinie 73/239/EWG des Rates vom 24. Juli 1973 zur Koordinierung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften betreffend die Aufnahme und Ausübung der Tätigkeit der Direktversicherung (mit Ausnahme der Lebensversicherung) oder des Anhangs I Teil A der Richtlinie 2009/138/EG eingestuft sind,

6. "IMD-Herkunftsmitgliedstaat":

a) wenn der Versicherungs- oder Rückversicherungsvermittler eine natürliche Person ist, der Mitgliedstaat, in dem diese Person ihren Wohnsitz hat und ihre Tätigkeit ausübt,

b) wenn der Versicherungs- oder Rückversicherungsvermittler eine juristische Person ist, der Mitgliedstaat, in dem diese Person ihren Sitz hat, oder, wenn sie gemäß dem für sie geltenden einzelstaatlichen Recht keinen Sitz hat, der Mitgliedstaat, in dem ihr Hauptverwaltungssitz liegt,

7. "IMD-Aufnahmemitgliedstaat": ein anderer Mitgliedstaat als der IMD-Herkunftsmitgliedstaat, in dem ein Versicherungs- oder Rückversicherungsvermittler eine Zweigniederlassung hat oder eine Tätigkeit im Rahmen der Dienstleistungsfreiheit ausübt,

8. "IMD-Behörden": Behörden im Sinne von Artikel 2 Nr. 11 der Richtlinie 2002/92/EG,

9. "dauerhaftem Datenträger": Medien, die es dem Kunden ermöglichen, an ihn persönlich gerichtete Informationen so zu speichern, dass diese während eines für den Informationszweck angemessenen Zeitraums abgerufen werden können, und die die unveränderte Wiedergabe der gespeicherten Daten ermöglichen;

dazu gehören insbesondere Disketten, CD-ROMs, DVDs und die Festplatten des Computers des Verbrauchers, auf denen elektronische Post gespeichert wird, jedoch nicht eine Website, es sei denn, diese Website entspricht den in der Begriffsbestimmung des dauerhaften Datenträgers enthaltenen Kriterien,

10. "Königlichem Erlass über die Wohlverhaltensregeln Niveau 1": den Königlichen Erlass vom 21. Februar 2014 über die Modalitäten für die Anwendung der Artikel 27 bis 28bis des Gesetzes vom 2. August 2002 über die Aufsicht über den Finanzsektor und die Finanzdienstleistungen auf die Versicherungsbranche,

11. "Königlichem Erlass über die Wohlverhaltensregeln Niveau 2": den Königlichen Erlass vom 21. Februar 2014 über die aufgrund des Gesetzes festgelegten Wohlverhaltensregeln und Regeln für die Bewältigung von Interessenkonflikten, was die Versicherungsbranche betrifft.

KAPITEL 2 — Allgemeine Bestimmungen

Art. 258 - Vorliegender Teil ist in nachstehenden Fällen nicht auf Versicherungs- und Rückversicherungsvermittler anwendbar:

1. wenn sie ihre Tätigkeiten ausschließlich ausüben, um Risiken ihres eigenen Unternehmens oder der Unternehmensgruppe, der sie angehören, zu versichern oder rückzuversichern,

2. wenn die Versicherungs- oder Rückversicherungsvermittlung sich auf Versicherungs- oder Rückversicherungsverträge bezieht, für die alle nachstehenden Bedingungen erfüllt sind:

a) Für den betreffenden Vertrag sind nur Kenntnisse der angebotenen Versicherungsdeckung erforderlich.

b) Bei dem Vertrag handelt es sich nicht um einen Lebensversicherungsvertrag.

c) Der Vertrag deckt keine Haftpflichtrisiken.

d) Die betreffende Person betreibt die Versicherungs- oder Rückversicherungsvermittlung nicht hauptberuflich.

e) Die Versicherung stellt eine Zusatzleistung zur Lieferung einer Ware beziehungsweise der Erbringung einer Dienstleistung durch einen beliebigen Anbieter dar, wenn mit der Versicherung Folgendes gedeckt wird:

- das Risiko eines Defekts, eines Verlusts oder einer Beschädigung von Gütern, die von dem betreffenden Anbieter geliefert werden, oder

- das Risiko einer Beschädigung oder eines Verlusts von Gepäck und andere Risiken im Zusammenhang mit einer bei dem betreffenden Anbieter gebuchten Reise, selbst wenn die Versicherung Lebensversicherungs- oder Haftpflichtrisiken deckt, vorausgesetzt, dass die Deckung zusätzlich zur Hauptversicherungsdeckung für Risiken im Zusammenhang mit dieser Reise gewährt wird.

f) Die Jahresprämie übersteigt nicht 500 EUR und der Vertrag hat eine Gesamtlaufzeit, eventuelle Verlängerungen inbegriffen, von höchstens fünf Jahren.

Art. 259 - Wer in einem in Belgien tätigen Versicherungsunternehmen als Vertriebsbeauftragter bestimmt ist, muss dieselben Anforderungen bezüglich der Fachkenntnisse, der Eignung und des beruflichen Leumunds erfüllen wie Versicherungsvermittler, so wie in Artikel 268 § 1 Nr. 1 und 2 und § 2 vorgesehen.

Andere Personen eines Versicherungsunternehmens, die in gleich welcher Weise Kundenkontakte pflegen, um Produkte ihres Unternehmens zum Verkauf anzubieten oder zu verkaufen, müssen die in Artikel 270 § 2 festgelegten Anforderungen in Sachen Fachkenntnisse erfüllen.

Art. 260 - Juristische und natürliche Personen, die Arbeitnehmer beschäftigen und als Versicherungs- oder Rückversicherungsvermittler eingetragen sind, bestimmen gemäß Artikel 261 einen Vertriebsbeauftragten. Der Vertriebsbeauftragte muss die in Artikel 268 § 1 Nr. 1 und 2 und § 2 erwähnten Anforderungen bezüglich der Fachkenntnisse, der Eignung und des beruflichen Leumunds erfüllen.

Andere Personen, die sich bei einem Versicherungs- oder Rückversicherungsvermittler direkt mit Versicherungs- oder Rückversicherungsvermittlung beschäftigen, insbesondere Personen, die zu diesem Zweck und in gleich welcher Weise Kundenkontakte pflegen, müssen die in Artikel 270 § 2 festgelegten Anforderungen in Sachen Fachkenntnisse erfüllen.

Art. 261 - Versicherungs- und Rückversicherungsvermittler und Versicherungsunternehmen bestimmen eine oder mehrere natürliche Personen als Vertriebsbeauftragte. Die Anzahl der Vertriebsbeauftragten wird der Struktur und den Tätigkeiten des Vermittlers oder Unternehmens angepasst. Der König legt diese Anzahl auf gemeinsamen Vorschlag des für Versicherungen zuständigen Ministers und des Ministers der Sozialen Angelegenheiten fest.

[**Art. 261bis** - Haben Versicherungsunternehmen Kenntnis von Sachverhalten, die Zweifel in Bezug auf die Einhaltung der durch vorliegendes Gesetz vorgesehenen Eintragungsbedingungen seitens eines Versicherungs- oder Rückversicherungsvermittlers aufkommen lassen, auf den sie zurückgreifen oder zurückgegriffen haben, teilen sie diese Sachverhalte der FSMA unverzüglich mit.

Sie informieren ebenfalls die FSMA, wenn ihnen bekannt ist, dass jemand als Versicherungs- oder Rückversicherungsvermittler auftritt, ohne in dem in vorliegendem Gesetz erwähnten Register eingetragen zu sein.]

[*Art. 261bis eingefügt durch Art. 90 des G. vom 26. Oktober 2015 (B.S. vom 30. Oktober 2015)*]

KAPITEL 3 — Eintragung

Abschnitt 1 — Allgemeine Bestimmungen

Art. 262 - § 1 - Versicherungs- oder Rückversicherungsvermittler, deren IMD-Herkunftsmitgliedstaat Belgien ist, dürfen die Tätigkeit der Versicherungs- oder Rückversicherungsvermittlung nicht ausüben, ohne vorher in dem von der FSMA geführten Register der Versicherungs- und Rückversicherungsvermittler eingetragen zu sein.

Unbeschadet der Bestimmungen von Artikel 266 § 2 dürfen Versicherungs- oder Rückversicherungsvermittler aus einem anderen IMD-Herkunftsmitgliedstaat als Belgien die Tätigkeit der Versicherungs- oder Rückversicherungsvermittlung in Belgien nicht ausüben, ohne vorher von der IMD-Behörde ihres Herkunftsmitgliedstaats als Versicherungs- oder Rückversicherungsvermittler eingetragen worden zu sein.

Versicherungs- oder Rückversicherungsvermittler, deren Wohnsitz oder Sitz in einem Land liegt, das nicht Mitglied des Europäischen Wirtschaftsraums ist, dürfen die Tätigkeit der Versicherungs- oder Rückversicherungsvermittlung in Belgien nicht ausüben, ohne vorher in dem von der FSMA geführten Register der Versicherungs- und Rückversicherungsvermittler eingetragen zu sein.

Das von der FSMA geführte Register der Versicherungs- und Rückversicherungsvermittler umfasst folgende Kategorien: "Versicherungsmakler", "Versicherungsagenten" und "Versicherungsunteragenten".

Versicherungs- und Rückversicherungsvermittler können nur in eine der vorerwähnten Kategorien eingetragen werden.

§ 2 - Versicherungs- und Rückversicherungsunternehmen, die eine Niederlassung in Belgien haben oder ihre Tätigkeit in Belgien ausüben, ohne sich dort niedergelassen zu haben, dürfen nicht auf Versicherungs- oder Rückversicherungsvermittler zurückgreifen, die nicht gemäß den Bestimmungen von § 1 eingetragen sind.

Greifen sie dennoch auf einen nicht eingetragenen Versicherungs- oder Rückversicherungsvermittler zurück, haften sie zivilrechtlich für Handlungen dieser Vermittler im Rahmen ihrer Versicherungs- oder Rückversicherungsvermittlungstätigkeit.

§ 3 - In Abweichung von den Bestimmungen von § 1 werden die in Artikel 68 des Gesetzes vom 26. April 2010 zur Festlegung verschiedener Bestimmungen im Bereich der Organisation der Zusatzkrankenversicherung (I) erwähnten Versicherungsvermittler in das vom KAK geführte Register eingetragen.

Der König bestimmt auf Stellungnahme des KAK die Modalitäten, gemäß denen die Eintragung in das Register erfolgen muss.

Die Königlichen Erlasse zur Ausführung des vorliegenden Paragraphen ergehen auf gemeinsamen Vorschlag des für Versicherungen zuständigen Ministers und des Ministers der Sozialen Angelegenheiten.

Art. 263 - Versicherungs- oder Rückversicherungsvermittler, die in die Kategorie "Versicherungsmakler" eingetragen werden möchten, legen ihrem Eintragungsantrag eine eidesstattliche Erklärung bei, aus der hervorgeht, dass sie ihre beruflichen Tätigkeiten außerhalb exklusiver Agenturverträge oder anderer rechtlicher Verpflichtungen ausüben, aufgrund deren sie ihre ganze Produktion oder einen bestimmten Teil davon bei einem Versicherungs- oder Rückversicherungsunternehmen oder mehreren Versicherungs- oder Rückversicherungsunternehmen, die derselben Gruppe angehören, platzieren müssten.

Unbeschadet der Gesetzesbestimmungen über die Unverletzlichkeit der Wohnung und den Schutz des Privatlebens darf die FSMA Untersuchungen durchführen, auch in Räumlichkeiten, in denen Versicherungs- oder Rückversicherungsvermittler ihre Tätigkeit ausüben, oder am Sitz der betreffenden Versicherungs- oder Rückversicherungsunternehmen, um die Richtigkeit dieser Erklärung zu überprüfen.

Änderungen der Angaben, auf die die in Absatz 1 erwähnte eidesstattliche Erklärung sich bezieht, müssen der FSMA unverzüglich mitgeteilt werden.

Art. 264 - § 1 - Versicherungsvermittler, die in der Kategorie der Versicherungsagenten eingetragen und vertraglich verpflichtet sind, in der Versicherungsbranche in Bezug auf nicht miteinander konkurrierende Versicherungsverträge ausschließlich mit einem Versicherungsunternehmen oder mit mehreren Versicherungsunternehmen zu arbeiten, sodass sie der Begriffsbestimmung eines gebundenen Versicherungsagenten entsprechen, notifizieren dies der FSMA. Sie teilen der FSMA ebenfalls Name und Adresse dieses/dieser Versicherungsunternehmen(s) sowie die betreffenden Tätigkeitsgruppen und die betreffenden Versicherungsbranche mit.

§ 2 - Versicherungsunternehmen notifizieren der FSMA Name(n) und Adresse(n) des/der gebundenen Versicherungsagenten, mit dem/denen sie zusammenarbeiten. Sie teilen der FSMA ebenfalls die betreffenden Tätigkeitsgruppen und die betreffenden Versicherungsbranche mit.

§ 3 - Änderungen an den in den Paragraphen 1 oder 2 erwähnten Angaben sind unverzüglich der FSMA mitzuteilen.

Art. 265 - Für die im vorliegenden Teil erwähnten Tätigkeiten darf zur Angabe der Versicherungs-, Rückversicherungstätigkeit oder Versicherungs- oder Rückversicherungsvermittlungstätigkeit niemand den Titel Versicherungsmakler, Versicherungsagent, Versicherungsunteragent oder Makler, Agent oder Unteragent führen, wenn er nicht im Register der Versicherungs- und Rückversicherungsvermittler in der Kategorie "Versicherungsmakler", "Versicherungsagenten" beziehungsweise "Versicherungsunteragenten" eingetragen ist.

Art. 266 - § 1 - In Belgien eingetragene Versicherungs- oder Rückversicherungsvermittler, die im Rahmen der Niederlassungs- oder der Dienstleistungsfreiheit erstmalig in einem anderen Mitgliedstaat tätig werden wollen, teilen dies der FSMA im Voraus mit. Im Register wird angegeben, in welchen Mitgliedstaaten die Vermittler aufgrund der Niederlassungs- oder der Dienstleistungsfreiheit tätig sind.

Innerhalb eines Monats nach dieser Notifizierung teilt die FSMA der IMD-Behörde des IMD-Aufnahmemitgliedstaats, der dies wünscht, diese Absicht mit und unterrichtet den betreffenden Vermittler über diese Notifizierung.

§ 2 - In einem anderen Mitgliedstaat als Belgien eingetragene Versicherungs- oder Rückversicherungsvermittler können ihre Tätigkeiten in Belgien entweder im Rahmen der Niederlassungs- oder der Dienstleistungsfreiheit aufnehmen, nachdem sie der IMD-Behörde ihres Herkunftsmitgliedstaats dies mitgeteilt haben und nachdem diese Behörde die FSMA gemäß den diesbezüglichen Bestimmungen des europäischen Rechts darüber unterrichtet hat. Die FSMA veröffentlicht die Liste dieser Versicherungs- und Rückversicherungsvermittler auf ihrer Website und sorgt auf der Grundlage der ihr zur Verfügung stehenden Angaben für ihre regelmäßige Aktualisierung.

In Absatz 1 erwähnte Versicherungs- und Rückversicherungsvermittler müssen bei der Ausübung ihrer Tätigkeiten die Gesetzes- und Verordnungsbestimmungen einhalten, die in Belgien aus Gründen des allgemeinen Interesses auf Versicherungs- und Rückversicherungsvermittler anwendbar sind. Die FSMA teilt diesen Versicherungs- und Rückversicherungsvermittlern mit, welche Bestimmungen ihres Wissens von allgemeinem Interesse sind.

§ 3 - In § 1 Absatz 2 erwähnte Versicherungs- und Rückversicherungsvermittler und in § 2 erwähnte Versicherungs- und Rückversicherungsvermittler können ihre Tätigkeiten in dem betreffenden IMD-Aufnahmemitgliedstaat frühestens einen Monat, nachdem sie von der IMD-Behörde ihres Herkunftsmitgliedstaats über die Notifizierung unterrichtet worden sind, aufnehmen.

Abschnitt 2 — Verfahren und Bedingungen

Art. 267 - § 1 - Eintragungsanträge werden der FSMA in den Formen und unter den Bedingungen, die vom König festgelegt werden, zugesandt. Antragsteller müssen in ihren Anträgen vermerken, in welche Kategorie sie eingetragen werden möchten, und den Versicherungszweig beziehungsweise die Versicherungszweige angeben, die in Anlage II zum Königlichen Erlass vom 22. Februar 1991 zur Einführung einer allgemeinen Regelung über die Kontrolle der Versicherungsunternehmen erwähnt sind, in dem beziehungsweise denen sie ihre Tätigkeiten ausüben.

Möchte ein Antragsteller die Versicherungs- oder Rückversicherungsvermittlung im Bereich der Arbeitsunfallversicherung, so wie im Gesetz vom 10. April 1971 über die Arbeitsunfälle oder im Gesetz vom 3. Juli 1967 über die Vorbeugung von oder den Schadenersatz für Arbeitsunfälle, Wegeunfälle und Berufskrankheiten im öffentlichen Sektor erwähnt, ausüben, muss er dies in seinem Antrag vermerken.

Antragsteller müssen ihrem Antrag die notwendigen Unterlagen beilegen, aus denen der Nachweis hervorgeht, dass sie alle Bedingungen erfüllen.

Unbeschadet der Bestimmungen von Artikel 268 können mehrere Antragsteller ihren Eintragungsantrag gemeinsam einreichen, wenn eine zentrale Einrichtung die Einhaltung ihrer in Artikel 268 erwähnten Verpflichtungen überprüft. Diese zentrale Einrichtung muss ein Versicherungsvermittler, ein Rückversicherungsvermittler, ein für die Ausübung von Versicherungstätigkeiten zugelassenes Versicherungsunternehmen, ein für die Ausübung der Rückversicherungstätigkeit zugelassenes Versicherungsunternehmen, [ein Versicherungsunternehmen, das der Gruppenaufsicht im Sinne von Buch II Titel V Kapitel III des Gesetzes vom 13. März 2016 unterliegt,] oder eine andere Einrichtung oder ein anderes Unternehmen sein, die beziehungsweise das die vom König auf Vorschlag der FSMA festgelegten Bedingungen erfüllt. In diesem Fall wird der Eintragungsantrag von der zentralen Einrichtung unter ihrer Verantwortung eingereicht. Für die Anwendung des vorliegenden Gesetzes wird die Akte dieser Antragsteller behandelt, als ob es sich um ein einziges Unternehmen handeln würde. Versicherungs- oder Rückversicherungsvermittler werden von Amts wegen aus dem Register gestrichen, wenn die zentrale Einrichtung die Rücknahme ihrer Eintragung beantragt.

Die FSMA beschließt innerhalb sechzig Tagen nach Erhalt des Antrags und der erforderlichen Unterlagen darüber, ob ein Antragsteller im Register in die von ihm gewünschte Kategorie eingetragen wird. Die FSMA notifiziert dem Antragsteller ihren Beschluss [...]. Im Falle einer Verweigerung muss die FSMA diese Verweigerung mit Gründen versehen. Änderungen der Angaben der im vorliegenden Paragraphen erwähnten Unterlagen müssen der FSMA unverzüglich mitgeteilt werden, unbeschadet des Rechts der FSMA, beim Betreffenden Informationen einzuholen oder Belege anzufordern.

Befindet ein Versicherungs- oder Rückversicherungsvermittler sich nicht mehr in den Umständen, die er in der in Artikel 263 Absatz 1 erwähnten eidesstattlichen Erklärung angegeben hat, wird er in eine andere Kategorie des Registers eingetragen.

§ 2 - Die Listen der eingetragenen Versicherungs- und Rückversicherungsvermittler werden auf der Website der FSMA veröffentlicht. Die FSMA sorgt auf der Grundlage der ihr zur Verfügung stehenden Angaben für eine regelmäßige Aktualisierung dieser Website. Die Liste der beim KAK eingetragenen Versicherungsvermittler ist über die Website der FSMA zugänglich.

Die Website gibt für alle Versicherungs- oder Rückversicherungsvermittler die für ihre Identifizierung erforderlichen Angaben, das Datum ihrer Eintragung, die Kategorie, in der sie eingetragen sind, gegebenenfalls das Datum ihrer Streichung und alle anderen Informationen an, die die FSMA für eine korrekte Information der Öffentlichkeit für zweckmäßig erachtet. Die FSMA und, was die in Artikel 68 des Gesetzes vom 26. April 2010 zur Festlegung verschiedener Bestimmungen im Bereich der Organisation der Zusatzkrankenversicherung (I) erwähnten Versicherungsvermittler betrifft, das KAK bestimmen die Bedingungen, unter denen die Angabe der Streichung eines Vermittlers von der Website entfernt wird.

[Art. 267 § 1 Abs. 4 abgeändert durch Art. 729 des G. vom 13. März 2016 (B.S. vom 23. März 2016); § 1 Abs. 5 abgeändert durch Art. 55 des G. vom 18. April 2017 (B.S. vom 24. April 2017)]

Art. 268 - § 1 - Damit Versicherungs- oder Rückversicherungsvermittler in das Register der Versicherungs- und Rückversicherungsvermittler eingetragen werden können und um die Eintragung aufrechterhalten zu können, müssen sie:

1. die erforderlichen Fachkenntnisse, so wie sie in Artikel 270 bestimmt sind, besitzen,
2. eine ausreichende Eignung und einen ausreichenden beruflichen Leumund besitzen,
3. über eine Berufshaftpflichtversicherung verfügen, die das gesamte Gebiet des EWR deckt.

Der Versicherungsvertrag enthält eine Klausel, die das Versicherungsunternehmen verpflichtet, bei Beendigung des Vertrags die FSMA davon in Kenntnis zu setzen.

Versicherungs- und Rückversicherungsvermittler sind jedoch von dieser Verpflichtung ihre Berufshaftpflicht zu versichern befreit, sofern sie für Rechnung und im Namen von Versicherungs- oder Rückversicherungsunternehmen oder anderen Versicherungs- und Rückversicherungsvermittlern, Kreditinstitute eingeschlossen, handeln, die diese Haftung übernehmen.

Der König legt auf Vorschlag der FSMA die Versicherungsbedingungen fest,

4. davon absehen, sich an Werbung für Versicherungs- oder Rückversicherungsverträge und an Abschluss und Erfüllung von Versicherungs- oder Rückversicherungsverträgen zu beteiligen, die offensichtlich den Vorschriften belgischen Rechts, die für diese Verträge selbst gelten, und/oder den Vorschriften belgischen Rechts, die in Bezug auf Angebot und Abschluss dieser Verträge gelten, zuwiderlaufen,

5. in Bezug auf ihre Tätigkeit der Versicherungs- oder Rückversicherungsvermittlung in Belgien die Zusammenarbeit auf Versicherungsunternehmen beschränken, die in Anwendung der relevanten belgischen Rechtsvorschriften über die Kontrolle für die Ausübung dieser Versicherungstätigkeiten in Belgien zugelassen sind, oder auf Rückversicherungsunternehmen, die in Anwendung der relevanten belgischen Rechtsvorschriften über die Kontrolle für die Ausübung dieser Rückversicherungstätigkeiten in Belgien zugelassen sind,

6. einem außergerichtlichen System der Beschwerdebearbeitung angeschlossen sein. Versicherungs- oder Rückversicherungsvermittler müssen entweder selbst einem solchen System angeschlossen sein oder Mitglied in einem Berufsverband sein, der einem solchen System angeschlossen ist. Sie müssen sich an der Finanzierung dieses Systems beteiligen und jeder Informationsanfrage Folge leisten, die sie über dieses System im Rahmen der Beschwerdebearbeitung erhalten,

7. gegebenenfalls die Bestimmungen der Artikel 273, 274 und 275 einhalten.

8. die Beiträge zu den Betriebskosten der FSMA zahlen, die gemäß Artikel 56 des Gesetzes vom 2. August 2002 festgelegt werden,

9. dem Gesetz vom 11. Januar 1993 zur Verhinderung der Nutzung des Finanzsystems zum Zwecke der Geldwäsche und der Terrorismusfinanzierung und der Erlasse zur Ausführung dieses Gesetzes genügen, sofern der betreffende Vermittler diesen Rechtsvorschriften unterliegt,

[10. der FSMA eine berufliche Anschrift für elektronische Post mitteilen, an die die FSMA rechtsgültig individuelle oder kollektive Mitteilungen richten kann, die sie in Ausführung des vorliegenden Gesetzes vornimmt.]

In Abweichung von den Bestimmungen von Absatz 1 Nr. 8 zahlen die in Artikel 68 des Gesetzes vom 26. April 2010 zur Festlegung verschiedener Bestimmungen im Bereich der Organisation der Zusatzkrankenversicherung (I) erwähnten Versicherungsvermittler ihren Beitrag zu den Betriebskosten des KAK.

§ 2 - Damit Versicherungs- und Rückversicherungsvermittler in das Register der Versicherungs- und Rückversicherungsvermittler eingetragen werden können und um die Eintragung aufrechterhalten zu können, dürfen sie sich nicht in einem der in [Artikel 20 des Gesetzes vom 25. April 2014] vorgesehenen Fälle befinden.

[Über sie darf [ebenso wenig vor weniger als zehn Jahren Konkurs eröffnet worden sein], es sei denn, sie wurden rehabilitiert. [...]]

§ 3 - Versicherungs- und Rückversicherungsvermittler und in den in Artikel 267 § 1 Absatz 4 erwähnten Fällen die zentrale Einrichtung müssen der FSMA gemäß den von ihr in einer Verordnung festgelegten Regeln - einschließlich in Sachen Periodizität - den Nachweis erbringen, dass die in den Paragraphen 1 und 2 vorgesehenen Bestimmungen eingehalten werden.

[Art. 268 § 1 Abs. 1 Nr. 10 eingefügt durch Art. 91 Nr. 1 des G. vom 26. Oktober 2015 (B.S. vom 30. Oktober 2015); § 2 Abs. 1 abgeändert durch Art. 91 Nr. 2 des G. vom 26. Oktober 2015 (B.S. vom 30. Oktober 2015); § 2 Abs. 2 eingefügt durch Art. 91 Nr. 3 des G. vom 26. Oktober 2015 (B.S. vom 30. Oktober 2015), selbst bedingt für nichtig erklärt durch Entscheid Nr. 43/2017 des Verfassungsgerichtshofes vom 30. März 2017 (B.S. vom 10. Mai 2017), und abgeändert durch Art. 56 Nr. 1 und 2 des G. vom 18. April 2017 (B.S. vom 24. April 2017)]

Art. 269 - Versicherungs- und Rückversicherungsvermittler mit der Eigenschaft einer juristischen Person werden jedoch nur eingetragen und behalten ihre Eintragung nur unter der Bedingung, dass:

1. die mit der tatsächlichen Leitung beauftragten Personen sich nicht in einem der in [Artikel 20 des Gesetzes vom 25. April 2014] aufgezählten Fälle befinden und über die notwendige Eignung und den notwendigen beruflichen Leumund, die in Artikel 270 erwähnten erforderlichen Fachkenntnisse und die entsprechende Erfahrung verfügen, um diese Funktion auszuüben,

2. die FSMA von der Identität der Personen, die direkt oder indirekt die Kontrolle über den Vermittler ausüben, in Kenntnis gesetzt worden ist und der Überzeugung ist, dass diese Personen unter Berücksichtigung der erforderlichen Gewährleistung einer gesunden und vorsichtigen Verwaltung die notwendigen Eigenschaften besitzen; Versicherungs- und Rückversicherungsvermittler setzen die FSMA von Änderungen in Bezug auf diese Kontrolle in Kenntnis.

[Über die in Absatz 1 Nr. 1 erwähnten Personen darf [ebenso wenig vor weniger als zehn Jahren Konkurs eröffnet worden sein], es sei denn, sie wurden rehabilitiert. [...]]

[Art. 269 Abs. 1 Nr. 1 abgeändert durch Art. 92 Nr. 1 des G. vom 26. Oktober 2015 (B.S. vom 30. Oktober 2015); Abs. 2 eingefügt durch Art. 92 Nr. 2 des G. vom 26. Oktober 2015 (B.S. vom 30. Oktober 2015), selbst bedingt für nichtig erklärt durch Entscheid Nr. 43/2017 des Verfassungsgerichtshofes vom 30. März 2017 (B.S. vom 10. Mai 2017), und abgeändert durch Art. 57 Nr. 1 und 2 des G. vom 18. April 2017 (B.S. vom 24. April 2017)]

Art. 270 - § 1 - Unter den in Artikel 268 Nr. 1 erwähnten erforderlichen Fachkenntnissen versteht man:

1. ausreichende Kenntnisse auf folgenden Gebieten:

A. technische Kenntnisse:

a) vorliegendes Gesetz und seine Ausführungserlasse und -verordnungen in Bezug auf die Vorschriften über die Information und die Vorschriften, die auf die Bedingungen von Versicherungsverträgen und auf den Abschluss solcher Verträge anwendbar sind, sowie wichtige Bestimmungen der europäischen Vorschriften in diesem Bereich,

b) Rechtsvorschriften über die aufsichtsrechtliche Kontrolle der Versicherungsunternehmen, sofern diese Rechtsvorschriften Einfluss auf den Abschluss von Versicherungsverträgen haben, einschließlich der wichtigen Bestimmungen der europäischen Vorschriften in diesem Bereich,

c) Rechtsvorschriften über die Marktpraktiken und den Verbraucherschutz,

d) Vorschriften, Technik und steuerliche Aspekte der verschiedenen Versicherungszweige,

e) Rechtsvorschriften über Geldwäsche, sofern der Versicherungs- oder Rückversicherungsvermittler dem Gesetz vom 11. Januar 1993 zur Verhinderung der Nutzung des Finanzsystems zum Zwecke der Geldwäsche und der Terrorismusfinanzierung unterliegt,

f) Wohlverhaltensregeln wie im vorliegenden Teil, dem Königlichen Erlass über die Wohlverhaltensregeln Niveau 1 und dem Königlichen Erlass über die Wohlverhaltensregeln Niveau 2.

B. Kenntnisse in Betriebswirtschaft:

a) Grundprinzipien der Buchhaltung,

b) Grundprinzipien des berufsbezogenen Steuer- und Sozialrechts,

2. praktische Erfahrung im Versicherungswesen, deren Dauer gemäß § 4 festgelegt wird. [Unbeschadet des Paragraphen 5 muss die praktische Erfahrung in ihrer Gesamtheit im Laufe eines Zeitraums von sechs Jahren vor dem Einreichungsdatum des Antrags auf Eintragung als Versicherungsvermittler und im Laufe eines Zeitraums von zehn Jahren vor dem Einreichungsdatum des Antrags auf Eintragung als Rückversicherungsvermittler gesammelt worden sein.]

Die FSMA bestimmt Struktur und Inhalt dieser praktischen Erfahrung und die Handlungen, die während des Zeitraums der Aneignung der praktischen Erfahrung unter Beaufsichtigung einer eingetragenen Person getätigt werden können.

§ 2 - 1. In Artikel 257 Nr. 4, Artikel 259 Absatz 2 und Artikel 260 Absatz 2 erwähnte Personen sind von den Kenntnissen auf den in § 1 Nr. 1 Unterteilung A Buchstabe b) und c) und Unterteilung B erwähnten Gebieten und von der in § 1 Nr. 2 festgelegten praktischen Erfahrung im Versicherungswesen befreit. Für diese Personen sind die in § 1 Nr. 1 Unterteilung A Buchstabe a) und d) erwähnten Kenntnisse auf Grundkenntnisse der Rechtsvorschriften über den Versicherungsvertrag und der Vorschriften, der Technik und der steuerlichen Aspekte der Versicherungsprodukte begrenzt, die sie zum Verkauf anbieten oder verkaufen. In Artikel 259 Absatz 1 und Artikel 260 Absatz 1 erwähnte Personen sind von den Kenntnissen auf den in § 1 Nr. 1 Unterteilung B erwähnten Gebieten befreit.

2. Rückversicherungsvermittler sind von den Kenntnissen auf den in § 1 Nr. 1 Unterteilung A Buchstabe a), c) und f) bestimmten Gebieten befreit.

3. Für Versicherungs- und Rückversicherungsvermittler, die ihre Tätigkeiten auf einen Versicherungszweig beziehungsweise mehrere Versicherungszweige, die in Anlage II zum Königlichen Erlass vom 22. Februar 1991 zur Einführung einer allgemeinen Regelung über die Kontrolle der Versicherungsunternehmen erwähnt sind, oder auf die gesetzliche Arbeitsunfallversicherung begrenzen, werden die in § 1 Nr. 1 Unterteilung A Buchstabe d) erwähnten technischen Kenntnisse auf den Versicherungszweig beziehungsweise die Versicherungszweige begrenzt, in dem oder denen sie ihre Tätigkeiten ausüben. Diese Begrenzung der Tätigkeit wird gegebenenfalls im Register angegeben.

§ 3 - Unter den in Artikel 269 Nr. 1 erwähnten erforderlichen Fachkenntnissen versteht man ausreichende Kenntnisse auf den in § 1 Nr. 1 Unterteilung B bestimmten Gebieten. Diese Kenntnisse sind ebenfalls erforderlich, wenn in vorerwähntem Artikel erwähnte Personen die Eigenschaft eines Vertriebsbeauftragten haben.

§ 4 - Der Nachweis der erforderlichen Fachkenntnisse wird erbracht von:

1. Inhabern eines der vom König aufgezählten Abschlusszeugnisse des Hochschulunterrichts, die eine praktische Erfahrung erworben haben, deren Dauer vom König festgelegt wird, aber nicht über zwei Jahren liegen darf. Für Rückversicherungsvermittler wird die Dauer der praktischen Erfahrung auf fünf Jahre festgelegt.

2. [Inhabern eines Abschlusszeugnisses der Oberstufe des Sekundarunterrichts, die eine Prüfung bestanden haben, die durch oder aufgrund eines Dekrets, von einer repräsentativen Berufsorganisation, einem Versicherungs- oder Rückversicherungsunternehmen, einem Versicherungs- oder Rückversicherungsvermittler oder einem Kreditinstitut organisiert wird und die dazu bestimmt ist, zu überprüfen, ob die Betroffenen über die vorerwähnten Fachkenntnisse verfügen. Die in vorliegender Bestimmung erwähnte Prüfung muss von der FSMA anerkannt sein. Die FSMA kann in einer Verordnung genauere Regeln festlegen, denen die organisierten Prüfungen entsprechen müssen. Die betreffenden Personen müssen ebenfalls eine praktische Erfahrung nachweisen, deren Dauer vom König festgelegt wird, aber nicht über zwei Jahren liegen darf. Für Rückversicherungsvermittler wird die Dauer der praktischen Erfahrung auf fünf Jahre festgelegt.]

Die Dauer dieser praktischen Erfahrung wird für Versicherungsvermittler, die keine Eintragung in das Register der Versicherungs- und Rückversicherungsvermittler in der Kategorie "Versicherungsmakler" beantragen, um die Hälfte verringert.

[Versicherungs- und Rückversicherungsunternehmen, Berufsorganisationen, Versicherungs- oder Rückversicherungsvermittler und Kreditinstitute teilen der FSMA Inhalt und Modalitäten der Prüfung mit, die sie gemäß Absatz 1 Nr. 2 organisieren. Die FSMA überprüft, ob die organisierten Prüfungen die aufgrund des vorliegenden Artikels erforderlichen Anforderungen erfüllen. Falls erforderlich kann die FSMA ihre Anerkennung zurückziehen.]

§ 5 - In Abweichung von § 4:

1. wird bei Personen, die aufgrund der durch Artikel 18 des Gesetzes vom 27. März 1995 über die Versicherungs- und Rückversicherungsvermittlung und den Vertrieb von Versicherungen festgelegten Übergangsbestimmungen in Sachen Fachkenntnisse, so wie er vor seiner Abänderung durch das Gesetz vom 22. Februar 2006 abgefasst war, im Register der Versicherungsvermittler eingetragen waren und die anschließend daraus weggelassen worden sind, die Befreiung von der Verpflichtung, einen Nachweis der erforderlichen Fachkenntnisse zu erbringen, beibehalten, wenn sie innerhalb fünf Jahren eine Wiedereintragung beantragen, ungeachtet der Kategorie des Registers, auf die sich der neue Antrag bezieht.

Wenn vorerwähnte Personen eine Wiedereintragung beantragen und ungeachtet des Zeitraums, der seit ihrer Weglassung aus dem Register verstrichen ist, brauchen sie zudem das in § 4 Absatz 1 Nr. 2 erwähnte Abschlusszeugnis der Oberstufe des Sekundarunterrichts nicht vorzulegen,

2. müssen nicht in Nr. 1 erwähnte Personen, die bereits im Register der Versicherungsvermittler eingetragen waren, aber anschließend daraus weggelassen worden sind, nicht nachweisen, dass sie den Anforderungen in Sachen Fachkenntnisse genügen, für die bereits bei der vorhergehenden Eintragung davon ausgegangen worden war, dass sie erfüllen, wenn sie innerhalb fünf Jahren eine Wiedereintragung beantragen und ungeachtet der Kategorie des Registers, auf die sich der neue Antrag bezieht.

Wenn vorerwähnte Personen eine Wiedereintragung beantragen und ungeachtet des Zeitraums, der seit ihrer Weglassung aus dem Register verstrichen ist, brauchen sie zudem das in § 4 Absatz 1 Nr. 2 erwähnte Abschlusszeugnis der Oberstufe des Sekundarunterrichts nicht vorzulegen.

Die im vorhergehenden Absatz bestimmten Abweichungen finden keine Anwendung, wenn die Weglassung aus dem Register auf eine Streichungsmaßnahme zurückzuführen ist, die wegen Nichterfüllen der Anforderungen in Sachen Fachkenntnisse getroffen wurde.

Die Bestimmungen der vorhergehenden Absätze sind auf Personen, die als Vertriebsbeauftragte bestimmt worden sind, entsprechend anwendbar.

§ 6 - [Versicherungsunternehmen und gegebenenfalls Versicherungs- und Rückversicherungsvermittler stehen für die in § 2 festgelegten ausreichenden Grundkenntnisse der in Artikel 259 Absatz 2 und Artikel 260 Absatz 2 erwähnten Personen ein. Das Vorhandensein dieser Grundkenntnisse wird durch eine Prüfung sichergestellt, die gemäß § 4 Absatz 3 von der FSMA anerkannt werden muss.]

§ 7 - Die in vorliegendem Artikel erwähnten Fachkenntnisse [...] sind Gegenstand regelmäßiger ergänzender Schulungen. Die FSMA ist für die Anerkennung dieser ergänzenden Schulungen zuständig.

§ 8 - In Abweichung von den Bestimmungen der Paragraphen 4, 6 und 7 können die Prüfungen in Bezug auf den Nachweis der erforderlichen Fachkenntnisse für Versicherungsvermittler, die in Artikel 68 des Gesetzes vom 26. April 2010 zur Festlegung verschiedener Bestimmungen im Bereich der Organisation der Zusatzkrankenversicherung (I) erwähnt sind, für ihre Vertriebsbeauftragten und ihr Personal mit Kundenkontakt sowie die Prüfungen in Bezug auf den Nachweis der erforderlichen Fachkenntnisse für Vertriebsbeauftragte und das Personal mit Kundenkontakt der Versicherungsgesellschaften auf Gegenseitigkeit, die in den Artikeln 43bis § 5 und 70 §§ 6, 7 und 8 des Gesetzes vom 6. August 1990 über die Krankenkassen und Krankenkassenlandesverbände erwähnt sind, vom Nationalen Krankenkassenkollegium, von einer der vorerwähnten Versicherungsgesellschaften auf Gegenseitigkeit oder einer Krankenkasse organisiert werden. Diese Prüfungen müssen vom KAK anerkannt sein. Das KAK legt die Kriterien fest, denen diese Prüfungen entsprechen müssen.

§ 9 - Der König kann auf Vorschlag der FSMA die Bestimmungen der vorhergehenden Paragraphen abändern, um sie in Übereinstimmung mit abgeänderten Gesetzes- oder Verordnungsbestimmungen im Bereich des Hochschul- oder Sekundarunterrichts zu bringen.

[Art. 270 § 1 einziger Absatz Nr. 2 Abs. 1 ergänzt durch Art. 93 des G. vom 26. Oktober 2015 (B.S. vom 30. Oktober 2015); § 4 Abs. 1 Nr. 2 ersetzt durch Art. 345 Nr. 1 des G. vom 4. April 2014 (B.S. vom 30. April 2014); § 4 Abs. 3 ersetzt durch Art. 345 Nr. 2 des G. vom 4. April 2014 (B.S. vom 30. April 2014); § 6 ersetzt durch Art. 345 Nr. 3 des G. vom 4. April 2014 (B.S. vom 30. April 2014); § 7 abgeändert durch Art. 345 Nr. 4 des G. vom 4. April 2014 (B.S. vom 30. April 2014)]

[Art. 270bis - In Artikel 270 § 4 Absatz 3 erwähnte Versicherungs- und Rückversicherungsunternehmen, Berufsorganisationen, Versicherungs- oder Rückversicherungsvermittler und Kreditinstitute, deren Ausbildungsprogramm vor dem vom König festgelegten Inkrafttreten des vorliegenden Artikels von der FSMA anerkannt worden ist, sind verpflichtet, der FSMA Inhalt und Modalitäten der Prüfung mitzuteilen, die sie gemäß Artikel 270 § 4 Absatz 1 Nr. 2 organisieren, und dies spätestens binnen sechs Monaten nach dem vorerwähnten Datum.]

[Art. 270bis eingefügt durch Art. 346 des G. vom 4. April 2014 (B.S. vom 30. April 2014)]

Art. 271 - Die betreffenden Versicherungsunternehmen erstatten der FSMA regelmäßig Bericht über die Ausführung der Bestimmung von Artikel 259 Absatz 1, indem sie ihr eine Namensliste der betreffenden Personen und eine Aufzeichnung aller späteren Änderungen an dieser Liste übermitteln.

Die betreffenden Versicherungs- und Rückversicherungsvermittler erstatten der FSMA regelmäßig Bericht über die Ausführung der Bestimmung von Artikel 260 Absatz 1, indem sie ihr eine Namensliste der verantwortlichen Personen und eine Aufzeichnung aller späteren Änderungen an dieser Liste übermitteln. Die FSMA trägt diese Personen mit Angabe der Eintragsnummer des Versicherungs- und Rückversicherungsvermittlers, der sie beschäftigt, in das Register ein. Artikel 267 ist entsprechend anwendbar.

In Bezug auf alle in Artikel 259 und Artikel 260 erwähnten Personen bewahrt der Arbeitgeber die Liste und die dazugehörigen Unterlagen auf und hält sie der FSMA zur Verfügung.

Abschnitt 3 — Zahlung der Prämie und der Versicherungsleistung

Art. 272 - Artikel 67 ist auf die Versicherungsvermittlung anwendbar, die in den Anwendungsbereich des vorliegenden Teils fällt.

KAPITEL 4 — Informationspflicht und andere Wohlverhaltensregeln

Abschnitt 1 — Vom Versicherungsvermittler zu erteilende Informationen

Art. 273 - § 1 - Vor Abschluss eines Versicherungsvertrags und nötigenfalls bei Änderung oder Erneuerung des Vertrags teilt der Versicherungsvermittler dem Kunden zumindest Folgendes mit:

1. seinen Namen und seine Anschrift,
2. in welches Register der Versicherungsvermittler eingetragen wurde, seine Eintragsnummer und, wenn keine Eintragsnummer vorliegt, auf welche Weise sich die Eintragung überprüfen lässt und gegebenenfalls die Kategorie, in die er eingetragen wurde,
3. Name und Anschrift des Versicherungsunternehmens, an dem er eine direkte oder indirekte Beteiligung von über 10 Prozent an den Stimmrechten oder am Kapital besitzt,
4. Name und Anschrift des Versicherungsunternehmens oder des Mutterunternehmens eines Versicherungsunternehmens, das eine direkte oder indirekte Beteiligung von über 10 Prozent an den Stimmrechten oder am Kapital des Versicherungsvermittlers besitzt,
5. Name und Anschrift der Instanz, bei der Kunden und andere Interessehabende Beschwerden über Versicherungsvermittler einreichen können,
6. Umstand, ob er jede Art von Rat in Bezug auf die dem Kunden angebotenen Versicherungsverträge erteilt, Außerdem teilt der Versicherungsvermittler dem Kunden in Bezug auf den angebotenen Vertrag Folgendes mit:
 1. dass er seinen Rat auf eine ausgewogene Untersuchung stützt, die den Bestimmungen von § 2 entspricht, oder
 2. dass er vertraglich verpflichtet ist, Versicherungsgeschäfte ausschließlich mit einem einzigen oder mehreren Versicherungsunternehmen zu tätigen; in diesem Fall teilt er dem Kunden auf Antrag auch Name und Anschrift dieses Versicherungsunternehmens beziehungsweise dieser Versicherungsunternehmen mit, oder
 3. dass er nicht vertraglich verpflichtet ist, Versicherungsgeschäfte ausschließlich mit einem einzigen oder mehreren Versicherungsunternehmen zu tätigen, und dass er seinen Rat nicht auf eine Verpflichtung zu einer ausgewogenen Untersuchung, die den Bestimmungen von § 2 entspricht, stützt; in diesem Fall teilt er dem Kunden auf Antrag auch Name und Anschrift des Versicherungsunternehmens beziehungsweise der Versicherungsunternehmen mit, mit dem oder denen er Versicherungsgeschäfte tätigt oder tätigen darf.

In den Fällen, in denen vorgesehen ist, dass die betreffende Information auf Antrag des Kunden zu erteilen ist, ist Letzterer von dem Recht, diese Information zu beantragen, in Kenntnis zu setzen.

§ 2 - Teilt der Versicherungsvermittler dem Kunden mit, dass er auf der Grundlage einer ausgewogenen Untersuchung berät, so ist er verpflichtet, seinen Rat auf eine Untersuchung einer hinreichenden Zahl von auf dem Markt angebotenen Versicherungsverträgen zu stützen, sodass er gemäß fachlichen Kriterien eine Empfehlung dahin gehend abgeben kann, welcher Versicherungsvertrag geeignet wäre, die Bedürfnisse des Kunden zu erfüllen.

§ 3 - Vor Abschluss eines spezifischen Versicherungsvertrags legt der Versicherungsvermittler, insbesondere anhand der vom Kunden gemachten Angaben, zumindest dessen Wünsche und Bedürfnisse fest und sorgt dafür, dass der dem Kunden angebotene Versicherungsvertrag diesen Wünschen und Bedürfnissen entspricht. Dabei gibt der Versicherungsvermittler die Gründe für jeden diesem Kunden zu einem bestimmten Versicherungsvertrag erteilten Rat genau an, falls er einen Rat erteilt. Diese Angaben sind der Komplexität des angebotenen Versicherungsvertrags anzupassen.

§ 4 - Die in den Paragraphen 1, 2 und 3 genannten Informationen brauchen bei der Versicherungsvermittlung in Bezug auf Großrisiken nicht erteilt zu werden.

Art. 274 - Versicherungsvermittler geben auf ihrem Briefpapier und in anderen von ihnen ausgehenden Unterlagen in Bezug auf ihre Tätigkeit der Versicherungsvermittlung und in ihrer Werbung ihre Eintragungsnummer im Register der Versicherungs- und Rückversicherungsvermittler an.

Auf Antrag des Kunden teilen sie ihm Art und Tragweite ihrer Befugnisse mit.

Die in Absatz 1 erwähnten verpflichteten Angaben werden in Bezug auf Versicherungsagenten durch die Namen aller Versicherungsunternehmen, in deren Namen und für deren Rechnung sie Tätigkeiten der Versicherungsvermittlung ausüben, und in Bezug auf Versicherungsunteragenten durch den Namen des Versicherungsvermittlers, für den sie handeln, ergänzt.

In Artikel 259 erwähnte Personen geben bei jedem Kundenkontakt den Namen des Versicherungsunternehmens an, für das sie direkt oder indirekt arbeiten. In Artikel 260 § 1 erwähnte Personen geben bei jedem Kundenkontakt den Namen des Versicherungs- oder Rückversicherungsvermittlers an, für den sie handeln.

Abschnitt 2 — Einzelheiten der Informationserteilung

Art. 275 - § 1 - Die den Kunden aufgrund der Artikel 273 und 274 zustehenden Informationen sind folgendermaßen zu erteilen:

- a) auf Papier oder auf einem anderen, dem Kunden zur Verfügung stehenden und zugänglichen dauerhaften Datenträger,
- b) in klarer, genauer und für den Kunden verständlicher Form,
- c) in einer der belgischen Amtssprachen oder in jeder anderen von den Parteien vereinbarten Sprache.

§ 2 - Ein anderer dauerhafter Datenträger als Papier darf nur dann für die Erteilung von Informationen an Kunden verwendet werden, wenn:

- a) die Erteilung der betreffenden Informationen über diesen Träger im Hinblick auf die Handelsgeschäfte, die zwischen dem Versicherungsvermittler und dem Kunden ausgeführt werden, angemessen ist und
- b) der Kunde vor die Wahl gestellt wird, ob er diese Informationen entweder auf Papier oder dem betreffenden anderen dauerhaften Datenträger erhalten möchte, und sich spezifisch für Letzteres entscheidet.

Für die Anwendung des vorliegenden Paragraphen wird die Informationserteilung auf elektronischem Wege für Handelsgeschäfte, die zwischen dem Versicherungsvermittler und dem Kunden durchgeführt werden oder werden sollen, als angemessen betrachtet, wenn der Kunde nachweislich über einen regelmäßigen Zugang zum Internet verfügt. Dies gilt als nachgewiesen, wenn der Kunde für die Ausführung dieser Handelsgeschäfte eine E-Mail-Adresse als Kommunikationsmittel angegeben hat.

§ 3 - Vorerwähnte Informationen dürfen auf Antrag des Kunden mündlich erteilt werden, wenn die Deckung unverzüglich in Kraft tritt. In diesen Fällen werden die Informationen dem Kunden unmittelbar nach Abschluss des Versicherungsvertrags gemäß den Bestimmungen von Absatz 1 erteilt.

§ 4 - Handelt es sich um einen Telefonverkauf, werden die dem Kunden erteilten Informationen in Anwendung der Bestimmungen des Gesetzes vom 24. August 2005 zur Umsetzung verschiedener Bestimmungen der Richtlinie über den Fernabsatz von Finanzdienstleistungen und der Datenschutzrichtlinie für elektronische Kommunikation mitgeteilt. In diesen Fällen werden die Informationen dem Kunden ebenfalls unmittelbar nach Abschluss des Versicherungsvertrags gemäß den Bestimmungen von Absatz 1 erteilt.

Abschnitt 3 — Vom Versicherungsunternehmen zu erteilende Informationen

Art. 276 - Die Bestimmungen von Artikel 273 § 1 Absatz 1 Nr. 5 und 6 und §§ 3 und 4 und von Artikel 275 sind entsprechend anwendbar auf Versicherungsunternehmen bei ihren direkten Kundenkontakten.

Abschnitt 4 — Andere Wohlverhaltensregeln

Art. 277 - § 1 - Versicherungsvermittler müssen ehrlich, redlich und professionell im bestmöglichen Interesse ihrer Kunden handeln. Von ihnen erteilte Informationen müssen redlich und eindeutig und dürfen nicht irreführend sein.

Versicherungsvermittler müssen bei ihrer Vermittlungstätigkeit die für Versicherungsunternehmen geltenden Wohlverhaltensregeln einhalten. Der König kann nach Stellungnahme der FSMA durch einen im Ministerrat beratenen Erlass für alle oder bestimmte Kategorien Versicherungsvermittler eine angepasste Version dieser Wohlverhaltensregeln vorsehen oder bestimmte dieser Regeln ganz oder teilweise für nicht anwendbar erklären, um den Eigenheiten ihrer Rolle Rechnung zu tragen.

§ 2 - Die Vermittlungstätigkeit von Versicherungsvermittlern beschränkt sich auf Versicherungsverträge, deren Hauptmerkmale sie selbst, ihre Vertriebsbeauftragten und die in Artikel 260 Absatz 2 erwähnten Personen, die sie beschäftigen, kennen und den Kunden erklären können.

Versicherungsunternehmen bieten lediglich Versicherungsverträge an, deren Hauptmerkmale ihre Vertriebsbeauftragten und die in Artikel 259 Absatz 2 erwähnten Personen, die sie beschäftigen, kennen und den Kunden erklären können.

§ 3 - Unbeschadet der Bestimmungen der Artikel 26 und 27 des Gesetzes vom 2. August 2002 ist der König befugt, nach Stellungnahme der FSMA durch einen im Ministerrat beratenen Erlass in Ausführung der Paragraphen 1 und 2 Wohlverhaltensregeln und Regeln zur Vorbeugung von Interessenkonflikten festzulegen, die von den Versicherungsvermittlern einzuhalten sind.

§ 4 - Der König kann nach Stellungnahme der FSMA durch einen im Ministerrat beratenen Erlass die anderen Bestimmungen des vorliegenden Gesetzes abändern, ergänzen, ersetzen oder aufheben, um deren Inhalt den im vorliegenden Artikel erwähnten Wohlverhaltensregeln anzupassen und deren Kohärenz mit diesen Regeln zu gewährleisten. Aufgrund dieser Ermächtigung ergangene Erlasse sind von Rechts wegen aufgehoben, wenn sie nicht binnen zwölf Monaten nach ihrer Veröffentlichung im *Belgischen Staatsblatt* durch Gesetz bestätigt worden sind.

Abschnitt 5 — Datenaufbewahrung

Art. 278 - § 1 - Versicherungsvermittler führen Aufzeichnungen über alle ihre Versicherungsvermittlungstätigkeiten, um der FSMA zu ermöglichen, sich zu vergewissern, dass der Versicherungsvermittler die Bestimmungen des vorliegenden Teils, des Königlichen Erlasses über die Wohlverhaltensregeln Niveau 1 und des Königlichen Erlasses über die Wohlverhaltensregeln Niveau 2 einhält und insbesondere, dass er seinen Verpflichtungen gegenüber seinen Kunden oder potenziellen Kunden nachkommt.

§ 2 - Die FSMA kann die Bestimmungen des vorliegenden Artikels durch eine Verordnung zur Ausführung der Artikel 49 § 3 und 64 des Gesetzes vom 2. August 2002 präzisieren.

Abschnitt 6 — Haftung

Art. 279 - § 1 - Versicherungsunternehmen, die mit gebundenen Versicherungsagenten zusammenarbeiten, haften unbeschränkt und vorbehaltlos für jede Handlung oder jedes Versäumnis dieser gebundenen Versicherungsagenten, wenn sie in ihrem Namen und für ihre Rechnung auftreten, sofern diese Handlung oder dieses Versäumnis Wohlverhaltensregeln betrifft, die im vorliegenden Teil, dem Königlichen Erlass über die Wohlverhaltensregeln Niveau 1 oder dem Königlichen Erlass über die Wohlverhaltensregeln Niveau 2 erwähnt sind. Gebundene Versicherungsagenten bleiben jedoch haftbar im Fall eines offensichtlichen Verstößes.

Versicherungsunternehmen achten darauf, dass die gebundenen Versicherungsagenten, mit denen sie zusammenarbeiten, die Eigenschaft angeben, in der sie handeln, bevor sie mit einem Kunden ins Geschäft kommen.

Versicherungsunternehmen sind verpflichtet, die Tätigkeiten der gebundenen Versicherungsagenten, mit denen sie zusammenarbeiten, zu kontrollieren.

§ 2 - Versicherungsagenten und -makler, die mit Versicherungsunteragenten zusammenarbeiten, haften unbeschränkt und vorbehaltlos für jede Handlung oder jedes Versäumnis dieser Versicherungsunteragenten, wenn sie für ihre Rechnung auftreten.

Versicherungsagenten und -makler achten darauf, dass die Versicherungsunteragenten, mit denen sie zusammenarbeiten, die Eigenschaft angeben, in der sie handeln, bevor sie mit einem Kunden ins Geschäft kommen.

Versicherungsagenten und -makler sind verpflichtet, die Tätigkeiten der Versicherungsunteragenten, mit denen sie zusammenarbeiten, zu kontrollieren.

TEIL 7 — ORGANISATION DER AUFSICHT

TITEL 1 — Organisation der Aufsicht und Zusammenarbeit zwischen Behörden

Art. 280 - § 1 - Sofern in vorliegendem Gesetz nicht ausdrücklich anders vorgesehen, gewährleistet die FSMA die Aufsicht über die Einhaltung der Bestimmungen des vorliegenden Gesetzes und seiner Ausführungserlasse und -verordnungen.

§ 2 - In Abweichung von § 1 ist das KAK mit der Aufsicht über die Einhaltung der Bestimmungen des vorliegenden Gesetzes und seiner Ausführungserlasse in Bezug auf Gesellschaften auf Gegenseitigkeit, die in den Artikeln 43bis § 5 und 70 §§ 6, 7 und 8 des Gesetzes vom 6. August 1990 über die Krankenkassen und Krankenkassenlandesverbände erwähnt sind, und auf Versicherungsvermittler, die in Artikel 68 des Gesetzes vom 26. April 2010 zur Festlegung verschiedener Bestimmungen im Bereich der Organisation der Zusatzkrankenversicherung (I) erwähnt sind, beauftragt.

Für die in vorliegendem Gesetz und seinen Ausführungserlassen vorgesehene Aufsichtsbefugnis und Disziplinalgewalt gegenüber den in Absatz 1 erwähnten Gesellschaften auf Gegenseitigkeit und Versicherungsvermittlern ist "FSMA" als "KAK" zu lesen, mit Ausnahme der Bestimmungen, die die Verordnungsbefugnis der FSMA begründen, und der Bestimmungen, für die das Gesetz selbst eine getrennte Regelung für die vom KAK ausgeübte Aufsicht vorsieht. Für Erlasse, die der König aufgrund des vorliegenden Gesetzes nach Stellungnahme der FSMA fassen muss, muss ebenfalls die Stellungnahme des KAK eingeholt werden, wenn vorgesehen ist, dass die in Absatz 1 erwähnten Gesellschaften auf Gegenseitigkeit und/oder Versicherungsvermittler in den Anwendungsbereich der betreffenden Königlichen Erlasse fallen.

Die FSMA und das KAK schließen ein Zusammenarbeitsabkommen, in dem unter anderem der Informationsaustausch und die einheitliche Anwendung des Gesetzes geregelt werden.

Art. 281 - Die FSMA ist beauftragt, in belgischen und ausländischen Versicherungsunternehmen, EWR-Versicherungsunternehmen ausgenommen, die Einhaltung der Regeln zu beaufsichtigen, die gemäß Artikel 45 § 1 Nr. 3 Buchstabe f) des Gesetzes vom 2. August 2002 eine loyale, gerechte und professionelle Behandlung der Interessenshabenden garantieren sollen.

Art. 282 - Im Hinblick auf die Gewährleistung einer wirksamen und aufeinander abgestimmten Aufsicht über die Versicherungsunternehmen verabschieden die Bank und die FSMA ein Protokoll, das sie auf ihrer jeweiligen Website veröffentlichen.

In diesem Protokoll werden die Modalitäten für die Zusammenarbeit zwischen der Bank und der FSMA festgelegt, und zwar in allen Fällen, in denen das Gesetz eine Stellungnahme, eine Konsultierung, eine Unterrichtung oder jede andere Form von Kontaktaufnahme zwischen den beiden Einrichtungen vorsieht, und in den Fällen, in denen eine Absprache zwischen den beiden Einrichtungen notwendig ist, um eine einheitliche Anwendung der Rechtsvorschriften zu gewährleisten.

Art. 283 - Stellt die FSMA bei ihrer Aufsicht über die Einhaltung der Bestimmungen von Teil 6 des vorliegenden Gesetzes Praktiken fest, die anderen Rechtsvorschriften vorliegendem Gesetz zuwiderlaufen, setzt sie die für diese Angelegenheiten zuständigen Behörden davon in Kenntnis. Ebenso informieren sie die FSMA, wenn ihre Dienste Verstöße gegen Gesetze, Erlasse oder Verordnungen feststellen, die von Unternehmen und Personen begangen wurden, die dem vorliegenden Gesetz unterliegen. Diese Informationen unterliegen dem Berufsgeheimnis, an das diese Behörden gebunden sind.

Art. 284 - [§ 1] - Im Hinblick auf eine ordnungsgemäße Anwendung des vorliegenden Gesetzes und seiner Ausführungserlasse und -verordnungen arbeitet die FSMA mit der Bank, [der EIOPA,] den zuständigen Behörden der Mitgliedstaaten des EWR, den zuständigen Behörden im Sinne von Artikel 2 Absatz 11 der Richtlinie 2002/92/EG und

den Behörden von Drittländern mit ähnlichen Aufgaben zusammen und kann sie gemäß den Bestimmungen der Artikel 75 und 77 §§ 1 und 2 des Gesetzes vom 2. August 2002 mit diesen Behörden vertrauliche Informationen austauschen.

[Die FSMA übermittelt der EIOPA unverzüglich alle Informationen, die für die Erfüllung ihrer Aufgaben gemäß der Verordnung (EU) Nr. 1094/2010 notwendig sind.

Die FSMA trägt bei der Erfüllung ihrer Aufgaben der Konvergenz der Aufsichtsinstrumente und -praktiken bei der Anwendung der gemäß der Richtlinie 2009/138/EG erlassenen Rechts- und Verwaltungsvorschriften Rechnung. Zu diesem Zweck:

a) beteiligt sich die FSMA an den Tätigkeiten der EIOPA und

b) unternimmt die FSMA alle Anstrengungen, die von der EIOPA gemäß Artikel 16 der Verordnung (EU) Nr. 1094/2010 veröffentlichten Leitlinien und Empfehlungen zu befolgen und gibt die Gründe an, wenn sie dies nicht tut.]

[§ 2 - Unbeschadet der anderen Rechte, die der FSMA im Rahmen ihrer Aufsichtstätigkeiten zuerkannt werden, darf die FSMA für Geschäfte, die in Belgien von einem Versicherungsunternehmen im Rahmen der Niederlassungs- und/oder Dienstleistungsfreiheit getätigt werden, bei den zuständigen Behörden des Herkunftsmitgliedstaates eines Versicherungsunternehmens Informationen über den Gesamtbetrag der Prämien, über Schadenersatzklagen und über Provisionen in Bezug auf diese Geschäfte anfordern.]

[Art. 284 § 1 nummeriert durch Art. 80 Nr. 1 und abgeändert durch Art. 80 Nr. 2 des G. vom 29. Juni 2016 (B.S. vom 6. Juli 2016); § 1 Abs. 2 und 3 eingefügt durch Art. 80 Nr. 3 des G. vom 29. Juni 2016 (B.S. vom 6. Juli 2016); § 2 eingefügt durch Art. 80 Nr. 4 des G. vom 29. Juni 2016 (B.S. vom 6. Juli 2016)]

Art. 285 - Beschwerden wegen Verstoß gegen das vorliegende Gesetz werden der FSMA von der Gerichts- oder Verwaltungsinstanz, bei der sie anhängig gemacht wurden, zur Kenntnis gebracht.

Strafverfolgungen wegen der in Absatz 1 erwähnten Verstöße müssen der FSMA auf Betreiben der Kanzlei des Strafgerichts, bei dem sie anhängig gemacht wurden, zur Kenntnis gebracht werden.

TITEL 2 — Ausübung der Aufsicht

KAPITEL 1 — Allgemeine Bestimmungen

Art. 286 - § 1 - Die FSMA bestimmt die Informationen, die Versicherer, Rückversicherungsunternehmen und Versicherungs- und Rückversicherungsvermittler erteilen müssen, damit überprüft werden kann, ob diese Versicherer, Unternehmen und Vermittler die auf sie anwendbaren Gesetzes- und Verordnungsbestimmungen einhalten. Die FSMA bestimmt ebenfalls Häufigkeit und Modalitäten der Berichterstattung.

§ 2 - Auf einfaches Verlangen der FSMA sind Versicherer, Rückversicherungsunternehmen und Versicherungs- und Rückversicherungsvermittler verpflichtet, der FSMA alle Informationen zu erteilen und Unterlagen zu übermitteln, die für die Ausübung ihrer Aufgaben erforderlich sind, und dies innerhalb der von der FSMA festgelegten Frist. Die in diesem Absatz erwähnten Informationen und Unterlagen müssen mindestens in der durch Gesetz oder Dekret auferlegten Sprache aufgesetzt werden.

Die FSMA kann vor Ort am belgischen Hauptsitz der Versicherer, Rückversicherungsunternehmen und Versicherungs- und Rückversicherungsvermittler oder bei ihren belgischen Zweigniederlassungen, Agenturen und Büros nach vorheriger Mitteilung an die zuständigen Behörden des Herkunftsmitgliedstaates des betreffenden Unternehmens, wenn es sich um ein EWR-Versicherungsunternehmen handelt, Inspektionen vornehmen und alle Daten, über die der Versicherer, das Rückversicherungsunternehmen und die Versicherungs- und Rückversicherungsvermittler verfügen, einsehen und eine Kopie von diesen Daten anfertigen.

Die FSMA kann bei den Zweigniederlassungen von belgischen Versicherern im Ausland nach vorheriger Mitteilung an die zuständigen Behörden der Mitgliedstaaten, wenn es sich um die Zweigniederlassung eines belgischen Versicherungsunternehmens in einem Mitgliedstaat des EWR handelt, die in Absatz 2 erwähnten Inspektionen vornehmen. Sie kann die zuständigen Behörden des Mitgliedstaates der Zweigniederlassung des belgischen Versicherungsunternehmens ebenso ersuchen, diese Inspektionen für ihre Rechnung durchzuführen.

Versicherungs- und Rückversicherungsvermittler sind verpflichtet, der FSMA auf einfaches Verlangen alle Informationen in Zusammenhang mit den Versicherungsverträgen in ihrem Besitz zu erteilen.

Die FSMA kann für die Ausführung des vorliegenden Artikels Personalmitglieder oder unabhängige, zu diesem Zweck bevollmächtigte Sachverständige beauftragen, die ihr Bericht erstatten.

§ 3 - Wenn auf einen Versicherer die Bestimmungen von Artikel 288 angewandt werden, kann die FSMA:

a) die Anforderung von Informationen oder Unterlagen und die in § 2 Absatz 1 und 2 erwähnte Inspektion vor Ort auf jedes in Belgien ansässige Unternehmen ausdehnen, über das der Versicherer allein, gemeinsam oder in Absprache mit anderen Versicherern in rechtlicher oder tatsächlicher Hinsicht die Kontrolle im Sinne von Buch II Titel II des Königlichen Erlasses vom 30. Januar 2001 zur Ausführung des Gesellschaftsgesetzbuches ausübt,

b) ebenso verfahren für die in Belgien ansässigen Unternehmen oder Organismen, die mit dem Versicherer eine Geschäftsführungsvereinbarung, eine Rückversicherungsvereinbarung oder eine andere Vereinbarung abgeschlossen haben, durch die die Geschäftsführung übertragen werden kann,

c) im Rahmen von internationalen Abkommen die in § 2 erwähnte Überprüfung auf die im Ausland ansässigen Zweigniederlassungen und Tochterunternehmen eines belgischen Versicherers ausdehnen. Die FSMA kann für die Anwendung des vorliegenden Buchstabens c) Vereinbarungen mit den ausländischen Behörden abschließen.

Diese Ausdehnung, die auf der Grundlage eines mit Gründen versehenen Beschlusses erfolgen muss, darf nur die Überprüfung der Erfüllung der Verbindlichkeiten des Versicherers gegenüber den Versicherungsnehmern, Versicherten, Begünstigten oder den an der Erfüllung des Versicherungsvertrags Interesse habenden Dritten bezwecken.

[Art. 286/1 - Wenn die Zulassung eines Versicherungsunternehmens widerrufen worden ist oder von Rechts wegen verfällt, kann die FSMA auf die von ihr bestimmte Art und Weise und zu Lasten des betreffenden Versicherungsunternehmens eine Bekanntmachung in Bezug auf den Widerruf oder den Verfall von Rechts wegen der Zulassung veröffentlichen, wenn sie der Ansicht ist, dass dies für die Wahrung der Rechte der Versicherungsnehmer, Versicherten, Angeschlossenen und/oder Begünstigten erforderlich ist. In dieser Bekanntmachung ist das Datum vermerkt, an dem der Widerruf oder der Verfall von Rechts wegen der Zulassung wirksam wird.

[Art. 286/1 eingefügt durch Art. 81 des G. vom 29. Juni 2016 (B.S. vom 6. Juli 2016)]

KAPITEL 2 — *Abhilfemaßnahmen*

Art. 287 - Unbeschadet der Anwendung von Artikel 22 verlangt die FSMA die Rücknahme oder die Änderung von Vertrags- oder Werbeunterlagen, bei denen sie feststellt, dass sie mit den durch oder aufgrund des Gesetzes vorgesehenen Bestimmungen nicht übereinstimmen.

Die FSMA informiert die Bank über die Fälle, in denen sie die Rücknahme oder die Änderung von Vertragsunterlagen gemäß Absatz 1 verlangt hat.

Art. 288 - § 1 - Stellt die FSMA fest, dass ein belgischer Versicherer oder ein ausländischer Versicherer, der kein EWR-Versicherungsunternehmen ist, die Bestimmungen des vorliegenden Gesetzes und seiner Ausführungserlasse und -verordnungen nicht einhält, fordert sie den Versicherer auf, innerhalb der von ihr bestimmten Frist der festgestellten Lage abzuweichen.

Die FSMA informiert die Bank über die Verstöße, die sie bei dem betreffenden Versicherungsunternehmen festgestellt hat.

§ 2 - Unbeschadet der anderen durch oder aufgrund des Gesetzes festgelegten Maßnahmen kann die FSMA, wenn nicht innerhalb der von ihr gemäß § 1 auferlegten Frist der festgestellten Lage abgeholfen worden ist, angemessene Maßnahmen ergreifen und insbesondere den Versicherern verbieten, neue Versicherungsverträge oder bestimmte Kategorien neuer Versicherungsverträge abzuschließen, wobei dieses Verbot bei ausländischen Versicherern nur Versicherungsverträge in Bezug auf in Belgien belegene Risiken oder eingegangene Verbindlichkeiten betrifft.

Die FSMA informiert die Bank über die Maßnahmen, die sie aufgrund des vorliegenden Paragraphen gegenüber Versicherungsunternehmen ergriffen hat.

§ 3 - Wenn die von der FSMA beabsichtigten Maßnahmen die Aussetzung oder das Verbot der direkten oder indirekten Ausübung der Tätigkeiten eines Versicherungsunternehmens zur Folge haben könnten, informiert die FSMA die Bank im Voraus über die von ihr beabsichtigten Maßnahmen.

Ab Erhalt dieser Information verfügt die Bank über eine Frist von zehn Tagen, um sich den beabsichtigten Maßnahmen zu widersetzen. Nach Ablauf der Frist von zehn Tagen wird davon ausgegangen, dass die Bank sich den beabsichtigten Maßnahmen nicht widersetzt.

Die Bank versieht ihren Beschluss, sich den beabsichtigten Maßnahmen zu widersetzen, mit Gründen und übermittelt ihn der FSMA mit allen zweckdienlichen Mitteln. Die Bank legt die Frist fest, innerhalb deren die beabsichtigten Maßnahmen nicht ausgeführt werden dürfen, ohne dass diese Frist dreißig Tage überschreiten darf. Diese Frist kann mit Zustimmung der FSMA verlängert werden.

In Ermangelung einer Einigung zwischen der Bank und der FSMA kann die Bank das in Artikel 36*bis* § 4 des Gesetzes vom 2. August 2002 erwähnte Schiedsverfahren einleiten. Falls die Bank dieses Verfahren einleitet, informiert sie die FSMA vor Ablauf der vorerwähnten Frist darüber.

Macht die Bank keinen Gebrauch von der in Absatz 2 oder Absatz 4 vorgesehenen Möglichkeit, kann die FSMA die beabsichtigten Maßnahmen in Anwendung von § 2 treffen.

§ 4 - Bei schwerem und systematischem Verstoß gegen die in Artikel 45 § 1 Absatz 1 Nr. 3 oder § 2 des Gesetzes vom 2. August 2002 erwähnten Regeln kann die Bank auf Antrag der FSMA die Zulassung gemäß dem Verfahren und den Regeln widerrufen, die in Artikel 36*bis* desselben Gesetzes festgelegt sind.

§ 5 - Die FSMA kann einen Versicherer, an den sie in Anwendung von § 1 eine Aufforderung richtet, anweisen, die Vermarktung oder bestimmte Formen der Vermarktung des betreffenden Versicherungsvertrags auf belgischem Staatsgebiet so lange auszusetzen, wie die betreffenden Gesetzes- oder Ordnungsbestimmungen nicht eingehalten werden. Die Aufforderung, die Vermarktung auszusetzen, kann sich auf die Vermarktung durch alle oder einen Teil der Personen beziehen, auf die die Versicherer, an die die FSMA die Aufforderung richtet, für die Vermarktung zurückgreifen. Versicherer, an die die Aufforderung gerichtet ist, müssen diese Aussetzung der Vermarktung unverzüglich allen Personen mitteilen, auf die sie zurückgreifen, um den betreffenden Versicherungsvertrag auf belgischem Staatsgebiet zu vermarkten, und auf die sich die Aussetzung der Vermarktung bezieht. Im Interesse der Nutzer von Finanzprodukten oder -dienstleistungen kann die FSMA diesen Beschluss bekannt machen. Die FSMA hebt die Aussetzung der Vermarktung auf, wenn nachgewiesen ist, dass die betreffenden Gesetzes- oder Ordnungsbestimmungen nun eingehalten werden.

Die FSMA informiert die Bank über die Maßnahmen, die sie aufgrund von Absatz 1 ergriffen hat.

§ 6 - Unbeschadet der Bestimmungen von Artikel 277 § 2 ist allein das KAK befugt, die im vorliegenden Artikel erwähnten Maßnahmen gegen die in den Artikeln 43*bis* § 5 und 70 §§ 6, 7 und 8 des Gesetzes vom 6. August 1990 über die Krankenkassen und Krankenkassenlandesverbände erwähnten Gesellschaften auf Gegenseitigkeit zu treffen.

Art. 289 - Wenn die zuständigen Behörden eines anderen Mitgliedstaates, in dem ein belgisches Versicherungsunternehmen eine Zweigniederlassung errichtet hat oder im Rahmen der Dienstleistungsfreiheit Tätigkeiten ausübt, die FSMA davon in Kenntnis setzen, dass dieses Unternehmen gegen die in diesem Mitgliedstaat anwendbaren Gesetzes-, Ordnungs- oder Verwaltungsbestimmungen, deren Einhaltung diese Behörden beaufsichtigen und die in Belgien in den Zuständigkeitsbereich der FSMA fallen, verstoßen hat, ergreift die FSMA schnellstmöglich die geeignetsten Maßnahmen, wie in Artikel 288 vorgesehen, damit das betroffene Unternehmen diesen Unregelmäßigkeiten ein Ende setzt. Die FSMA bringt dies den vorerwähnten Behörden zur Kenntnis.

Art. 290 - Unbeschadet der möglichen Anwendung von Artikel 288 § 5 kann die FSMA in äußerst dringenden Fällen die in den Artikeln 288 und 289 erwähnten Maßnahmen ergreifen, ohne vorab eine Frist aufzuerlegen, innerhalb deren der Lage abzuweichen ist.

Art. 291 - § 1 - Stellt die FSMA fest, dass ein EWR-Versicherungsunternehmen in Belgien geltende Gesetzes- und Ordnungsbestimmungen, die in ihren Zuständigkeitsbereich fallen, nicht einhält, fordert sie das Versicherungsunternehmen auf, innerhalb der von ihr bestimmten Frist der festgestellten Lage abzuweichen.

Die FSMA informiert die Bank über die Verstöße, die sie bei dem betreffenden EWR-Versicherungsunternehmen festgestellt hat.

§ 2 - Ist nach Ablauf der von der FSMA gemäß § 1 auferlegten Frist keine Abhilfe geschaffen worden, so setzt die FSMA die zuständigen Behörden des Herkunftsmitgliedstaates des EWR-Versicherungsunternehmens davon in Kenntnis.

Bei fortdauerndem Verstoß kann die FSMA, nachdem sie die zuständigen Behörden des Herkunftsmitgliedstaates des EWR-Versicherungsunternehmens davon in Kenntnis gesetzt hat, geeignete Maßnahmen ergreifen, um weiteren Unregelmäßigkeiten vorzubeugen. Sofern die Umstände dies erforderlich machen, kann die FSMA diesem Versicherungsunternehmen insbesondere untersagen, weitere Versicherungsverträge oder bestimmte Kategorien von Versicherungsverträgen abzuschließen, die in Belgien belegene Risiken oder eingegangene Verbindlichkeiten betreffen.

Die FSMA informiert die Bank über die Maßnahmen, die sie in Anwendung von Absatz 2 ergriffen hat.

[Darüber hinaus darf die FSMA gemäß Artikel 19 der Verordnung (EU) Nr. 1094/2010 die EIOPA mit der Angelegenheit befassen und um Unterstützung bitten. In diesem Fall darf die EIOPA im Rahmen der ihr durch diesen Artikel übertragenen Befugnisse tätig werden.]

§ 3 - Die FSMA kann ein EWR-Versicherungsunternehmen, an das sie in Anwendung von § 1 eine Aufforderung richtet, ebenfalls anweisen, die Vermarktung oder bestimmte Formen der Vermarktung des betreffenden Versicherungsvertrags auf belgischem Staatsgebiet so lange auszusetzen, wie die betreffenden Gesetzes- oder Verordnungsbestimmungen nicht eingehalten werden. Die Aufforderung, die Vermarktung auszusetzen, kann sich auf die Vermarktung durch alle oder einen Teil der Personen beziehen, auf die die EWR-Versicherungsunternehmen, an die die FSMA die Aufforderung richtet, für die Vermarktung zurückgreifen. EWR-Versicherungsunternehmen, an die die Aufforderung gerichtet ist, müssen diese Aussetzung der Vermarktung unverzüglich allen Personen mitteilen, auf die sie zurückgreifen, um den betreffenden Versicherungsvertrag auf belgischem Staatsgebiet zu vermarkten, und auf die sich die Aussetzung der Vermarktung bezieht. Im Interesse der Nutzer von Finanzprodukten oder -dienstleistungen kann die FSMA diesen Beschluss bekannt machen. Die FSMA hebt die Aussetzung der Vermarktung auf, wenn nachgewiesen ist, dass die betreffenden Gesetzes- oder Verordnungsbestimmungen nun eingehalten werden.

Die FSMA informiert die Bank und die zuständigen Behörden des Herkunftsmitgliedstaates des EWR-Versicherungsunternehmens über die Maßnahmen, die sie aufgrund von Absatz 1 ergriffen hat.

§ 4 - Unbeschadet der Anwendung der Paragraphen 1, 2 oder 3 kann die FSMA in dringenden Fällen geeignete Maßnahmen ergreifen, um dem Verstoß gegen Regeln vorzubeugen, die auf EWR-Versicherungsunternehmen Anwendung finden und die in ihren Zuständigkeitsbereich fallen. Die FSMA kann Versicherungsunternehmen insbesondere untersagen, weitere Versicherungsverträge oder bestimmte Kategorien von Versicherungsverträgen abzuschließen, die in Belgien belegene Risiken oder eingegangene Verbindlichkeiten betreffen.

Die FSMA informiert die Bank und die zuständigen Behörden des Herkunftsmitgliedstaates des Versicherungsunternehmens sofort über die Maßnahmen, die sie ergriffen hat.

§ 5 - Die FSMA kann auf Antrag der in dieser Angelegenheit zuständigen belgischen Behörden die vorhergehenden Paragraphen auf ein EWR-Versicherungsunternehmen anwenden, wenn dieses Unternehmen in Belgien Handlungen vorgenommen hat, die den Gesetzes- oder Verordnungsbestimmungen allgemeinen Interesses, so wie sie in Artikel 15 erwähnt sind, zuwiderlaufen.

[§ 6 - Die FSMA unterrichtet die Europäische Kommission und die EIOPA über Anzahl und Art der Fälle, die zu Maßnahmen gemäß den Paragraphen 2 und 4 geführt haben.]

[Art. 291 § 2 Abs. 4 eingefügt durch Art. 82 Nr. 1 des G. vom 29. Juni 2016 (B.S. vom 6. Juli 2016); § 6 eingefügt durch Art. 82 Nr. 2 des G. vom 29. Juni 2016 (B.S. vom 6. Juli 2016)]

Art. 292 - § 1 - Stellt die FSMA fest, dass ein Versicherungs- oder Rückversicherungsvermittler die Bestimmungen [von Teil 6] des vorliegenden Gesetzes oder seiner Ausführungserlasse und -verordnungen mit Ausnahme der Artikel 273, 275 und 277 nicht einhält, stellt sie diese Nichteinhaltung fest und gibt sie die Frist an, innerhalb deren der festgestellten Lage abgeholfen werden muss.

Sie kann für die Dauer dieser Frist die Ausübung der Tätigkeit des Versicherungs- oder Rückversicherungsvermittlers ganz oder teilweise verbieten und die Eintragung im Register aussetzen.

Stellt die FSMA bei Ablauf der von ihr gemäß Absatz 1 festgelegten Frist fest, dass der Nichteinhaltung nicht abgeholfen worden ist, streicht sie die Eintragung des betreffenden Versicherungs- oder Rückversicherungsvermittlers.

Die Streichung hat das Verbot der Ausübung der reglementierten Tätigkeit und der Führung des betreffenden Titels zur Folge.

§ 2 - Stellt die FSMA fest, dass ein Versicherungs- oder Rückversicherungsvermittler die Bestimmungen von Artikel 268 § 1 Nr. 3, 6 und 8 nicht einhält, fordert sie ihn in Abweichung von den Bestimmungen von § 1 auf, der Nichteinhaltung innerhalb eines Monats ab dem Datum der Aufforderung abzuwehren.

Wurde in den in Absatz 1 erwähnten Fällen der Nichteinhaltung nach der einmonatigen Frist nicht abgeholfen und im Falle der Konkursöffnung über den Versicherungs- oder Rückversicherungsvermittler verfällt die Eintragung des Versicherungs- oder Rückversicherungsvermittlers im Register von Amts wegen. Die FSMA setzt den betreffenden Versicherungs- oder Rückversicherungsvermittler davon in Kenntnis.

§ 3 - Stellt die FSMA fest, dass ein Versicherungs- oder Rückversicherungsvermittler [die Bestimmungen des vorliegenden Gesetzes mit Ausnahme von Teil 6 und/oder seiner Ausführungserlasse und -verordnungen nicht einhält, oder dass ein Versicherungs- oder Rückversicherungsvermittler] die Bestimmungen der Artikel 273, 275 und 277 und/oder seiner Ausführungserlasse und -verordnungen nicht einhält, stellt sie diese Nichteinhaltung fest und gibt die Frist an, innerhalb deren der festgestellten Lage abgeholfen werden muss.

Sie kann für die Dauer dieser Frist die Ausübung der Tätigkeit des Versicherungs- oder Rückversicherungsvermittlers ganz oder teilweise verbieten und die Eintragung im Register aussetzen.

Unbeschadet der anderen durch oder aufgrund des Gesetzes vorgesehenen Maßnahmen kann die FSMA, wenn der festgestellten Lage nicht innerhalb der von ihr gemäß Absatz 1 auferlegten Frist abgeholfen worden ist, in Bezug auf diesen Versicherungs- oder Rückversicherungsvermittler die in Artikel 36bis § 2 des Gesetzes vom 2. August 2002 erwähnten Maßnahmen ergreifen.

Stellt die FSMA bei Ablauf der von ihr gemäß Absatz 1 festgelegten Frist fest, dass der Nichteinhaltung nicht abgeholfen worden ist, kann sie die Eintragung des betreffenden Versicherungs- oder Rückversicherungsvermittlers streichen.

Die Streichung hat das Verbot der Ausübung der reglementierten Tätigkeit und der Führung des betreffenden Titels zur Folge.

[Art. 292 § 1 Abs. 1 abgeändert durch Art. 83 Nr. 1 des G. vom 29. Juni 2016 (B.S. vom 6. Juli 2016); § 3 Abs. 1 abgeändert durch Art. 83 Nr. 2 des G. vom 29. Juni 2016 (B.S. vom 6. Juli 2016)]

[Art. 292/1 - Durch einen Beschluss, der per Einschreiben oder per Einschreiben mit Rückschein notifiziert wird, streicht die FSMA die Eintragung von Versicherungs- und Rückversicherungsvermittlern, die die Tätigkeit in Zusammenhang mit der erhaltenen Eintragung nicht binnen sechs Monaten nach Erhalt der Eintragung aufgenommen haben, auf die Eintragung verzichten oder die ihre Tätigkeit eingestellt haben.]

[Art. 292/1 eingefügt durch Art. 58 des G. vom 18. April 2017 (B.S. vom 24. April 2017)]

Art. 293 - § 1 - In den Artikeln 288 bis 292 erwähnte Beschlüsse der FSMA werden in Bezug auf Versicherer, Rückversicherungsunternehmen oder Versicherungs- oder Rückversicherungsvermittler ab ihrer Notifizierung per Einschreiben oder per Einschreiben mit Rückschein wirksam. Da es sich um Maßnahmen in Bezug auf Versicherer oder Rückversicherungsunternehmen handelt, werden sie in Bezug auf Dritte ab dem Datum ihrer Veröffentlichung im *Belgischen Staatsblatt* wirksam.

§ 2 - Der Direktionsausschuss der FSMA kann einem von ihm bestimmten Mitglied des Personals der FSMA die Notifizierung der Beschlüsse zur Eintragung beziehungsweise zur Verweigerung der Eintragung in das Register der Versicherungs- und Rückversicherungsvermittler, der Änderungs- und Aufforderungsbeschlüsse und der Beschlüsse zur Aussetzung oder Streichung der Eintragung auftragen.

[Die FSMA kann in Absatz 1 erwähnte Beschlüsse rechtsgültig anhand von Vordrucken notifizieren, die mit einer durch ein Verfahren der maschinellen Datenverarbeitung wiedergegebenen Unterschrift versehen sind.]

§ 3 - Die FSMA kann zu Lasten eines Versicherers oder des Versicherungs- oder Rückversicherungsvermittlers die Veröffentlichung der ergriffenen Maßnahmen in den Tageszeitungen und Veröffentlichungen ihrer Wahl oder an den von ihr festgelegten Orten und für die von ihr festgelegte Dauer veranlassen. Sie kann die ergriffenen Maßnahmen ebenfalls auf ihrer Website veröffentlichen.

[Art. 293 § 2 Abs. 2 eingefügt durch Art. 94 des G. vom 26. Oktober 2015 (B.S. vom 30. Oktober 2015)]

Art. 294 - § 1 - Unbeschadet der anderen durch oder aufgrund des Gesetzes erwähnten Maßnahmen kann die FSMA, wenn ein Versicherer oder ein Rückversicherungsunternehmen der Aufforderung, die Bestimmungen des vorliegenden Gesetzes oder seiner Ausführungserlasse und -verordnungen einzuhalten, bei Ablauf der ihm von der FSMA auferlegten Frist nicht nachgekommen ist, und unter der Bedingung, dass der Versicherer oder das Rückversicherungsunternehmen seine Verteidigungsmittel geltend machen konnte:

1. ihnen ein Zwangsgeld auferlegen, das pro Kalendertag Verzug 50.000 EUR und bei Missachtung ein und derselben Aufforderung insgesamt 2.500.000 EUR nicht übersteigen darf,
2. ihren Standpunkt in Bezug auf den betreffenden Verstoß oder die betreffende Nichteinhaltung veröffentlichen.

§ 2 - In Anwendung des vorliegenden Artikels auferlegte Zwangsgelder werden von der Kataster-, Registrierungs- und Domänenverwaltung zugunsten der Staatskasse eingenommen.

§ 3 - In dringenden Fällen kann die FSMA ihren Standpunkt in Bezug auf den betreffenden Verstoß oder die betreffende Nichteinhaltung ohne vorherige Aufforderung zur Einhaltung der Vorschriften veröffentlichen, sofern der Versicherer oder das Rückversicherungsunternehmen seine Verteidigungsmittel geltend machen konnte.

Art. 295 - § 1 - Unbeschadet der anderen durch oder aufgrund des Gesetzes vorgesehenen Maßnahmen kann die FSMA, wenn ein Versicherungs- oder Rückversicherungsvermittler der Aufforderung, die Bestimmungen des vorliegenden Gesetzes oder seiner Ausführungserlasse und -verordnungen einzuhalten, bei Ablauf der ihm von ihr auferlegten Frist nicht nachgekommen ist, und unter der Bedingung, dass der Vermittler seine Verteidigungsmittel geltend machen konnte:

1. ihnen ein Zwangsgeld auferlegen, das pro Kalendertag Verzug 5.000 EUR und bei Missachtung ein und derselben Aufforderung insgesamt 75.000 EUR nicht übersteigen darf,
2. ihren Standpunkt in Bezug auf den betreffenden Verstoß oder die betreffende Nichteinhaltung veröffentlichen.

§ 2 - In Anwendung des vorliegenden Artikels auferlegte Zwangsgelder werden von der Kataster-, Registrierungs- und Domänenverwaltung zugunsten der Staatskasse eingenommen.

§ 3 - In dringenden Fällen kann die FSMA ihren Standpunkt in Bezug auf den betreffenden Verstoß oder die betreffende Nichteinhaltung ohne vorherige Aufforderung zur Einhaltung der Vorschriften veröffentlichen, sofern der Versicherungs- oder Rückversicherungsvermittler seine Verteidigungsmittel geltend machen konnte.

KAPITEL 3 — Haftung

Art. 296 - Verwalter, Geschäftsführer oder Hauptbevollmächtigte von Versicherungsunternehmen haften Versicherungsnehmern, Versicherten, Begünstigten oder an der Erfüllung von Versicherungsverträgen Interesse habenden Dritten gegenüber für Schäden, die durch die Nichterfüllung von Verpflichtungen verursacht worden sind, die den Versicherungsunternehmen durch das vorliegende Gesetz und seine Ausführungserlasse und -verordnungen auferlegt wurden.

Was Verstöße anbelangt, an denen sie nicht beteiligt waren, werden sie von dieser Haftung nur befreit, wenn ihnen kein Verschulden zur Last gelegt werden kann und ihnen nicht vorgeworfen werden kann, dass sie nicht alle ihnen zur Verfügung stehenden Mittel angewandt haben, um den Schaden zu verhindern oder zu begrenzen.

Wenn mehrere Personen gemäß den vorhergehenden Absätzen für einen selben Schaden haften, kann die Gesamtschuldnerschaft geltend gemacht werden.

KAPITEL 4 — Sonderbefugnisse im Fall von Liquidationsverfahren und Sanierungsmaßnahmen

Art. 297 - § 1 - Die FSMA kann die zuständigen belgischen Behörden und die zuständigen Behörden des Herkunftsmitgliedstaates eines Versicherungsunternehmens um Informationen über den Verlauf einer Sanierungsmaßnahme oder eines Liquidationsverfahrens ersuchen.

§ 2 - Für die Anwendung des vorliegenden Kapitels werden die Begriffe "Sanierungsmaßnahme" und "Liquidationsverfahren" [in der ihnen im Gesetz vom 13. März 2016 verliehenen Bedeutung] verstanden.

[Art. 297 § 2 abgeändert durch Art. 730 des G. vom 13. März 2016 (B.S. vom 23. März 2016)]

Art. 298 - Wenn die für ein Versicherungsunternehmen zuständigen Behörden die Entscheidung getroffen haben, ein Liquidationsverfahren zu eröffnen oder eine Sanierungsmaßnahme zu ergreifen, kann die FSMA nach Konzertierung mit den für das Versicherungsunternehmen zuständigen Behörden im *Belgischen Staatsblatt* und in zwei regionalen Tageszeitungen oder Zeitschriften eine Bekanntmachung veröffentlichen lassen.

Diese Bekanntmachung umfasst mindestens einen Auszug aus dieser Entscheidung und gibt die zuständigen Behörden, das anwendbare Recht und gegebenenfalls den bestellten Liquidator oder den Sanierungskommissar an und wird in mindestens einer der belgischen Amtssprachen veröffentlicht.

TITEL 3 — *Verwaltungsanktionen*

Art. 299 - § 1 - Unbeschadet der anderen durch oder aufgrund des Gesetzes erwähnten Maßnahmen kann die FSMA, wenn sie seitens eines Versicherers oder Rückversicherungsunternehmens einen Verstoß gegen die Bestimmungen des vorliegenden Gesetzes oder seiner Ausführungserlasse und -verordnungen feststellt, dem Zuwiderhandelnden eine administrative Geldbuße auferlegen, die für ein und dieselbe Tat oder für ein und dieselbe Gesamtheit von Taten 2.500.000 EUR nicht übersteigen darf.

§ 2 - In Anwendung des vorliegenden Artikels auferlegte Geldbußen werden von der Kataster-, Registrierungs- und Domänenverwaltung zugunsten der Staatskasse eingenommen.

Art. 300 - § 1 - Unbeschadet der anderen durch oder aufgrund des Gesetzes vorgesehenen Maßnahmen kann die FSMA, wenn sie seitens eines Versicherungs- oder Rückversicherungsvermittlers einen Verstoß gegen die Bestimmungen des vorliegenden Gesetzes oder seiner Ausführungserlasse und -verordnungen feststellt, dem Zuwiderhandelnden eine administrative Geldbuße auferlegen, die für ein und dieselbe Tat oder für ein und dieselbe Gesamtheit von Taten 75.000 EUR nicht übersteigen darf.

§ 2 - In Anwendung des vorliegenden Artikels auferlegte Geldbußen werden von der Kataster-, Registrierungs- und Domänenverwaltung zugunsten der Staatskasse eingenommen.

TITEL 4 — *Versicherungsausschuss*

Art. 301 - § 1 - Unter der Bezeichnung "Versicherungsausschuss" wird ein Beratungsausschuss eingesetzt, der beauftragt ist, über jegliche Fragen zu beraten, die ihm vom Minister oder der FSMA vorgelegt werden.

Der Ausschuss kann auf eigene Initiative Stellungnahmen zu allen Fragen in Bezug auf Versicherungsgeschäfte abgeben, die in die Zuständigkeit der FSMA fallen.

§ 2 - Der Ausschuss setzt sich aus sechsundzwanzig ordentlichen Mitgliedern zusammen, die vom König bestellt werden.

Elf Mitglieder werden unter den Vertretern der für die Ausübung von Versicherungstätigkeiten in Belgien zugelassenen Versicherungsunternehmen ausgewählt; acht von diesen Vertretern sind auf einer Liste mit je zwei von den repräsentativsten Berufsverbänden vorgeschlagenen Kandidaten pro zu vergebendes Mandat vermerkt.

Sechs Mitglieder werden unter den Personen ausgewählt, die die Interessen der Verbraucher vertreten; zwei von diesen Personen sind auf einer Liste mit je zwei vom Verbraucherrat vorgeschlagenen Kandidaten pro zu vergebendes Mandat vermerkt. Eines dieser sechs Mitglieder vertritt die Interessen der Industrie- und Handelsunternehmen.

Drei Mitglieder werden unter den Vertretern der in Belgien tätigen Versicherungsvermittler ausgewählt, die auf einer Liste mit je zwei von den repräsentativsten Berufsverbänden vorgeschlagenen Kandidaten pro zu vergebendes Mandat vermerkt sind.

Die sechs übrigen Mitglieder, von denen eines auf Vorschlag des Ministers der Finanzen bestellt wird, müssen in dem von der FSMA beaufsichtigten Tätigkeitsfeld berufliche Qualifikation und Berufserfahrung aufweisen.

Die Minister, die für Probleme in Bezug auf Prävention, Haftung oder Wiedergutmachung der durch einen Unfall an Personen oder Gütern verursachten Schäden zuständig sind, können, ebenso wie das KAK, die FSMA und der Fonds für Arbeitsunfälle beim Ausschuss einen Beobachter abordnen.

Der König bestimmt für jedes Mitglied ebenfalls ein Ersatzmitglied. Ersatzmitglieder werden wie ordentliche Mitglieder gewählt.

§ 3 - Der Ausschuss kann in seiner Mitte pro Versicherungszweig oder pro Gruppe von Versicherungszweigen spezialisierte Abteilungen einsetzen; für Geschäfte in Bezug auf Hypothekendarlehen oder für Kapitalisierungsgeschäfte können ebenfalls eigene Abteilungen eingesetzt werden.

Diese Abteilungen bereiten die Arbeiten des Ausschusses vor. Bei der Einsetzung der Abteilungen wird den technischen Besonderheiten der betreffenden Geschäfte Rechnung getragen und auf das Gleichgewicht zwischen den Interessen der Dienstleister und der Verbraucher geachtet. Jede Abteilung setzt sich aus mindestens vier Mitgliedern des Ausschusses zusammen. Sowohl der Ausschuss als auch die Abteilungen können Sachverständige hinzuziehen, die nicht Mitglied des Ausschusses sind und deren Stellungnahme sie für zweckdienlich erachten.

§ 4 - Die Dauer des Mandats der Mitglieder des Ausschusses beträgt sechs Jahre; es ist erneuerbar.

Bei der ersten Bestellung wird das Mandat von sieben Mitgliedern, die durch das Los bestimmt werden, ausnahmsweise auf zwei Jahre begrenzt. Das Mandat von acht anderen Mitgliedern, die ebenfalls durch das Los bestimmt werden, wird auf vier Jahre begrenzt.

Der König bestimmt den Vorsitzenden des Ausschusses unter den Mitgliedern des Ausschusses und legt die Entschädigungen fest, die diese Mitglieder und die eventuell erforderlichen Sachverständigen beziehen.

§ 5 - Die FSMA übernimmt die Sekretariatsgeschäfte des Ausschusses und seiner Abteilungen. Die Mitglieder des Direktionsausschusses der FSMA, die sich von jedem Personalmitglied der FSMA beistehen lassen können, dürfen allen Sitzungen des Ausschusses oder der Abteilungen beiwohnen.

Der Ausschuss erstellt seine Geschäftsordnung und legt sie dem Minister zur Billigung vor.

TITEL 5 — *Außergerichtliches System der Beschwerdebearbeitung*

Art. 302 - § 1 - Ein außergerichtliches System der Beschwerdebearbeitung wird geschaffen, das durch Abgabe von Stellungnahmen oder das Auftreten als Vermittler zur Beilegung von Streitigkeiten zwischen einerseits Versicherungsunternehmen und Versicherungsvermittlern und andererseits ihren Kunden beitragen soll.

Dieser Ombudsdienst Versicherungen muss die Form einer juristischen Person annehmen.

§ 2 - Der Ombudsdienst hat folgende Aufträge:

1. Beschwerden von Versicherungsnehmern, Versicherten, Begünstigten und an der Erfüllung von Versicherungsverträgen Interesse habenden Dritten untersuchen, die sich beziehen auf:

- Tätigkeiten von Versicherungsunternehmen, die in den Anwendungsbereich des vorliegenden Gesetzes [oder des Gesetzes vom 13. März 2016] fallen, einschließlich der EWR-Versicherungsunternehmen, die eine Niederlassung in Belgien haben und/oder Versicherungstätigkeiten in Belgien ausüben, in Bezug auf Verträge, die durch belgisches Recht geregelt sind, und/oder

- Tätigkeiten von Versicherungsvermittlern, die in den Anwendungsbereich des vorliegenden Gesetzes fallen, einschließlich der Versicherungsvermittler, deren Herkunftsmitgliedstaat ein anderer Mitgliedstaat des EWR ist und die in Belgien tätig sind, in Bezug auf Handlungen, die durch die auf sie anwendbaren Bestimmungen allgemeinen Interesses geregelt werden,

und einen Lösungsvorschlag anbieten,

2. vermitteln, um eine gütliche Einigung bei Streitfällen zu erleichtern, die Gegenstand einer wie in Nr. 1 erwähnten Beschwerde sind, wobei die dem Fonds für Arbeitsunfälle durch die Artikel 58 Nr. 8 und 9, 64bis und 64ter des Gesetzes vom 10. April 1971 über die Arbeitsunfälle zugewiesenen Befugnisse in Bezug auf Vermittlung, Kontrolle, Entschädigung und sozialen Beistand für Opfer nicht berührt werden,

3. über Fragen in Zusammenhang mit der Anwendung des Aspekts "Verbraucher" der Verhaltenskodizes der Versicherungsunternehmen und Versicherungsvermittler entscheiden,

4. im Rahmen seiner Aufträge Stellungnahmen abgeben und Empfehlungen aussprechen, auch an einzelne Versicherungsunternehmen und Versicherungsvermittler.

§ 3 - Innerhalb des Ombudsdienstes Versicherungen wird ein Aufsichtsrat eingesetzt. Er setzt sich aus einem Vertreter der Versicherungsunternehmen, einem Vertreter der Versicherungsvermittler, zwei Vertretern der Verbraucher, einem Vertreter der FSMA, einem Vertreter des Ministers und des FÖD Wirtschaft, KMB, Mittelstand und Energie und einem unabhängigen Versicherungssachverständigen zusammen. [Die Vertreter und der unabhängige Sachverständige werden vom Minister für einen Zeitraum von sechs Jahren ernannt. Für jeden Vertreter und für den unabhängigen Sachverständigen bestimmt der Minister ebenfalls einen Stellvertreter.]

Der Aufsichtsrat hat folgende Aufträge:

1. Abgabe von Stellungnahmen an den Verwaltungsrat des Ombudsdienstes über die Organisation und Arbeitsweise des Ombudsdienstes,

2. Ausübung einer allgemeinen Aufsicht über die Unabhängigkeit und Unparteilichkeit des Ombudsdienstes,

3. jährliche Erstellung eines Berichts an den König über die Arbeitsweise des Ombudsdienstes,

4. [Ausübung einer allgemeinen Aufsicht über das spezifische Büro, das die in Artikel 217 § 5 erwähnten Sekretariatsgeschäfte des Tarifierungsbüros wahrnimmt.]

§ 4 - Der König kann auf Stellungnahme der FSMA durch einen im Ministerrat beratenen Erlass die Bestimmungen der vorhergehenden Paragraphen verdeutlichen und insbesondere Folgendes festlegen:

- Art der Beschwerden und Streitigkeiten, die dem Ombudsdienst vorgelegt werden können,

- Zusammensetzung der Organe und Arbeitsweise des Ombudsdienstes,

- Modalitäten für den Anschluss beim Ombudsdienst; der König kann auch die FSMA beauftragen, Anschlussanträge und Austritte zu sammeln und den Ombudsdienst darüber zu informieren,

- Modalitäten für die Finanzierung des Ombudsdienstes; die Finanzierung erfolgt durch alle belgischen Versicherungsunternehmen und alle ausländischen Versicherungsunternehmen, die Versicherungstätigkeiten in Belgien ausüben, und durch Versicherungsvermittler, die zur Ausübung einer Versicherungsvermittlungstätigkeit in Belgien ermächtigt sind, ob über den Berufsverband, dem sie angeschlossen sind, oder nicht; der König kann ebenfalls die Modalitäten zur Zahlung der Beiträge regeln und die FSMA mit der Beitreibung der Beiträge beauftragen,

- Verfahren, das zu befolgen ist, und Frist für die Abgabe von Stellungnahmen oder das Auftreten als Vermittler,

- Form, in der die Stellungnahme oder das Auftreten als Vermittler gegebenenfalls bekanntgemacht werden muss,

- Modalitäten und Inhalt des Jahresberichts.

[Art. 302 § 2 einziger Absatz Nr. 1 einziger Absatz erster Gedankenstrich abgeändert durch Art. 731 des G. vom 13. März 2016 (B.S. vom 23. März 2016); § 3 Abs. 1 ergänzt durch Art. 95 Nr. 1 des G. vom 26. Oktober 2015 (B.S. vom 30. Oktober 2015); § 3 Abs. 2 Nr. 4 ersetzt durch Art. 95 Nr. 2 des G. vom 26. Oktober 2015 (B.S. vom 30. Oktober 2015)]

Art. 303 - Die FSMA kann vom Ombudsdienst Versicherungen Informationen anfordern, die für die Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufträge notwendig sind.

Die FSMA bestimmt Inhalt der gewünschten Informationen und Modalitäten und Form ihrer Übermittlung.

Der FÖD Wirtschaft, KMB, Mittelstand und Energie kann aufgrund des Jahresberichts des Ombudsdienstes beim Ombudsdienst Versicherungen ergänzende Informationen erhalten, und zwar jedes Mal dann, wenn er es als notwendig erachtet, um eventuelle Gesetzes- oder Verordnungsvorschläge zu ergreifen.

TEIL 8 — STRAFBESTIMMUNGEN

Art. 304 - Mit einer Gefängnisstrafe von einem Monat bis zu fünf Jahren und mit einer Geldbuße von 1.000 bis zu 10.000 EUR oder mit nur einer dieser Strafen werden Versicherungsvermittler bestraft, die im Rahmen des Abschlusses von Versicherungsverträgen unter Verstoß gegen die Bestimmungen von Artikel 268 § 1 Nr. 5 tätig geworden sind.

Art. 305 - Mit einer Gefängnisstrafe von einem Monat bis zu fünf Jahren und mit einer Geldbuße von 1.000 bis zu 10.000 EUR oder mit nur einer dieser Strafen werden Verwalter, mit der tatsächlichen Geschäftsleitung beauftragte Personen, Geschäftsführer oder Bevollmächtigte von Versicherern bestraft, die der FSMA, ihren Personalmitgliedern, oder den von ihr bevollmächtigten Personen wissentlich und willentlich falsche Erklärungen abgegeben haben oder die sich geweigert haben, die in Ausführung des vorliegenden Gesetzes und seiner Ausführungserlasse und -verordnungen angeforderten Informationen zu übermitteln.

Mit denselben Strafen werden Verwalter, mit der tatsächlichen Geschäftsleitung beauftragte Personen, Kommissare, Geschäftsführer oder Bevollmächtigte von Versicherern bestraft, die den durch vorliegendes Gesetz oder seine Ausführungserlasse und -verordnungen auferlegten Verpflichtungen nicht nachgekommen sind.

Art. 306 - Sparverrichtungen, Kapitalisierungs- oder Versicherungsgeschäfte werden Lotterien gleichgesetzt und können mit den in den Artikeln 302 und 303 des Strafgesetzbuches erwähnten Strafen bestraft werden, wenn sie aus einer Ansammlung von Beträgen bestehen, die entweder durch Auslosung oder durch das Wirksamwerden einer Hinterbliebenenklausel, die nicht auf einer mathematisch, im Verhältnis zu den individuellen Beiträgen oder Beteiligungen festgelegten Verbindlichkeit beruht, unter die Interessehabenden zu verteilen sind.

Art. 307 - Mit einer Gefängnisstrafe von einem Monat bis zu fünf Jahren und mit einer Geldbuße von 1.000 bis zu 10.000 EUR oder mit nur einer dieser Strafen wird belegt:

1. wer als Versicherer oder Bevollmächtigter eines Versicherers Verträge abschließt oder abzuschließen versucht, die aufgrund der Artikel 97 oder 159 nichtig sind,
2. wer als Versicherungsvermittler beim Abschluss solcher Verträge vermittelt,
3. wer als Versicherer oder Bevollmächtigter eines Versicherers die in den Artikeln 213 bis 217 vorgesehenen Bestimmungen nicht einhält,

Art. 308 - § 1 - Unbeschadet der Anwendung strengerer im Strafgesetzbuch vorgesehener Strafen wird mit einer Gefängnisstrafe von acht Tagen bis zu drei Monaten und mit einer Geldbuße von 200 bis zu 2.000 EUR oder mit nur einer dieser Strafen belegt, wer in betrügerischer Absicht:

- die Tätigkeit eines Versicherungs- oder Rückversicherungsvermittlers ausübt, ohne gemäß den Bestimmungen von Artikel 262 eingetragen zu sein,
- die Bestimmungen von Artikel 265 nicht einhält,
- einen Arbeitnehmer beauftragt, Versicherungen zum Verkauf anzubieten, ohne dass dieser die in Teil 6 festgelegten Bedingungen erfüllt,
- Versicherungsverträge annimmt, die ein nicht eingetragener Versicherungs- oder Rückversicherungsvermittler vorlegt,
- einem nicht eingetragenen Versicherungs- oder Rückversicherungsvermittler einen Agenturvertrag anbietet,
- es versäumt, der FSMA die Vertragsbeendigung beziehungsweise den Vertragsbruch, die in Artikel 268 § 1 Nr. 3 erwähnt sind, mitzuteilen,
- es versäumt, in den Artikeln 273, 274 und 275 erwähnte Informationen anzugeben,
- es versäumt, der FSMA Änderungen der Angaben, die Teil seiner Eintragungsakte in Ausführung der Bestimmungen von Teil 6 Kapitel 2 sind, mitzuteilen.

Personen, die aufgrund eines der vorerwähnten Verstöße verurteilt werden, kann die definitive oder zeitweilige Schließung eines Teils der Räumlichkeiten oder aller Räumlichkeiten, die zur Ausübung der Tätigkeit eines Versicherungs- oder Rückversicherungsvermittlers genutzt werden, auferlegt werden.

Sind diese Verstöße auf Fahrlässigkeit zurückzuführen, werden sie mit einer Geldbuße von 1 bis zu 25 EUR belegt.

§ 2 - Wer sich weigert, Informationen und Unterlagen zu liefern, die die FSMA angefordert hat, um die Anwendung der Bestimmungen von Teil 6 zu kontrollieren, sich Untersuchungsmaßnahmen widersetzt oder eine falsche Erklärung abgibt, wird mit einer Gefängnisstrafe von acht Tagen bis zu fünfzehn Tagen und mit einer Geldbuße von 26 bis zu 1.000 EUR oder mit nur einer dieser Strafen belegt.

[§ 3 - Ermittlungen wegen Verstoß gegen die Bestimmungen des vorliegenden Gesetzes oder gegen eine der in Artikel 20 des Gesetzes vom 25. April 2014 erwähnten Bestimmungen, die im Sinne des vorliegenden Gesetzes gegen einen Versicherungs- oder Rückversicherungsvermittler oder gegen den tatsächlichen Leiter bei einem solchen Vermittler oder den Vertriebsbeauftragten bei einem solchen Vermittler oder einem beaufsichtigten Unternehmen geführt werden, und Ermittlungen wegen Verstoß gegen vorliegendes Gesetz, die gegen andere natürliche oder juristische Personen geführt werden, müssen der FSMA durch die Gerichtsbehörde zur Kenntnis gebracht werden, die mit der betreffenden Ermittlung befasst ist.

Strafverfolgungen in Bezug auf die in Absatz 1 erwähnten Straftaten müssen der FSMA auf Veranlassung der Staatsanwaltschaft zur Kenntnis gebracht werden.]

[Art. 308 § 3 eingefügt durch Art. 96 des G. vom 26. Oktober 2015 (B.S. vom 30. Oktober 2015)]

Art. 309 - Alle Bestimmungen von Buch I des Strafgesetzbuches, einschließlich des Kapitels VII und des Artikels 85, sind anwendbar auf die im vorliegenden Gesetz vorgesehenen Straftaten.

Art. 310 - Versicherer haften zivilrechtlich für Geldbußen, zu denen ihre Verwalter, Leiter, Kommissare, Direktoren, Geschäftsführer oder Bevollmächtigten in Anwendung der vorangehenden Bestimmungen verurteilt werden.

TEIL 9 — BESTIMMUNGEN VERSCHIEDENER ART

TITEL 1 — Übergangsbestimmungen

Art. 311 - § 1 - [...]

§ 2 - Die Artikel 44, 50 und 51 finden unverzüglich Anwendung auf Verträge, die nach dem Datum des Inkrafttretens des vorliegenden Gesetzes angeboten und/oder abgeschlossen werden. Für Versicherungsverträge, die vor dem Datum des Inkrafttretens des vorliegenden Gesetzes abgeschlossen worden sind, finden diese Artikel Anwendung ab Änderung und/oder Verlängerung dieser Verträge und spätestens am ersten Tag des dreizehnten Monats nach dem Datum des Inkrafttretens des vorliegenden Gesetzes.

§ 3 - Unter Vorbehalt von § 4 und mit Ausnahme von Teil 4 Titel 4 Kapitel 5 finden die Bestimmungen von Teil 4 und 5 des vorliegenden Gesetzes Anwendung sowohl auf Verträge, die am oder nach dem Datum des Inkrafttretens des vorliegenden Gesetzes abgeschlossen werden, als auch auf die an diesem Datum noch laufenden Verträge, die vorher abgeschlossen worden sind.

§ 4 - Ist das Ereignis, das die in Artikel 88 erwähnte Regressklage begründet, vor dem Datum des Inkrafttretens des vorliegenden Gesetzes eingetreten, findet Artikel 89 § 1 nur Anwendung auf die Verjährung der Regressklage, sofern die Verjährungsfrist aufgrund von Artikel 35 § 1, zu lesen in Verbindung mit Artikel 34 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 über den Landversicherungsvertrag, zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des vorliegenden Gesetzes noch nicht abgelaufen ist.

Ist das Ereignis, das die in Artikel 256 erwähnte Regressklage begründet, vor dem Datum des Inkrafttretens des vorliegenden Gesetzes eingetreten, findet Artikel 256 zweiter Satz nur Anwendung auf die Verjährung der Regressklage, sofern die Verjährungsfrist aufgrund von Artikel 32 des Gesetzes vom 11. Juni 1874 zur Einführung von Buch I Titel X und XI des Handelsgesetzbuches zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des vorliegenden Gesetzes noch nicht abgelaufen ist.

§ 5 - Versicherungsvermittler, die am 30. April 2014 bereits in dem von der FSMA geführten Register der Versicherungsvermittler aufgrund von Artikel 262 § 1 oder in dem vom KAK geführten Register der Versicherungsvermittler aufgrund von Artikel 262 § 3 eingetragen waren, müssen zur Aufrechterhaltung ihrer Eintragung bis zum 1. Mai 2015 Artikel 270 § 1 Nr. 1 Buchstabe A Buchstabe f) einhalten.

§ 6 - Versicherer nehmen formelle Anpassungen von Versicherungsverträgen und anderen Versicherungsunterlagen an die Bestimmungen des vorliegenden Gesetzes spätestens am ersten Tag des dreizehnten Monats nach dem Monat der Veröffentlichung des Gesetzes vor. Bis zu diesem Datum brauchen bestehende und neue Versicherungsverträge in ihrer Form nicht den Bestimmungen des vorliegenden Gesetzes zu entsprechen.

Solange Versicherungsverträge und andere Versicherungsunterlagen nicht gemäß Absatz 1 des vorliegenden Paragraphen angepasst worden sind, wird davon ausgegangen, dass die Klauseln dieser Unterlagen, in denen auf Bestimmungen des Gesetzes vom 9. Juli 1975 über die Kontrolle der Versicherungsunternehmen, des Gesetzes vom 25. Juni 1992 über den Landversicherungsvertrag, des Gesetzes vom 11. Juni 1874 zur Einführung von Buch I Titel X und XI des Handelsgesetzbuches und des Gesetzes vom 27. März 1995 über die Versicherungs- und Rückversicherungsvermittlung und den Vertrieb von Versicherungen verwiesen wird, auf die entsprechenden Bestimmungen des vorliegenden Gesetzes verweisen.

[Art. 311 § 1 aufgehoben durch Art. 84 des G. vom 29. Juni 2016 (B.S. vom 6. Juli 2016)]

Art. 312 - Die Artikel 313 bis 315 finden Anwendung auf Versicherungsverträge über die in einem Mitgliedstaat des EWR belegenen Risiken der Tätigkeitsgruppe "Nichtleben", die vor dem 17. Dezember 2009 abgeschlossen worden sind, so wie in Artikel 28 der Verordnung (EG) Nr. 593/2008 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 17. Juni 2008 über das auf vertragliche Schuldverhältnisse anzuwendende Recht (Rom I) erwähnt.

Diese Bestimmungen finden ebenfalls Anwendung auf Versicherungsverträge über die in einem Mitgliedstaat des EWR belegenen Risiken der Tätigkeitsgruppe "Nichtleben", die nicht in den Anwendungsbereich der Verordnung (EG) Nr. 593/2008 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 17. Juni 2008 über das auf vertragliche Schuldverhältnisse anzuwendende Recht (Rom I) fallen.

Art. 313 - § 1 - Betrifft ein Vertrag in Belgien belegene Risiken und hat der Versicherungsnehmer dort seinen gewöhnlichen Wohnort oder seine Hauptverwaltung, ist ungeachtet jeder gegenteiligen Klausel das belgische Recht anwendbar.

Betrifft der Vertrag in Belgien belegene Risiken und hat der Versicherungsnehmer dort nicht seinen gewöhnlichen Wohnort oder seine Hauptverwaltung, können die Vertragsparteien in Abweichung von Absatz 1 wählen, ob das belgische Recht oder das Recht des Staates anwendbar sein soll, in dem der Versicherungsnehmer seinen gewöhnlichen Wohnort oder seine Hauptverwaltung hat.

§ 2 - Betrifft der Vertrag Risiken, die in einem anderen Mitgliedstaat des EWR als Belgien belegen sind und haben die Parteien das anwendbare Recht nicht gewählt, ist auf den Vertrag das Recht des Mitgliedstaates anwendbar, in dem das Risiko belegen ist.

§ 3 - Übt der Versicherungsnehmer eine Tätigkeit im industriellen und kommerziellen Sektor oder eine freiberufliche Tätigkeit aus und deckt der Vertrag zwei oder mehrere in Belgien oder in einem oder mehreren anderen Mitgliedstaaten des EWR belegene Risiken in Verbindung mit diesen Tätigkeiten, können die Vertragsparteien das Recht des Mitgliedstaates wählen, in dem diese Risiken belegen sind, oder das Recht des Staates, in dem der Versicherungsnehmer seinen gewöhnlichen Wohnort oder seine Hauptverwaltung hat.

§ 4 - Räumen ungeachtet von § 1 Absatz 2 und den Paragraphen 2 und 3 die in diesen Paragraphen erwähnten Mitgliedstaaten den Parteien eine größere Freiheit bei der Wahl des auf den Vertrag anwendbaren Rechts ein, so dürfen die Parteien davon Gebrauch machen.

§ 5 - Unbeschadet der Paragraphen 1, 2 und 3 dürfen die Vertragsparteien, wenn der Vertrag in Belgien belegene Risiken betrifft, die sich auf Schadensfälle beschränken, die in einem anderen Mitgliedstaat des EWR eintreten können, stets das Recht dieses Staates wählen.

§ 6 - In Bezug auf Großrisiken dürfen die Vertragsparteien das anwendbare Recht frei wählen.

Sind alle Vertragsbestandteile zum Zeitpunkt der Rechtswahl auf dem belgischen Staatsgebiet belegen, so darf die Wahl eines anderen als des belgischen Rechts durch die Parteien die bindenden belgischen Rechtsvorschriften nicht berühren.

§ 7 - Die in § 1 Absatz 2 und den Paragraphen 2 bis 6 erwähnte Wahl muss ausdrücklich erfolgen oder sich mit hinreichender Sicherheit aus den Vertragsklauseln oder aus den Umständen des Falls ergeben. Ist dies nicht der Fall oder ist keine Rechtswahl getroffen worden, so findet auf den Vertrag das Recht desjenigen nach den Bestimmungen von § 1 Absatz 2 und den Paragraphen 2 bis 6 in Betracht kommenden Mitgliedstaates Anwendung, zu dem er in der engsten Beziehung steht.

Jedoch darf auf einen selbständigen Teil des Vertrages, der zu einem anderen nach den vorerwähnten Paragraphen in Betracht kommenden Mitgliedstaat in engerer Beziehung steht, das Recht dieses anderen Mitgliedstaates anwendbar sein.

Es wird vermutet, dass der Vertrag die engsten Beziehungen zu dem Mitgliedstaat aufweist, in dem das Risiko belegen ist.

§ 8 - Umfasst ein Mitgliedstaat mehrere Gebietseinheiten, von denen jede in Bezug auf vertragliche Verpflichtungen ihre eigenen Rechtsnormen besitzt, so ist für die Bestimmung des anwendbaren Rechts nach den Artikeln 313 bis 315 jede Gebietseinheit als Staat anzusehen.

Art. 314 - § 1 - Wird ein belgisches Gericht mit einer Sache befasst, dürfen die Bestimmungen von Artikel 313 die Anwendung der belgischen Rechtsvorschriften nicht berühren, die ungeachtet des auf den Vertrag anzuwendenden Rechts den Sachverhalt zwingend regeln.

Die bindenden Rechtsvorschriften des Mitgliedstaates, in dem das Risiko belegen ist, beziehungsweise des Mitgliedstaates, der die Versicherungspflicht vorschreibt, können angewandt werden, soweit nach dem Recht dieses Mitgliedstaates diese Bestimmungen ohne Rücksicht darauf anzuwenden sind, welchem Recht dieser Vertrag unterliegt.

§ 2 - Die bindenden belgischen Rechtsvorschriften finden ungeachtet des von den Parteien gewählten Rechts Anwendung, wenn das Risiko in Belgien belegen ist beziehungsweise wenn Belgien die Versicherungspflicht vorschreibt.

§ 3 - Deckt der Vertrag in mehr als einem Mitgliedstaat belegene Risiken, so wird für die Anwendung des vorliegenden Artikels davon ausgegangen, dass der Vertrag mehreren Verträgen entspricht, von denen sich jeder auf jeweils einen Mitgliedstaat bezieht.

Art. 315 - Widersprechen sich im Falle einer Pflichtversicherung das Recht des Mitgliedstaates, in dem das Risiko belegen ist, und dasjenige des Mitgliedstaates, der die Versicherungspflicht vorschreibt, hat das Letztere Vorrang.

Art. 316 - Die Artikel 25, 27 und 313 bis 315 finden keine Anwendung auf Verträge, die vor dem Datum des Inkrafttretens von Artikel 16 des Königlichen Erlasses vom 22. Februar 1991 zur Abänderung des Gesetzes vom 9. Juli 1975 über die Kontrolle der Versicherungsunternehmen abgeschlossen worden sind.

Art. 317 - Die Artikel 318 und 319 finden Anwendung auf Versicherungsverträge über die in einem Mitgliedstaat des EWR eingegangenen Verbindlichkeiten der Tätigkeitsgruppe "Leben", die vor dem 17. Dezember 2009 abgeschlossen worden sind, so wie in Artikel 28 der Verordnung (EG) Nr. 593/2008 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 17. Juni 2008 über das auf vertragliche Schuldverhältnisse anzuwendende Recht (Rom I) erwähnt.

Diese Bestimmungen finden ebenfalls Anwendung auf Versicherungsverträge über die in einem Mitgliedstaat des EWR belegenen Risiken der Tätigkeitsgruppe "Leben", die nicht in den Anwendungsbereich der Verordnung (EG) Nr. 593/2008 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 17. Juni 2008 über das auf vertragliche Schuldverhältnisse anzuwendende Recht (Rom I) fallen.

Art. 318 - § 1 - Betrifft ein Vertrag in Belgien eingegangene Verbindlichkeiten, ist ungeachtet jeder gegenteiligen Klausel das belgische Recht anwendbar.

Ist der Versicherungsnehmer eine natürliche Person, die ihren gewöhnlichen Wohnort in Belgien hat, aber Staatsangehörige eines anderen Mitgliedstaates des EWR als Belgien ist, können die Vertragsparteien in Abweichung von Absatz 1 bestimmen, dass das Recht dieses Mitgliedstaates anwendbar sein soll.

§ 2 - Betrifft der Vertrag Verbindlichkeiten, die in einem anderen Mitgliedstaat des EWR als Belgien eingegangen worden sind und haben die Parteien das anwendbare Recht nicht gewählt, gilt für den Vertrag das Recht des Mitgliedstaates, in dem die Verbindlichkeit eingegangen worden ist.

§ 3 - Umfasst ein Mitgliedstaat mehrere Gebietseinheiten, von denen jede in Bezug auf vertragliche Verpflichtungen ihre eigenen Rechtsnormen besitzt, so ist für die Bestimmung des anwendbaren Rechts nach den Artikeln 318 bis 319 jede Gebietseinheit als Staat anzusehen.

Art. 319 - § 1 - Wird ein belgisches Gericht mit einer Sache befasst, dürfen die Bestimmungen von Artikel 318 die Anwendung der belgischen Rechtsvorschriften nicht berühren, die ungeachtet des auf den Vertrag anzuwendenden Rechts den Sachverhalt zwingend regeln. Die bindenden Rechtsvorschriften des Mitgliedstaates, in dem die Verbindlichkeit eingegangen worden ist, können angewandt werden, soweit nach dem Recht dieses Mitgliedstaates diese Bestimmungen ohne Rücksicht darauf anzuwenden sind, welchem Recht dieser Vertrag unterliegt.

§ 2 - Die bindenden belgischen Rechtsvorschriften finden ungeachtet des von den Parteien gewählten Rechts Anwendung, wenn die Verbindlichkeit in Belgien eingegangen worden ist.

TITEL 2 — *Ausführungserlasse*

Art. 320 - Nach Stellungnahme der FSMA erlässt der König die für die Ausführung des vorliegenden Gesetzes erforderlichen Erlasse.

Der Minister kann Fristen festlegen, innerhalb deren die FSMA ihre Stellungnahme abgeben muss. Bei Nichteinhaltung dieser Fristen ist die betreffende Stellungnahme nicht mehr erforderlich.

Art. 321 - § 1 - Die im Ministerrat beratenen Königlichen Erlasse zur Ausführung von Artikel 4 § 4 ergehen auf gemeinsamen Vorschlag des Ministers der Justiz, des Ministers und des Ministers der Sozialen Angelegenheiten.

§ 2 - Die Königlichen Erlasse zur Ausführung von Teil 4 ergehen auf gemeinsamen Vorschlag des Ministers der Justiz und des Ministers.

Die Königlichen Erlasse zur Ausführung der Artikel 62, 98, 159, 167, 178 bis 180 und 199 ergehen jedoch auf alleinigen Vorschlag des Ministers.

Die Königlichen Erlasse zur Ausführung der Artikel 212 bis 224 ergehen auf gemeinsamen Vorschlag des Ministers und des Ministers der Volksgesundheit.

§ 3 - Der König übt die ihm durch die Bestimmungen von Teil 6 aufgetragenen Befugnisse auf gemeinsamen Vorschlag des Ministers und des Ministers des Mittelstands aus.

Art. 322 - § 1 - Der in Teil 7 Titel 4 erwähnte Versicherungsausschuss ist befugt, Stellungnahmen über Erlasse abzugeben, die in Ausführung von Artikel 4, von Teil 2 Titel 1 und 2, von Teil 3 Titel 1 und 2, von Teil 3 Titel 3 Kapitel 1 und von Teil 6 ergehen müssen.

Die Konsultierung des Versicherungsausschusses ist für die vom König in Anwendung von Artikel 4 § 4 und Artikel 268 § 1 Nr. 8 zu bestimmenden Regeln nicht erforderlich.

§ 2 - Der Versicherungsausschuss ist ebenfalls befugt, Stellungnahmen über Abänderungen der aufgrund von Artikel 212 § 1 ergangenen Ausführungserlasse sowie über die mögliche Aufhebung oder Ersetzung dieser Ausführungserlasse abzugeben.

TITEL 3 — *Abänderungsbestimmungen*

Abänderungen des Gesetzes vom 9. Juli 1975 über die Kontrolle der Versicherungsunternehmen

Art. 323 - 332 - [Abänderungsbestimmungen]

Abänderungen des Gesetzes vom 2. August 2002 über die Aufsicht über den Finanzsektor und die Finanzdienstleistungen

Art. 333 - 336 - [Abänderungsbestimmungen]

Abänderungen des Gesetzes vom 16. Juni 2006 über das öffentliche Angebot von Anlageinstrumenten und die Zulassung von Anlageinstrumenten zum Handel auf geregelten Märkten

Art. 337 - [Abänderungsbestimmung]

Abänderungen des Gesetzes vom 31. Juli 2009 zur Abänderung des Gesetzes vom 27. März 1995 über die Versicherungs- und Rückversicherungsvermittlung und den Vertrieb von Versicherungen und des Gesetzes vom 22. März 2006 über die Vermittlung von Bank- und Investmentdienstleistungen und den Vertrieb von Finanzinstrumenten

Art. 338 - 340 - [Abänderungsbestimmungen]

Abänderungen des Gesetzes vom 21. Januar 2010 zur Abänderung des Gesetzes vom 25. Juni 1992 über den Landversicherungsvertrag hinsichtlich der Restschuldversicherung für Personen mit erhöhtem Gesundheitsrisiko

Abänderungen des Gesetzes vom 4. April 2014 über die Versicherungen

Art. 344 - 346 - [Abänderungsbestimmungen]**TITEL 4 — Aufhebungsbestimmungen****Art. 347 - [Aufhebungsbestimmungen]****TITEL 5 — Andere Bestimmungen**

Art. 348 - § 1 - Für Gesetzesbestimmungen, die dem vorliegenden Gesetz nicht zuwiderlaufen und in denen auf Bestimmungen des Gesetzes vom 9. Juli 1975 über die Kontrolle der Versicherungsunternehmen, des Gesetzes vom 25. Juni 1992 über den Landversicherungsvertrag, des Gesetzes vom 11. Juni 1874 zur Einführung von Buch I Titel X und XI des Handelsgesetzbuches und des Gesetzes vom 27. März 1995 über die Versicherungs- und Rückversicherungsvermittlung und den Vertrieb von Versicherungen verwiesen wird, gilt, dass sie auf die entsprechenden Bestimmungen des vorliegenden Gesetzes verweisen.

§ 2 - Verordnungsbestimmungen, die in Ausführung der Bestimmungen des Gesetzes vom 9. Juli 1975 über die Kontrolle der Versicherungsunternehmen, des Gesetzes vom 25. Juni 1992 über den Landversicherungsvertrag, des Gesetzes vom 11. Juni 1874 zur Einführung von Buch I Titel X und XI des Handelsgesetzbuches und des Gesetzes vom 27. März 1995 über die Versicherungs- und Rückversicherungsvermittlung und den Vertrieb von Versicherungen ergangen sind, die im vorliegenden Gesetz übernommen worden sind und dem vorliegenden Gesetz nicht zuwiderlaufen, bleiben bis zu ihrer Aufhebung oder Ersetzung durch Erlasse zur Ausführung des vorliegenden Gesetzes in Kraft.

§ 3 - Zwei Jahre nach Inkrafttreten des vorliegenden Gesetzes evaluiert die FSMA die Anwendung und Durchführung des vorliegenden Gesetzes. Zu diesem Zweck holt sie die Stellungnahme der Bank, des KAK und des Versicherungsausschusses ein. Auf der Grundlage dieser Evaluierung kann die FSMA dem Minister Empfehlungen aussprechen.

Art. 349 - Der König kann auf Stellungnahme der FSMA durch einen im Ministerrat beratenen Erlass Maßnahmen treffen, die zur Umsetzung der Pflichtbestimmungen erforderlich sind, die aus internationalen Verträgen oder den aufgrund dieser Verträge erlassenen internationalen Rechtsakten hervorgehen und die sich auf die durch die Bestimmungen des vorliegenden Gesetzes geregelten Angelegenheiten beziehen. Erlasse zur Ausführung des vorliegenden Artikels können geltende Gesetzesbestimmungen abändern, ergänzen, ersetzen oder aufheben.

Die im vorliegenden Artikel erwähnten Königlichen Erlasse werden von Rechts wegen aufgehoben, wenn sie nicht innerhalb vierundzwanzig Monaten nach ihrer Veröffentlichung im *Belgischen Staatsblatt* durch Gesetz bestätigt worden sind.

Art. 350 - Bestätigt werden mit Wirkung am Datum ihres Inkrafttretens:

- der Königliche Erlass vom 21. Februar 2014 über die Modalitäten für die Anwendung der Artikel 27 bis 28bis des Gesetzes vom 2. August 2002 über die Aufsicht über den Finanzsektor und die Finanzdienstleistungen auf die Versicherungsbranche,

- der Königliche Erlass vom 21. Februar 2014 zur Abänderung des Gesetzes vom 27. März 1995 über die Versicherungs- und Rückversicherungsvermittlung und den Vertrieb von Versicherungen.

[Art. 350 bedingt für nichtig erklärt durch Entscheid Nr. 89/2016 des Verfassungsgerichtshofes vom 9. Juni 2016 (B.S. vom 1. August 2016)]

Art. 351 - Versicherungsvermittler, die am 30. April 2014 aufgrund von Artikel 5 § 3 des Gesetzes vom 27. März 1995 über die Versicherungs- und Rückversicherungsvermittlung und den Vertrieb von Versicherungen in dem vom KAK geführten Register der Versicherungsvermittler eingetragen sind, müssen zur Aufrechterhaltung ihrer Eintragung bis zum 1. Mai 2015 Artikel 11 § 1 Nr. 1 Buchstabe A Buchstabe f) desselben Gesetzes entsprechen, so wie er durch den Königlichen Erlass vom 21. Februar 2014 zur Abänderung des Gesetzes vom 27. März 1995 über die Versicherungs- und Rückversicherungsvermittlung und den Vertrieb von Versicherungen abgeändert worden ist.

TITEL 6 — Inkrafttreten

Art. 352 - Vorliegendes Gesetz tritt am ersten Tag des Monats nach Ablauf einer Frist von sechs Monaten, die am Tag nach seiner Veröffentlichung im *Belgischen Staatsblatt* beginnt, in Kraft, außer was die Bestimmungen betrifft, deren Inkrafttreten gemäß Artikel 353 festgelegt wird.

In Abweichung von Absatz 1 treten die Artikel 334 und 335 am zehnten Tag nach der Veröffentlichung des vorliegenden Gesetzes im *Belgischen Staatsblatt* in Kraft, tritt Artikel 350 am Tag nach der Veröffentlichung des vorliegenden Gesetzes im *Belgischen Staatsblatt* in Kraft und tritt Artikel 351 am 30. April 2014 in Kraft.

[Art. 352 bedingt für nichtig erklärt durch Entscheid Nr. 89/2016 des Verfassungsgerichtshofes vom 9. Juni 2016 (B.S. vom 1. August 2016)]

Art. 353 - § 1 - Der König legt binnen einer Frist von zwölf Monaten ab dem Tag der Veröffentlichung des vorliegenden Gesetzes im *Belgischen Staatsblatt* das Datum des Inkrafttretens von Teil 4 Titel 4 Kapitel 5 mit der Überschrift "Besondere Bestimmungen für bestimmte Versicherungsverträge, die die Rückzahlung des Kapitals eines Kredits garantieren" oder eines oder mehrerer Artikel dieses Kapitels 5 fest.

§ 2 - Der König bestimmt das Datum des Inkrafttretens der Artikel 344, 345 und 346.

(1) Unter "Anschlusszeitpunkt" ist der Zeitpunkt zu verstehen, zu dem der Hauptversicherte durch den Versicherungsnehmer zum ersten Mal der Krankenversicherung angeschlossen wird, unabhängig von späteren Änderungen dieses Versicherungsvertrags oder ungeachtet eines Wechsels des Versicherers (Art. 78 des G. vom 29. Juni 2016, B.S. vom 6. Juli 2016, Err. B.S. vom 8. Juli 2016)