

WETTEN, DECRETEN, ORDONNANTIES EN VERORDENINGEN

LOIS, DECRETS, ORDONNANCES ET REGLEMENTS

FEDERALE OVERHEIDSDIENST ECONOMIE,
K.M.O., MIDDENSTAND EN ENERGIE

[C – 2022/34022]

30 OKTOBER 2022. — Wet tot wijziging van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen met het oog op het uitbreiden van het recht om vergeten te worden (1)

FILIP, Koning der Belgen,

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

De Kamer van volksvertegenwoordigers heeft aangenomen en Wij bekrachtigen hetgeen volgt:

HOOFDSTUK 1. — *Inleidende bepaling*

Artikel 1. Deze wet regelt een aangelegenheid als bedoeld in artikel 74 van de Grondwet.

HOOFDSTUK 2. — *Wijzigingen van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen*

Art. 2. In deel 4, titel II, hoofdstuk I, afdeling Ibis, van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen, wordt een onderafdeling 1 ingevoegd die artikel 61/1 bevat, luidende:

“Onderafdeling 1. – “Toepassingsgebied”.

Art. 3. Artikel 61/1 van dezelfde wet, ingevoegd bij de wet van 4 april 2019, wordt vervangen als volgt:

“Art. 61/1. De bepalingen van deze afdeling zijn van toepassing op:

1° verzekeringsovereenkomsten die de terugbetaling van het kapitaal waarborgen:

a) van een hypothecair krediet bedoeld in artikel 224;

b) van een beroepskrediet;

2° de arbeidsongeschiktheidsverzekeringen bedoeld in artikel 201, § 1, 2°, die al dan niet beroepsgebonden zijn.”.

Art. 4. In deel 4, titel II, hoofdstuk I, afdeling Ibis, van dezelfde wet, wordt een onderafdeling 2 ingevoegd die de artikelen 61/2 tot 61/7 bevat, luidende:

“Onderafdeling 2. – *Schuldsaldoverzekering*”.

Art. 5. In onderafdeling 2, ingevoegd bij artikel 4, wordt artikel 61/2 vervangen als volgt:

“Art. 61/2. § 1. Personen die getroffen werden of worden door een kankeraandoening, ongeacht het type, en die een verzekering zoals bedoeld in artikel 61/1, 1°, willen aangaan, moeten die aandoening melden aan hun verzekeraar overeenkomstig artikel 58.

§ 2. Het is de verzekeringsonderneming echter verboden om bij het verstrijken van een termijn van acht jaar na het succesvol beëindigen van de behandeling en voor zover er geen herval plaatsvond binnen deze termijn, deze kankeraandoening in acht te nemen bij het bepalen van de huidige gezondheidstoestand, zoals vermeld in artikel 61.

Indien de persoon op het moment dat de kankeraandoening werd gediagnosticeerd jonger was dan 21 jaar, bedraagt de in het eerste lid bedoelde termijn maximum vijf jaar.

De termijn bedoeld in het eerste lid wordt op 1 januari 2025 teruggebracht tot vijf jaar.

§ 3. Onder het succesvol beëindigen van de behandeling wordt begrepen de datum waarop de actieve behandeling van de kankeraandoening werd beëindigd, in afwezigheid van een nieuwe opstoot van kanker.

De verzekeringsonderneming mag deze kankeraandoening niet uitsluiten uit het verzekeringsovereenkomst of de verzekering weigeren omwille van deze kankeraandoening.”.

Art. 6. In onderafdeling 2, ingevoegd bij artikel 4, wordt artikel 61/3 vervangen als volgt:

“Art. 61/3. § 1. Voor zover het medisch en verzekeringstechnisch objectief en redelijk verantwoord is op basis van wetenschappelijke gegevens, kan de Koning in een referentierooster een aantal types van kankeraandoeningen definiëren waarvoor de termijn bedoeld in artikel 61/2, § 2, wordt aangepast, in functie van leeftijdscategorieën en/of het type van kankeraandoeningen. De aangepaste termijn mag in geen

SERVICE PUBLIC FEDERAL ECONOMIE,
P.M.E., CLASSES MOYENNES ET ENERGIE

[C – 2022/34022]

30 OCTOBRE 2022. — Loi modifiant la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances en vue d'étendre le droit à l'oubli (1)

PHILIPPE, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

La Chambre des représentants a adopté et Nous sanctionnons ce qui suit:

CHAPITRE 1^{er}. — *Disposition introductive*

Article 1^{er}. La présente loi règle une matière visée à l'article 74 de la Constitution.

CHAPITRE 2. — *Modifications de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances*

Art. 2. Dans la partie 4, titre II, chapitre 1^{er}, section Ibis, de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, il est inséré une sous-section 1^{ère} comportant l'article 61/1 intitulée:

“Sous-section 1^{ère}. – *Champ d'application*”.

Art. 3. L'article 61/1 de la même loi, inséré par la loi du 4 avril 2019, est remplacé par ce qui suit:

“Art. 61/1. Les dispositions de la présente section sont applicables:

1° aux contrats d'assurance qui garantissent le remboursement du capital:

a) d'un crédit hypothécaire visé à l'article 224;

b) d'un crédit professionnel;

2° aux contrats d'assurance incapacité de travail visés à l'article 201, § 1^{er}, 2°, qu'ils soient ou non liés à une activité professionnelle.”.

Art. 4. Dans la partie 4, titre II, chapitre 1^{er}, section Ibis, de la même loi, il est inséré une sous-section 2 comportant les articles 61/2 à 61/7, intitulée:

“Sous-section 2. – *Assurance solde restant dû*”.

Art. 5. Dans la sous-section 2 insérée par l'article 4, l'article 61/2 est remplacé par ce qui suit:

“Art. 61/2. § 1^{er}. Les personnes qui sont ou ont été atteintes d'une pathologie cancéreuse, quel que soit le type, et qui veulent contracter une assurance telle que visée à l'article 61/1, 1°, doivent déclarer cette pathologie à leur assureur, conformément à l'article 58.

§ 2. Il est toutefois interdit à l'entreprise d'assurance, à l'expiration d'un délai de huit ans après la fin d'un traitement réussi et en l'absence de rechute dans ce délai, de prendre en compte cette pathologie cancéreuse pour déterminer l'état de santé actuel, tel que prévu à l'article 61.

Si la personne était âgée de moins de 21 ans au moment où la pathologie cancéreuse a été diagnostiquée, le délai visé à l'alinéa 1^{er} est de cinq ans maximum.

Le délai visé à l'alinéa 1^{er} est ramené à cinq ans le 1^{er} janvier 2025.

§ 3. Par la fin d'un traitement réussi, on entend la date de la fin du traitement actif de la pathologie cancéreuse, en l'absence d'une nouvelle apparition du cancer.

L'entreprise d'assurance ne peut exclure du contrat d'assurance cette pathologie cancéreuse ou refuser l'assurance en raison de ladite pathologie cancéreuse.”.

Art. 6. Dans la sous-section 2, insérée par l'article 4, l'article 61/3 est remplacé par ce qui suit:

“Art. 61/3. § 1^{er}. Pour autant qu'il en soit justifié objectivement et raisonnablement au regard de la technique médicale et assurantielle, sur la base de données scientifiques, le Roi peut déterminer, dans une grille de référence, certains types d'affections cancéreuses pour lesquelles le délai visé à l'article 61/2, § 2, est adapté en fonction de catégories d'âge et/ou types d'affection cancéreuse. Le délai adapté ne peut

geval langer dan acht jaar bedragen. Indien de persoon op het moment dat de kankeraandoening werd gediagnosticeerd jonger was dan 21 jaar, mag de aangepaste termijn in geen geval vijf jaar overschrijden.

Het is de verzekeringsonderneming verboden om na de termijn vermeld in het referentierooster, rekening te houden met deze aandoe­ningen bij het bepalen van de huidige gezondheidstoestand.

§ 2. Voor zover het medisch en verzekeringstechnisch objectief en redelijk verantwoord is op basis van wetenschappelijke gegevens, kan de Koning, op voorstel van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg en na advies van het Opvolgingsbureau voor de tarifiering bedoeld in artikel 217, het referentierooster aanpassen met bepaalde types van kankeraandoeningen, waarbij Hij in voorkomend geval de nadere regels bepaalt volgens dewelke de termijn bedoeld in artikel 61/2, § 2, kan worden aangepast. De aangepaste termijn mag in geen geval langer dan acht jaar bedragen. Indien de persoon op het moment dat de kankeraandoening werd gediagnosticeerd jonger was dan 21 jaar, mag de aangepaste termijn in geen geval vijf jaar overschrijden.

Het is de verzekeringsonderneming verboden om na de termijn vermeld in het referentierooster, rekening te houden met deze aandoe­ning bij het bepalen van de huidige gezondheidstoestand.”.

Art. 7. In onderafdeling 2, ingevoegd bij artikel 4, wordt artikel 61/4 vervangen als volgt:

“Art. 61/4. § 1. Voor zover het medisch en verzekeringstechnisch objectief en redelijk verantwoord is op basis van wetenschappelijke gegevens, kan de Koning in een referentierooster een aantal chronische ziektes definiëren waarvoor, in voorkomend geval, gekoppeld aan de nadere regels:

1° de verzekeringsonderneming geen bijpremies mag aanrekenen, noch in een uitsluiting mag voorzien of de overeenkomst mag weigeren ten gevolge van deze aandoening;

2° de verzekeringsonderneming een bijpremie kan aanrekenen ten gevolge van deze aandoening, waarbij de Koning eveneens het niveau bepaalt waarop deze bijpremie medisch en verzekeringstechnisch verantwoord is.

§ 2. Voor zover het medisch en verzekeringstechnisch objectief en redelijk verantwoord is op basis van wetenschappelijke gegevens, kan de Koning, op voorstel van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg en na advies van het Opvolgingsbureau voor de tarifiering bedoeld in artikel 217, het referentierooster aanpassen voor bepaalde chronische aandoeningen, en kan Hij bepalen na welke termijnen en volgens welke nadere regels:

1° de verzekeringsonderneming geen bijpremies mag aanrekenen, noch in een uitsluiting mag voorzien of de overeenkomst mag weigeren ten gevolge van deze aandoening;

2° de verzekeringsonderneming een bijpremie kan aanrekenen ten gevolge van deze aandoening waarbij de Koning eveneens het niveau bepaalt waarop deze bijpremie medisch en verzekeringstechnisch verantwoord is.”.

Art. 8. In onderafdeling 2, ingevoegd bij artikel 4, wordt een artikel 61/5 ingevoegd, luidende:

“Art. 61/5. § 1. Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg evalueert het referentierooster tweejaarlijks in functie van de medische vooruitgang en de beschikbare wetenschappelijke gegevens inzake de aandoeningen, bedoeld in de artikelen 61/3 en 61/4. Het deelt zijn voorstel van aanpassing van het referentierooster mee aan het Opvolgingsbureau voor de tarifiering, bedoeld in artikel 217. Dit Opvolgingsbureau zendt het voorstel, vergezeld van zijn advies, door aan de minister bevoegd voor Verzekeringen, evenals aan de minister bevoegd voor Sociale Zaken.

Voor zover het medisch en verzekeringstechnisch objectief en redelijk verantwoord is op basis van wetenschappelijke gegevens, kan de Koning het referentierooster aanpassen.

§ 2. De Koning kan de termijn bedoeld in paragraaf 1 aanpassen en het voorwerp van het voorstel tot aanpassing bepalen.”.

Art. 9. In onderafdeling 2, ingevoegd bij artikel 4, wordt een artikel 61/6 ingevoegd, luidende:

“Art. 61/6. De financiering van de adviserende opdracht van het Opvolgingsbureau voor de tarifiering over de voorstellen van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg betreffende het recht om vergeten te worden zoals bedoeld in de artikelen 61/3 tot 61/5, is ten laste van de overeenkomstig artikel 220 erkende Compensatiekas.”.

toutefois pas excéder huit ans. Si la personne était âgée de moins de 21 ans au moment où l'affection cancéreuse a été diagnostiquée, le délai adapté ne peut pas excéder cinq ans.

Après le délai mentionné dans la grille de référence, il est interdit à l'entreprise d'assurance de tenir compte de ces affections lors de la détermination de l'état de santé actuel.

§ 2. Pour autant qu'il en soit justifié objectivement et raisonnablement au regard de la technique médicale et assurantielle, sur la base de données scientifiques, le Roi peut, sur proposition du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé et après avis du Bureau du suivi de la tarification visé à l'article 217, adapter la grille de référence à certains types d'affections cancéreuses, le cas échéant en déterminant les modalités suivant lesquelles, le délai visé à l'article 61/2, § 2, peut être adapté. Le délai adaptée ne peut toutefois pas excéder huit ans. Si la personne était âgée de moins de 21 ans au moment où l'affection cancéreuse a été diagnostiquée, le délai adapté ne peut pas excéder cinq ans.

Après le délai mentionné dans la grille de référence, il est interdit à l'entreprise d'assurance de tenir compte de ces affections lors de la détermination de l'état de santé actuel.”.

Art. 7. Dans la sous-section 2 insérée par l'article 4, l'article 61/4 est remplacé par ce qui suit:

“Art. 61/4. § 1^{er}. Pour autant qu'il en soit justifié objectivement et raisonnablement au regard de la technique médicale et assurantielle, sur la base de données scientifiques, le Roi peut déterminer, dans une grille de référence, un certain nombre de maladies chroniques pour lesquelles, le cas échéant, selon certaines modalités:

1° l'entreprise d'assurance ne peut ni imputer une surprime, ni prévoir une exclusion ou refuser de conclure le contrat en raison de cette affection;

2° l'entreprise d'assurance peut imputer une surprime en raison de cette affection. Le Roi détermine également le niveau auquel cette surprime est justifiée au regard de la technique médicale et assurantielle.

§ 2. Pour autant qu'il en soit justifié objectivement et raisonnablement au regard de la technique médicale et assurantielle, sur la base de données scientifiques, le Roi peut, sur proposition du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé et après avis du Bureau du suivi de la tarification visé à l'article 217, adapter la grille de référence pour des affections chroniques particulières, et déterminer après quels délais et suivant quelles modalités:

1° l'entreprise d'assurance ne peut imputer aucune surprime, ni prévoir une exclusion ou refuser de conclure le contrat en raison de cette affection;

2° l'entreprise d'assurance peut imputer une surprime en raison de cette affection. Le Roi détermine également le niveau auquel cette surprime est justifiée au regard de la technique médicale et assurantielle.”.

Art. 8. Dans la sous-section 2 insérée par l'article 4, il est inséré un article 61/5 rédigé comme suit:

“Art. 61/5. § 1^{er}. Tous les deux ans, le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé évalue la grille de référence en fonction du progrès médical et des données scientifiques disponibles relatives aux pathologies visées aux articles 61/3 et 61/4. Il communique sa proposition d'adaptation de la grille de référence au Bureau du suivi de la tarification visé à l'article 217. Ce Bureau du suivi de la tarification transmet la proposition accompagnée de son avis au ministre qui a les Assurances dans ses attributions, ainsi qu'au ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions.

Pour autant qu'il en soit justifié objectivement et raisonnablement au regard de la technique médicale et assurantielle, sur la base de données scientifiques, le Roi peut adapter la grille de référence.

§ 2. Le Roi peut adapter le délai visé au paragraphe 1^{er} et déterminer l'objet de la proposition d'adaptation.”.

Art. 9. Dans la sous-section 2, insérée par l'article 4, il est inséré un article 61/6 rédigé comme suit:

“Art. 61/6. Le financement de la mission d'avis du Bureau du suivi de la tarification sur les propositions du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé concernant le droit à l'oubli, visées aux articles 61/3 à 61/5, est à charge de la Caisse de compensation agréée conformément à l'article 220.”.

Art. 10. In onderafdeling 2, ingevoegd bij artikel 4, wordt een artikel 61/7 ingevoegd, luidende:

“Art. 61/7. Onverminderd de bevoegdheid van de hoven en rechtbanken, worden de geschillen met betrekking tot de toepassing van de bepalingen van deze onderafdeling door de meest gerede partij eerst voorgelegd aan het Opvolgingsbureau voor de tarifiering bedoeld in artikel 217. Het Opvolgingsbureau voor de tarifiering geeft zijn advies binnen vijftien werkdagen vanaf de ontvangst van het volledige dossier. Op eenvoudig verzoek van het Bureau, zendt de verzekeringsonderneming haar dossier door.

De financiering van de adviserende opdracht van het Opvolgingsbureau voor de tarifiering inzake geschillen zoals bedoeld in het eerste lid, is ten laste van de overeenkomstig artikel 220 erkende Compensatiekassen.”.

Art. 11. In deel 4, titel II, hoofdstuk I, afdeling Ibis, van dezelfde wet, wordt een onderafdeling 3 ingevoegd die de artikelen 61/8 tot 61/13 bevat, luidende:

“Onderafdeling 3. – arbeidsongeschiktheidsverzekering”.

Art. 12. In onderafdeling 3, ingevoegd bij artikel 11, wordt een artikel 61/8 ingevoegd, luidende:

“Art. 61/8. § 1. Personen die getroffen werden of worden door een kankeraandoening, ongeacht het type, en die een verzekering zoals bedoeld in artikel 61/1, 2°, willen aangaan, moeten die aandoening melden aan hun verzekeraar overeenkomstig artikel 58.

§ 2. Het is de verzekeringsonderneming echter verboden om bij het verstrijken van een termijn van acht jaar na het succesvol beëindigen van de behandeling en voor zover er geen herval noch een arbeidsongeschiktheid ten gevolge van de kanker plaatsvond binnen deze termijn, deze kankeraandoening in acht te nemen bij het bepalen van de huidige gezondheidstoestand, zoals vermeld in artikel 61.

Indien de persoon op het moment dat de kankeraandoening werd gediagnosticeerd jonger was dan 21 jaar, bedraagt de in het eerste lid bedoelde termijn maximum vijf jaar.

De termijn bedoeld in het eerste lid wordt tot vijf jaar teruggebracht op 1 januari 2025.

§ 3. Onder het succesvol beëindigen van de behandeling wordt begrepen de datum waarop de actieve behandeling van de kankeraandoening werd beëindigd, in afwezigheid van een nieuwe opstoot van kanker.

De verzekeringsonderneming mag deze kankeraandoening niet uitsluiten uit de verzekeringsovereenkomst of de verzekering weigeren omwille van deze kankeraandoening.”.

Art. 13. In onderafdeling 3, ingevoegd bij artikel 11, wordt een artikel 61/9 ingevoegd, luidende:

“Art. 61/9. § 1. Niettegenstaande de artikelen 61/8 en 61/10, mag de verzekeringsonderneming de blijvende economische en/of fysiologische arbeidsongeschiktheid en/of invaliditeit ten gevolge van kanker die bestaat op het ogenblik van de sluiting van de verzekeringsovereenkomst of van de aansluiting bij een beroepsgebonden verzekering, uitsluiten van de dekking.

De voorgestelde uitsluiting en de redenen daarvoor moeten in duidelijke, nauwkeurige en begrijpelijke bewoordingen aan de kandidaat-verzekeringnemer of, in voorkomend geval, aan de kandidaat-verzekerde worden medegedeeld. In de motivering zet de verzekeraar met name uiteen welke gegevens hij heeft gebruikt, alsook welke criteria hij heeft gehanteerd bij de formulering van zijn voorstel.

§ 2. De kandidaat-verzekeringnemer die niet akkoord gaat met de voorgestelde uitsluiting brengt de verzekeraar hiervan op de hoogte. De verzekeraar maakt onverwijld het hele dossier over aan de herverzekeraar met het verzoek het te beoordelen.

Voor zover er door de kandidaat-verzekerde geen enkele nieuwe informatie aan de verzekeraar wordt verstrekt, dient de herverzekeraar het voorstel van de verzekeraar niet opnieuw te beoordelen voor zover hij reeds door de verzekeraar werd geraadpleegd bij het onderzoek van het dossier door de verzekeraar en zijn advies werd opgevolgd.

De herverzekeraar beslist alleen op grond van het toegezonden dossier. Elk rechtstreeks contact tussen enerzijds de herverzekeraar en anderzijds de verzekeringnemer, de verzekerde of de behandelende geneesheer is verboden.

Wanneer de herverzekeraar de beslissing van de verzekeraar bevestigt, bevestigt de verzekeraar de oorspronkelijke beslissing aan de kandidaat-verzekeringnemer.

In het tegenovergestelde geval volgt de verzekeraar, als hij besluit de overeenkomst te sluiten, de beslissing van de herverzekeraar en past hij zijn verzekeringsvoorstel in die zin aan.

Art. 10. Dans la sous-section 2, insérée par l'article 4, il est inséré un article 61/7 rédigé comme suit:

“Art. 61/7. Sans préjudice de la compétence des cours et tribunaux, les litiges relatifs à l'application des dispositions de la présente sous-section sont d'abord soumis, par la partie la plus diligente, au Bureau du suivi de la tarification visé à l'article 217. Le Bureau du suivi de la tarification donne son avis dans un délai de quinze jours ouvrables prenant cours à la date de la réception du dossier complet. Sur simple demande du Bureau, l'entreprise d'assurance transmet son dossier.

Le financement de la mission d'avis du Bureau du suivi de la tarification sur les litiges visés à l'alinéa 1^{er} est à charge de la Caisse de compensation agréée conformément à l'article 220.”.

Art. 11. Dans la partie 4, titre II, chapitre 1^{er}, section Ibis, de la même loi, il est inséré une sous-section 3 comportant les articles 61/8 à 61/13, intitulée:

“Sous-section 3. – Assurance incapacité de travail”.

Art. 12. Dans la sous-section 3, insérée par l'article 11, il est inséré un article 61/8 rédigé comme suit:

“Art. 61/8. § 1^{er}. Les personnes qui sont ou ont été atteintes d'une pathologie cancéreuse, quel que soit le type, et qui veulent contracter une assurance telle que visée à l'article 61/1, 2°, doivent déclarer cette pathologie à leur assureur conformément à l'article 58.

§ 2. Il est toutefois interdit à l'entreprise d'assurance, à l'expiration d'un délai de huit ans après la fin d'un traitement réussi et en l'absence de rechute et d'incapacité de travail à la suite de la pathologie cancéreuse dans ce délai, de prendre en compte cette pathologie cancéreuse pour déterminer l'état de santé actuel, tel que prévu à l'article 61.

Si la personne était âgée de moins de 21 ans au moment où la pathologie cancéreuse a été diagnostiquée, le délai visé à l'alinéa 1^{er} est de cinq ans maximum.

Le délai visé à l'alinéa 1^{er} est ramené à cinq ans le 1^{er} janvier 2025.

§ 3. Par la fin d'un traitement réussi, on entend la date de la fin du traitement actif de la pathologie cancéreuse, en l'absence d'une nouvelle apparition du cancer.

L'entreprise d'assurance ne peut exclure du contrat d'assurance cette pathologie cancéreuse ou refuser l'assurance en raison de ladite pathologie cancéreuse.”.

Art. 13. Dans la sous-section 3 insérée par l'article 11, il est inséré un article 61/9 rédigé comme suit:

“Art. 61/9. § 1^{er}. Nonobstant les articles 61/8 et 61/10, l'entreprise d'assurance peut exclure de la couverture l'incapacité de travail économique ou physiologique permanente et/ou l'invalidité consécutive à un cancer qui existe au moment de la souscription du contrat d'assurance ou de l'affiliation à une assurance liée à l'activité professionnelle.

La proposition d'exclusion et sa motivation doivent être communiquées au candidat preneur d'assurance ou, le cas échéant, au candidat assuré en termes clairs, précis et compréhensibles. Dans la motivation, l'assureur expose, en particulier, les données qu'il a utilisées, ainsi que les critères qu'il a appliqués et qui l'ont amené à formuler sa proposition.

§ 2. Le candidat preneur d'assurance qui n'est pas d'accord avec l'exclusion proposée en informe l'assureur. L'assureur transmet immédiatement l'ensemble du dossier au réassureur, en lui demandant de l'évaluer.

Pour autant qu'aucun élément nouveau ne soit transmis par le candidat assuré à l'assureur, le réassureur ne doit pas réévaluer la proposition de l'assureur pour autant qu'il ait déjà été consulté par celui-ci lors de l'examen du dossier par l'assureur et que son avis a été suivi.

Le réassureur décide sur la seule base du dossier transmis. Tout contact direct entre, d'une part, le réassureur et, d'autre part, le preneur d'assurance, l'assuré ou le médecin traitant est interdit.

Lorsque le réassureur confirme la décision de l'assureur, ce dernier confirme sa décision initiale au candidat à l'assurance.

Dans le cas contraire, l'assureur, s'il décide de conclure le contrat, suit la position du réassureur et modifie en ce sens la proposition d'assurance.

De verzekeraar beschikt over een termijn van vijftien dagen, vanaf het ogenblik waarop hij kennis neemt van de weigering van de kandidaat-verzekeringnemer, om zijn beslissing mee te delen.

De verzekeraar informeert de kandidaat-verzekeringnemer of, in voorkomend geval, de kandidaat-verzekerde.

De verzekeringsovereenkomst bepaalt in duidelijke, nauwkeurige en begrijpelijke bewoordingen de uitsluiting en de draagwijdte ervan.”.

Art. 14. In onderafdeling 3, ingevoegd bij artikel 11, wordt een artikel 61/10 ingevoegd, luidende:

“Art. 61/10. § 1. Voor zover het medisch en verzekeringstechnisch objectief en redelijk verantwoord is op basis van wetenschappelijke gegevens, kan de Koning, op voorstel van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg en na het advies van ten minste één expert inzake verzekeringstechniek te hebben ingewonnen, in een referentierooster een aantal types van kankeraandoeningen definiëren waarvoor de termijn bedoeld in artikel 61/8, § 2, wordt aangepast. De aangepaste termijn mag in geen geval meer dan acht jaar bedragen. Indien de persoon op het moment dat de kankeraandoening werd gediagnosticeerd jonger was dan 21 jaar, mag de aangepaste termijn in geen geval vijf jaar overschrijden.

Het is de verzekeringsonderneming verboden om na de termijn vermeld in het referentierooster, rekening te houden met deze aandoening bij het bepalen van de huidige gezondheidstoestand.

§ 2. Voor zover het medisch en verzekeringstechnisch objectief en redelijk verantwoord is op basis van wetenschappelijke gegevens, kan de Koning, op voorstel van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg en na het advies van ten minste één expert inzake verzekeringstechniek te hebben ingewonnen, het referentierooster aanpassen met bepaalde types van kankeraandoeningen, waarbij Hij in voorkomend geval de nadere regels bepaalt volgens dewelke de termijn bedoeld in artikel 61/8, § 2, kan worden aangepast. De aangepaste termijn mag in geen geval meer dan acht jaar bedragen. Indien de persoon op het moment dat de kankeraandoening werd gediagnosticeerd jonger was dan 21 jaar, mag de aangepaste termijn in geen geval vijf jaar overschrijden.

Het is de verzekeringsonderneming verboden om na de termijn vermeld in het referentierooster, rekening te houden met deze aandoening bij het bepalen van de huidige gezondheidstoestand.”.

Art. 15. In onderafdeling 3, ingevoegd bij artikel 11, wordt een artikel 61/11 ingevoegd, luidende:

“Art. 61/11. § 1. Voor zover het medisch en verzekeringstechnisch objectief en redelijk verantwoord is op basis van wetenschappelijke gegevens, kan de Koning, op voorstel van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg en na het advies van ten minste één expert inzake verzekeringen te hebben ingewonnen, in een referentierooster, een aantal chronische ziektes definiëren waarvoor, in voorkomend geval, gekoppeld aan de nadere regels:

1° de verzekeringsonderneming geen bijpremies mag aanrekenen, noch in een uitsluiting mag voorzien of de overeenkomst mag weigeren ten gevolge van deze aandoening;

2° de verzekeringsonderneming een bij premie kan aanrekenen ten gevolge van deze aandoening, waarbij de Koning eveneens het niveau bepaalt waarop deze bij premie medisch en verzekeringstechnisch verantwoord is.

§ 2. Voor zover het medisch en verzekeringstechnisch objectief en redelijk verantwoord is op basis van wetenschappelijke gegevens, kan de Koning, op voorstel van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg en na het advies van ten minste één expert inzake verzekeringen te hebben ingewonnen, het referentierooster aanpassen voor bepaalde chronische aandoeningen, en kan Hij bepalen na welke termijnen en volgens welke nadere regels:

1° de verzekeringsonderneming geen bijpremies mag aanrekenen, noch in een uitsluiting mag voorzien of de overeenkomst mag weigeren ten gevolge van deze aandoening;

2° de verzekeringsonderneming een bij premie kan aanrekenen ten gevolge van deze aandoening waarbij de Koning eveneens het niveau bepaalt waarop deze bij premie medisch en verzekeringstechnisch verantwoord is.”.

Art. 16. In onderafdeling 3, ingevoegd bij artikel 11, wordt een artikel 61/12 ingevoegd, luidende:

“Art. 61/12. § 1. Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg evalueert het referentierooster tweemaal in functie van de medische vooruitgang en de beschikbare wetenschappelijke gegevens inzake de aandoeningen, bedoeld in de artikelen 61/10 en 61/11. Het

L'assureur dispose d'un délai de quinze jours à dater de la prise de connaissance du refus du candidat preneur d'assurance pour communiquer sa décision.

L'assureur en informe le candidat preneur d'assurance, et le cas échéant, le candidat assuré.

Le contrat d'assurance détermine en termes clairs, précis et compréhensibles l'exclusion et sa portée.”.

Art. 14. Dans la sous-section 3 insérée par l'article 11, il est inséré un article 61/10 rédigé comme suit:

“Art. 61/10. § 1^{er}. Pour autant qu'il en soit justifié objectivement et raisonnablement au regard de la technique médicale et assurantielle, sur la base de données scientifiques, le Roi peut, sur proposition du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé et après avoir recueilli l'avis d'au moins un expert en technique assurantielle, déterminer, dans une grille de référence, certains types d'affections cancéreuses pour lesquelles le délai visé à l'article 61/8, § 2, est adapté. Le délai adaptée ne peut toutefois pas excéder huit ans. Si la personne était âgée de moins de 21 ans au moment où l'affection cancéreuse a été diagnostiquée, le délai adapté ne peut pas excéder cinq ans.

Après le délai mentionné dans la grille de référence, il est interdit à l'entreprise d'assurance de tenir compte de ces affections lors de la détermination de l'état de santé actuel.

§ 2. Pour autant qu'il en soit justifié objectivement et raisonnablement au regard de la technique médicale et assurantielle, sur la base de données scientifiques, le Roi peut, sur proposition du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé et après avoir recueilli l'avis d'au moins un expert en technique assurantielle, adapter la grille de référence à certains types d'affections cancéreuses, le cas échéant en déterminant les modalités suivant lesquelles le délai visé à l'article 61/8, § 2, peut être adapté. Le délai adaptée ne peut toutefois pas excéder huit ans. Si la personne était âgée de moins de 21 ans au moment où l'affection cancéreuse a été diagnostiquée, le délai adapté ne peut pas excéder cinq ans.

Après le délai mentionné dans la grille de référence, il est interdit à l'entreprise d'assurance de tenir compte de ces affections lors de la détermination de l'état de santé actuel.”.

Art. 15. Dans la sous-section 3, insérée par l'article 11, il est inséré un article 61/11 rédigé comme suit:

“Art. 61/11. § 1^{er}. Pour autant qu'il en soit justifié objectivement et raisonnablement au regard de la technique médicale et assurantielle, sur la base de données scientifiques, le Roi peut, sur proposition du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé et après avoir recueilli l'avis d'au moins un expert en technique assurantielle, déterminer, dans une grille de référence, un certain nombre de maladies chroniques pour lesquelles, le cas échéant, selon certaines modalités:

1° l'entreprise d'assurance ne peut imputer aucune surprime, ni prévoir une exclusion ou refuser de conclure le contrat en raison de cette affection;

2° l'entreprise d'assurance peut imputer une surprime en raison de cette affection. Le Roi détermine également le niveau auquel cette surprime est justifiée au regard de la technique médicale et assurantielle.

§ 2. Pour autant qu'il en soit justifié objectivement et raisonnablement au regard de la technique médicale et assurantielle, sur la base de données scientifiques, le Roi peut, sur proposition du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé et après avoir recueilli l'avis d'au moins un expert en technique assurantielle, adapter la grille de référence reprenant un certain nombre de maladies chroniques et peut déterminer après quels délais et suivant quelles modalités:

1° l'entreprise d'assurance ne peut imputer aucune surprime, ni prévoir une exclusion ou refuser de conclure le contrat en raison de cette affection;

2° l'entreprise d'assurance peut imputer une surprime en raison de cette affection. Le Roi détermine également le niveau auquel cette surprime est justifiée au regard de la technique médicale et assurantielle.”.

Art. 16. Dans la sous-section 3, insérée par l'article 11, il est inséré un article 61/12 rédigé comme suit:

“Art. 61/12. § 1^{er}. Tous les deux ans, le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé évalue la grille de référence en fonction du progrès médical et des données scientifiques disponibles relatives aux pathologies visées aux articles 61/10 et 61/11. Il communique sa proposition au

deelt het voorstel van aanpassing van het referentierooster mee aan de minister bevoegd voor Verzekeringen, evenals aan de minister bevoegd voor Sociale Zaken.

Voor zover het medisch en verzekeringstechnisch objectief en redelijk verantwoord is op basis van wetenschappelijke gegevens, kan de Koning, op voorstel van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, na het advies van ten minste één expert inzake verzekerings-techniek te hebben ingewonnen, het referentierooster aanpassen.

§ 2. De Koning kan de termijn bedoeld in paragraaf 1 aanpassen en het voorwerp van het voorstel tot aanpassing bepalen.”.

Art. 17. In onderafdeling 3, ingevoegd bij artikel 11, wordt een artikel 61/13 ingevoegd, luidende:

“Art. 61/13. § 1. Onverminderd de artikelen 61/10, 61/11 en 61/12 kan de Koning bij het in artikel 217 bedoelde Opvolgingsbureau voor tarifiering een afdeling oprichten die bevoegd is voor de arbeidsongeschiktheidsverzekering. De Koning kan deze afdeling belasten met het uitbrengen van adviezen over de voorstellen van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg en ze zodanig te amenderen dat ze in overeenstemming zijn met de medische- en verzekeringstechniek.

De Koning kan deze afdeling van het Opvolgingsbureau voor de tarifiering belasten met het uitbrengen van adviezen in het kader van geschillen met betrekking tot de toepassing van deze onderafdeling, en de modaliteiten ervan vaststellen.

§ 2. De financiering van de adviesopdrachten van het Opvolgingsbureau voor de tarifiering, bedoeld in paragraaf 1 is ten laste van de ombudsdienst inzake verzekeringen zoals bedoeld in artikel 322.

Tweejaarlijks, te rekenen vanaf de datum van inwerkingtreding van dit artikel, wordt de financiering opnieuw geëvalueerd op basis van een verslag van de ombudsdienst inzake verzekeringen aan de minister bevoegd voor Verzekeringen. De Koning kan bepalen dat een Compensatiekas “ziekte” moet voorzien in de financiering van deze taak.”.

HOOFDSTUK 3. — *Overgangsbepaling*

Art. 18. De reglementaire bepalingen die ter uitvoering van deel 4, titel II, hoofdstuk I, afdeling Ibis, van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen zijn genomen, en die niet strijdig zijn met de nieuwe bepalingen, blijven van kracht totdat ze worden opgeheven of vervangen door besluiten die ter uitvoering van deze afdeling Ibis worden genomen.

Kondigen deze wet af, bevelen dat zij met ‘s Lands zegel zal worden bekleed en door het *Belgisch Staatsblad* zal worden bekendgemaakt.

Gegeven te Ciergnon, 30 oktober 2022.

FILIP

Van Koningswege :
De Minister van Economie,
P.-Y. DERMAGNE
Met ‘s Lands zegel gezegd:
De Minister van Justitie,
V. VAN QUICKENBORNE

Nota

(1) Kamer van volksvertegenwoordigers :

(www.dekamer.be)

Stukken : 55-1639 (2020/2021)

Integraal Verslag : 27 oktober 2022.

ministre qui a les Assurances dans ses attributions ainsi qu’au ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions.

Pour autant qu’il en soit justifié objectivement et raisonnablement au regard de la technique médicale et assurantielle, sur la base de données scientifiques, le Roi peut, sur proposition du Centre Fédéral d’Expertise des Soins de Santé, après avoir recueilli l’avis d’au moins un expert en technique assurantielle, adapter la grille de référence.

§ 2. Le Roi peut adapter le délai visé au paragraphe 1^{er} et déterminer l’objet de la proposition d’adaptation.”.

Art. 17. Dans la sous-section 3, insérée par l’article 11, il est inséré un article 61/13 rédigé comme suit:

“Art. 61/13. § 1^{er}. Sans préjudice des articles 61/10, 61/11 et 61/12, le Roi peut créer au sein du Bureau du suivi de la tarification visé à l’article 217, une section en charge de l’assurance incapacité de travail. Le Roi peut charger cette section d’émettre des avis sur les propositions du Centre Fédéral d’Expertise des Soins de Santé et de les amender afin que celles-ci répondent à la technique médicale et assurantielle.

Le Roi peut charger cette section du Bureau du suivi de la tarification d’émettre des avis dans le cadre des litiges relatifs à l’application de la présente sous-section et en fixer les modalités.

§ 2. Le financement des missions d’avis du Bureau du suivi de la tarification visées au paragraphe 1^{er}, sont à charge du service ombudsman des assurances visé à l’article 322.

Tous les deux ans à dater de l’entrée en vigueur du présent article, le financement est réévalué sur la base d’un rapport du service de l’ombudsman des assurances au ministre qui a les Assurances dans ses attributions. Le Roi peut déterminer qu’une Caisse de compensation “maladie” doit pourvoir au financement de cette mission.”.

CHAPITRE 3. — *Disposition transitoire*

Art. 18. Les dispositions réglementaires qui ont été prises en exécution de la partie 4, titre II, chapitre 1^{er}, section Ibis, de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances et qui ne sont pas contraires aux nouvelles dispositions demeurent en vigueur jusqu’à leur abrogation ou le remplacement par des arrêtés pris en exécution de cette section Ibis.

Promulguons la présente loi, ordonnons qu’elle soit revêtue du sceau de l’Etat et publiée par le *Moniteur belge*.

Donné à Ciergnon, le 30 octobre 2022.

PHILIPPE

Par le Roi :
Le Ministre de l’Economie,
P.-Y. DERMAGNE
Scellé du sceau de l’Etat :
Le Ministre de la Justice,
V. VAN QUICKENBORNE

Note

(1) Chambre des représentants:

(www.lachambre.be)

Documents : 55-1639 (2020/2021)

Compte rendu intégral : 27 octobre 2022

FEDERALE OVERHEIDSDIENST ECONOMIE, K.M.O., MIDDENSTAND EN ENERGIE

[C - 2022/42713]

20 OKTOBER 2022. — Koninklijk besluit tot goedkeuring van het reglement van de Autoriteit voor Financiële Diensten en Markten dat beperkende voorwaarden oplegt bij de commercialisering, bij de consumenten, van bepaalde verzekeringsovereenkomsten over multimedia-apparaten. — Erratum

In het *Belgisch Staatsblad* van 3 november 2022, nr. 274, akte 2022/42461, bladzijde 79423, dient na artikel 3 (‘Inwerkingtreding’) “Brussel, 4 oktober 2022.” te worden gelezen in plaats van “Brussel, 20 oktober 2022.”.

SERVICE PUBLIC FEDERAL ECONOMIE, P.M.E., CLASSES MOYENNES ET ENERGIE

[C - 2022/42713]

20 OCTOBRE 2022. — Arrêté royal portant approbation du règlement de l’Autorité des services et marchés financiers subordonnant à des conditions restrictives la commercialisation auprès des consommateurs de certains contrats d’assurance portant sur des appareils multimédias. — Erratum

Dans le *Moniteur belge* du 3 novembre 2022, n° 274, acte n° 2022/42461, page 79423, il y a lieu de lire, après l’article 3 (‘Entrée en vigueur’), « Bruxelles, le 4 octobre 2022. », au lieu de « Bruxelles, le 20 octobre 2022. ».