

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

COUR CONSTITUTIONNELLE

F. 2011 — 2037

[2011/202859]

Extrait de l'arrêt n° 90/2011 du 31 mai 2011

Numéros du rôle : 4843 et 4846

En cause : les recours en annulation de l'article 12 et des articles 6, 12, 13 et 15 de la loi du 17 juin 2009 « modifiant, en ce qui concerne les contrats d'assurance maladie, la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre et la loi du 20 juillet 2007 modifiant, en ce qui concerne les contrats privés d'assurance maladie, la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre », introduits respectivement par l'ASBL « Association Belge des Consommateurs Test-Achats » et autres et par l'Union professionnelle des entreprises d'assurances Assuralia.

La Cour constitutionnelle,

composée des présidents R. Henneuse et M. Bossuyt, et des juges E. De Groot, L. Lavrysen, J.-P. Snappe, J.-P. Moerman, E. Derycke, J. Spreutels, T. Merckx-Van Goey et P. Nihoul, assistée du greffier P.-Y. Dutilleux, présidée par le président R. Henneuse,

après en avoir délibéré, rend l'arrêt suivant :

I. *Objet des recours et procédure*

a. Par requête adressée à la Cour par lettre recommandée à la poste le 7 janvier 2010 et parvenue au greffe le 8 janvier 2010, l'ASBL « Association Belge des Consommateurs Test-Achats », dont le siège social est établi à 1060 Bruxelles, rue de Hollande 13, Ann Fasseel, demeurant à 9310 Meldert, Huizekensstraat 32, et Corinne Chaudron, demeurant à 1471 Loupoigne, chaussée de Charleroi 130, ont introduit un recours en annulation de l'article 12 de la loi du 17 juin 2009 « modifiant, en ce qui concerne les contrats d'assurance maladie, la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre et la loi du 20 juillet 2007 modifiant, en ce qui concerne les contrats privés d'assurance maladie, la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre » (publiée au *Moniteur belge* du 8 juillet 2009, deuxième édition).

b. Par requête adressée à la Cour par lettre recommandée à la poste le 8 janvier 2010 et parvenue au greffe le 11 janvier 2010, l'Union professionnelle des entreprises d'assurances Assuralia, dont le siège est établi à 1000 Bruxelles, square de Meeûs 29, a introduit un recours en annulation des articles 6, 12, 13 et 15 de la loi du 17 juin 2009 précitée.

Ces affaires, inscrites sous les numéros 4843 et 4846 du rôle de la Cour, ont été jointes.

(...)

II. *En droit*

(...)

B.1.1. Le chapitre IV du titre III (« Des assurances de personnes ») de la loi du 25 juin 1992 « sur le contrat d'assurance terrestre », inséré par l'article 2 de la loi du 20 juillet 2007, porte sur les « contrats d'assurance maladie ».

La section Ière (« Dispositions préliminaires ») de ce chapitre IV ne contient que l'article 138bis-1. Modifiée par l'article 2 de loi du 17 juin 2009 « modifiant, en ce qui concerne les contrats d'assurance maladie, la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre et la loi du 20 juillet 2007 modifiant, en ce qui concerne les contrats privés d'assurance maladie, la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre », cette disposition définit les notions de « contrat d'assurance maladie », de « contrat d'assurance maladie lié à l'activité professionnelle », d'« assuré principal » et d'« assurés secondaires ».

La section II de ce chapitre IV - dont l'intitulé a été modifié par l'article 3 de la loi du 17 juin 2009 - comprend, entre autres, les articles 138bis-2 à 138bis-4 de la loi du 25 juin 1992. Elle est applicable aux « contrats d'assurance maladie non liés à l'activité professionnelle » (article 138bis-2, alinéa 1^{er}, de la loi du 25 juin 1992).

L'article 138bis-3 de la loi du 25 juin 1992 - inséré par l'article 2 de la loi du 20 juillet 2007 et modifié par l'article 5 de la loi du 17 juin 2009 - dispose :

« Durée du contrat d'assurance

§ 1^{er}. Sans préjudice de l'application des articles 6, 7, 11, 14, 15, 16, 17, 24 et hormis le cas de fraude, les contrats d'assurance maladie visés à l'article 138bis-1, § 1^{er}, 1^o, 3^o et 4^o sont conclus à vie. Les contrats d'assurance maladie visés à l'article 138bis-1, § 1^{er}, 2^o, valent jusqu'à l'âge de 65 ans ou un âge antérieur, si cet âge est l'âge normal auquel l'assuré met complètement et définitivement fin à son activité professionnelle.

§ 2. Sans préjudice de l'application de l'article 30, § 3, les contrats peuvent être conclus pour une durée limitée à la demande expresse de l'assuré principal et s'il y va de son intérêt.

§ 3. Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux contrats d'assurance maladie offerts à titre accessoire par rapport au risque principal, dont la durée n'est pas à vie ».

B.1.2. L'article 6 de la loi du 17 juin 2009 remplace l'article 138bis-4 de la loi du 25 juin 1992 - inséré par l'article 2 de la loi du 20 juillet 2007 - par la disposition suivante :

« § 1^{er}. Sauf accord réciproque des parties et à la demande exclusive de l'assuré principal, ainsi que dans les cas visés aux § 2, 3 et 4, l'assureur ne peut plus apporter de modifications aux bases techniques de la prime ni aux conditions de couverture après que le contrat d'assurance maladie ait été conclu.

La modification des bases techniques de la prime et/ou des conditions de couverture, moyennant l'accord réciproque des parties, prévue à l'alinéa 1^{er}, ne peut s'effectuer que dans l'intérêt des assurés.

§ 2. La prime, la franchise et la prestation peuvent être adaptées à la date d'échéance annuelle de la prime sur la base de l'indice des prix à la consommation.

§ 3. La prime, la franchise et la prestation peuvent être adaptées, à la date d'échéance annuelle de la prime et sur la base d'un ou plusieurs indices spécifiques, aux coûts des services couverts par les contrats privés d'assurance maladie si et dans la mesure où l'évolution de cet ou de ces indices dépasse celle de l'indice des prix à la consommation.

Le Roi, sur proposition conjointe des ministres qui ont les Assurances et les Affaires sociales dans leurs attributions et après consultation du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (ci-après 'le Centre d'expertise'), détermine la méthode de construction de ces indices. A cet effet, Il :

- sélectionne un ensemble de paramètres objectifs et représentatifs;
- détermine le mode de calcul des valeurs de ces paramètres;
- détermine les poids respectifs de ces paramètres dans le ou les indices.

Cette méthode peut être évaluée par le Centre d'expertise, à la demande conjointe des ministres qui ont les Affaires sociales et les Assurances dans leurs attributions.

Sur la base de la méthode fixée par le Roi, le SPF Economie calcule et publie annuellement au *Moniteur belge* la valeur de l'indice ou des indices, sur la base des chiffres connus au 30 juin. La publication du résultat se fait au plus tard le 1^{er} septembre. Les modalités de collaboration entre le Centre d'expertise et le SPF Economie font l'objet d'un protocole signé entre ces deux institutions.

Le Roi peut augmenter la fréquence du calcul et de la publication de la valeur de l'indice ou des indices.

Les personnes et institutions qui disposent des renseignements nécessaires au calcul sont tenues de les communiquer au Centre d'expertise et au SPF Economie à la demande de ceux-ci.

§ 4. L'application du présent article ne porte pas préjudice à l'article 21octies de la loi du 9 juillet 1975 relative au contrôle des entreprises d'assurances.

§ 5. La prime, la période de carence et les conditions de couverture peuvent être adaptées de manière raisonnable et proportionnelle :

1. aux modifications intervenues dans la profession de l'assuré, en ce qui concerne l'assurance soins de santé non obligatoire, l'assurance incapacité de travail, l'assurance invalidité et l'assurance soins et/ou
2. aux modifications intervenues dans le revenu de l'assuré, en ce qui concerne l'assurance incapacité de travail et l'assurance invalidité et/ou
3. lorsque celui-ci change de statut dans le système de sécurité sociale, en ce qui concerne l'assurance soins de santé et l'assurance incapacité de travail, pour autant que ces modi [f]ications aient une in [f]luence significative sur le risque et/ou le coût ou l'étendue des prestations garanties ».

B.2. L'article 12 de la même loi du 17 juin 2009 remplace l'article 21octies, § 2, de la loi du 9 juillet 1975 « relative au contrôle des entreprises d'assurances » comme suit :

« La CBFA peut exiger qu'une entreprise mette un tarif en équilibre si elle constate que l'application de ce tarif donne lieu à des pertes.

Sans préjudice de l'alinéa 1^{er}, la CBFA, à la demande d'une entreprise et si elle constate que l'application de ce tarif, nonobstant l'application de l'article 138bis-4, §§ 2 et 3, de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre, donne lieu ou risque de donner lieu à des pertes, dans le cas d'un contrat d'assurance-maladie autre que professionnel au sens de l'article 138bis-2, de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre, peut autoriser l'entreprise à prendre des mesures afin de mettre ses tarifs en équilibre. Ces mesures peuvent comporter une adaptation des conditions de couverture.

Le relèvement d'un tarif s'applique aux contrats souscrits à partir de la notification de la décision de la CBFA et, sans préjudice du droit à la résiliation du preneur d'assurances, il s'applique également aux primes et cotisations de contrats en cours, qui viennent à échéance à partir du premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision de la CBFA.

Le relèvement d'un tarif n'est pas soumis à l'obligation de déclaration des hausses de prix visée par la loi du 22 janvier 1945 sur la réglementation économique et les prix et par ses arrêtés d'exécution. La CBFA informe la Commission des prix de la décision de relèvement du tarif. Cette décision ne prend effet que quinze jours après cette notification et ne vaut que pour une durée déterminée par la CBFA ».

Cette nouvelle disposition de la loi du 9 juillet 1975 fait partie du chapitre III (« De l'exercice de l'activité d'assurances ») de cette loi.

La Cour ne doit pas tenir compte des modifications apportées à cette disposition par l'arrêté royal du 3 mars 2011 « mettant en œuvre l'évolution des structures de contrôle du secteur financier », entrées en vigueur le 1^{er} avril 2011 (article 351, § 1^{er}, du même arrêté).

B.3. L'article 13 de la loi du 17 juin 2009 remplace l'article 3 de la loi du 20 juillet 2007 par la disposition suivante :

« § 1^{er}. La présente loi entre en vigueur le 1^{er} juillet 2007. Elle est applicable tant aux nouveaux contrats d'assurance maladie qu'aux contrats d'assurance maladie conclus avant son entrée en vigueur.

§ 2. Pour ce qui est des contrats d'assurance maladie existants non liés à l'activité professionnelle, une période transitoire de deux ans est applicable à partir du 1^{er} juillet 2007 en ce qui concerne l'application de l'article 138bis-4 de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre.

Pour ce qui est des contrats d'assurance maladie existants non liés à l'activité professionnelle qui, au moment de l'entrée en vigueur de la présente loi, ne satisfont pas aux exigences de l'article 138bis-3, de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre, l'entreprise d'assurances propose à l'assuré principal, au plus tard deux ans à partir du 1^{er} juillet 2007, un nouveau contrat d'assurance maladie conforme à ces exigences. L'assuré principal décide, dans les trente jours de la réception de la proposition, d'y souscrire ou de maintenir son contrat d'assurance maladie en cours pour sa durée restante.

Les contrats d'assurance maladie existants non liés à l'activité professionnelle qui ont été conclus par un ou plusieurs preneurs d'assurance au pro [f]it d'un ou plusieurs assurés principaux et/ou un ou plusieurs assurés secondaires, sont soumis au terme de la période transitoire visée à l'alinéa 1^{er}, aux dispositions du chapitre IV, section III, de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre. Des nouveaux assurés principaux ne peuvent plus s'affilier à ces assurances.

§ 3. Pour ce qui est des contrats d'assurance maladie existants liés à l'activité professionnelle, une période transitoire de deux ans est applicable à partir du 1^{er} juillet 2007 pour adapter ces contrats aux exigences du titre III, chapitre IV, section III, de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre.

§ 4. Les contrats d'assurance maladie existants devront avoir été adaptés formellement au plus tard le 1^{er} juillet 2009 ».

B.4. L'article 15 de la loi du 17 juin 2009 dispose que cette dernière loi « produit ses effets à partir du 1^{er} juillet 2007 ».

Quant à l'objet des recours

B.5.1. Il ressort de l'exposé des moyens que contient la requête en annulation déposée dans l'affaire n° 4843 que les moyens de ce recours ne sont dirigés que contre l'alinéa 2 de l'article 21octies, § 2, de la loi du 9 juillet 1975, inséré par l'article 12 de la loi du 17 juin 2009.

La Cour limite son examen du recours dans l'affaire n° 4843 à cette disposition.

B.5.2. Il ressort de l'exposé des moyens que contient la requête en annulation déposée dans l'affaire n° 4846 que les moyens de ce recours ne sont dirigés que contre l'alinéa 2 de l'article 21octies, § 2, de la loi du 9 juillet 1975, les quatre premiers paragraphes de l'article 138bis-4 de la loi du 25 juin 1992, l'article 3, § 2, alinéas 1^{er} et 2, de la loi du 20 juillet 2007 - insérés respectivement par les articles 12, 6 et 13 de la loi du 17 juin 2009 - ainsi que contre l'article 15 de la loi du 17 juin 2009.

La Cour limite son examen du recours dans l'affaire n° 4846 à ces dispositions.

Quant à la recevabilité

En ce qui concerne l'intérêt des requérantes dans l'affaire n° 4843

B.6.1. L'article 142, alinéa 3, de la Constitution et l'article 2, 2^o, de la loi spéciale du 6 janvier 1989 sur la Cour constitutionnelle imposent à toute personne morale qui introduit un recours en annulation de justifier d'un intérêt.

Ne justifient de l'intérêt requis que les personnes dont la situation pourrait être affectée directement et défavorablement par la norme attaquée. L'action populaire n'est pas admissible.

Lorsqu'une association sans but lucratif qui n'invoque pas son intérêt personnel agit devant la Cour, il est requis que son objet social soit d'une nature particulière et, dès lors, distinct de l'intérêt général; qu'elle défende un intérêt collectif; que la norme attaquée soit susceptible d'affecter son objet social; qu'il n'apparaisse pas, enfin, que cet objet social n'est pas ou n'est plus réellement poursuivi.

B.6.2. La première requérante déduit son intérêt à demander l'annulation de la disposition attaquée du fait que, aux termes de l'article 2 de ses statuts actuels (publiés aux annexes du *Moniteur belge* du 20 décembre 2004), elle « a pour but : 1) la promotion, la défense et la représentation des intérêts des consommateurs et des droits de l'homme en général ainsi que de combattre toutes discriminations » et « peut prendre toutes initiatives et développer toutes activités en relation avec ce but, notamment [...] ester en justice ».

B.6.3. L'article 21octies, § 2, alinéa 2, de la loi du 9 juillet 1975 habilite la Commission bancaire, financière et des assurances (CBFA) à autoriser une entreprise d'assurances à « prendre des mesures afin de mettre ses tarifs en équilibre », mesures qui « peuvent comporter une adaptation des conditions de couverture » des contrats d'assurance visés par cette disposition.

Dès lors que ces mesures sont susceptibles d'affecter directement et défavorablement la situation du consommateur qu'est le preneur d'assurance qui a conclu ce type de contrat d'assurances, la première requérante justifie de l'intérêt requis pour demander l'annulation de la disposition attaquée.

B.6.4. Il n'y a pas lieu d'examiner si les deux autres parties requérantes justifient aussi de l'intérêt requis à attaquer cette disposition.

En ce qui concerne la compétence de la Cour

B.7. Selon l'article 1^{er} de la loi spéciale du 6 janvier 1989, modifié par l'article 2 de la loi spéciale du 9 mars 2003, la Cour est compétente pour statuer sur les recours en annulation d'une loi pour cause de violation des règles qui sont établies par la Constitution ou en vertu de celle-ci pour déterminer les compétences respectives de l'autorité fédérale, des communautés et des régions, et pour cause de violation des articles du titre II « Des Belges et de leurs droits », et des articles 170, 172 et 191 de la Constitution.

Elle n'est pas compétente pour contrôler directement une norme législative au regard de principes généraux, mais peut tenir compte de ceux-ci lorsque sont aussi invoqués les articles 10 et 11 de la Constitution.

En ce qui concerne d'autres aspects de la recevabilité de certains moyens dans les affaires n^{os} 4843 et 4846

B.8.1. Pour satisfaire aux exigences de l'article 6 de la loi spéciale sur la Cour constitutionnelle, les moyens de la requête doivent faire connaître, parmi les règles dont la Cour garantit le respect, celles qui seraient violées ainsi que les dispositions qui violeraient ces règles et exposer en quoi ces règles auraient été transgressées par ces dispositions.

Lorsque le moyen est pris de la violation du principe d'égalité et de non-discrimination garanti par les articles 10 et 11 de la Constitution, il doit préciser quelle est la catégorie de personnes dont la situation doit être comparée avec celle de la catégorie de personnes prétendument discriminées.

Le moyen doit aussi préciser en quoi la disposition attaquée entraîne une différence de traitement qui serait discriminatoire.

Toutefois, lorsque le moyen est pris de la violation du principe d'égalité et de non-discrimination combiné avec un autre droit fondamental, il suffit de préciser en quoi ce droit fondamental est violé, la catégorie de personnes dont ce droit fondamental serait violé devant être comparée avec la catégorie de personnes dont ce droit fondamental est garanti.

B.8.2.1. La requête en annulation déposée dans l'affaire n° 4843 n'indique pas en quoi la disposition attaquée serait incompatible avec l'article 16 de la Constitution.

En ce qu'il est pris de la violation de cette disposition, lue en combinaison avec l'article 1^{er} du Premier Protocole additionnel à la Convention européenne des droits de l'homme, le premier moyen dans cette affaire est irrecevable.

B.8.2.2. Assuralia soutient que, en ce qu'il est pris de la violation des articles 10 et 11 de la Constitution, le premier moyen dans la même affaire est également irrecevable parce qu'il ne définit pas de manière suffisamment précise les catégories de personnes que la Cour est invitée à comparer.

Il y a lieu d'observer que c'est la violation de ces dispositions constitutionnelles, lues en combinaison avec le droit fondamental garanti par l'article 1^{er} du Premier Protocole additionnel à la Convention européenne des droits de l'homme, qui est invoquée. Or, la requête en annulation indique en quoi ce droit fondamental serait violé. Il n'est donc pas nécessaire de préciser quelles sont ces catégories de personnes.

En ce qu'il est pris de la violation des articles 10 et 11 de la Constitution, lus en combinaison avec l'article 1^{er} du Premier Protocole additionnel à la Convention européenne des droits de l'homme, le premier moyen dans l'affaire n° 4843 est recevable.

B.8.3. Tel qu'il est formulé dans la requête en annulation, le troisième moyen dans l'affaire n° 4843 - pris de la violation des articles 10 et 11 de la Constitution - invite la Cour à statuer sur la différence de traitement que ferait la disposition attaquée entre, d'une part, les contrats d'assurance maladie et, d'autre part, les autres contrats (première branche) et les autres contrats d'assurance (deuxième branche).

Les développements de la requête relatifs à ce moyen ne permettent pas à la Cour d'identifier, de manière certaine, des catégories précises de personnes à comparer.

Le troisième moyen dans l'affaire n° 4843 est irrecevable.

B.8.4. La requête en annulation déposée dans l'affaire n° 4843 n'indique pas quelles sont les catégories de personnes que la Cour est invitée à comparer par le quatrième moyen pris de la violation des articles 10 et 11 de la Constitution.

Le quatrième moyen dans l'affaire n° 4843 est irrecevable.

B.8.5. Tel qu'il est formulé dans la requête en annulation, le premier moyen dans l'affaire n° 4846 invite la Cour à statuer, entre autres, sur la compatibilité des dispositions attaquées avec les articles 10 et 11 de la Constitution, lus en combinaison avec la liberté du commerce et de l'industrie, un « principe général de la liberté contractuelle » et l'article 1^{er} du Premier Protocole additionnel à la Convention européenne des droits de l'homme.

Les développements de la requête n'exposent pas en quoi ces règles seraient transgressées par les dispositions attaquées.

En ce qu'il est pris de la violation des articles 10 et 11 de la Constitution, lus en combinaison avec la liberté du commerce et de l'industrie, un « principe général de la liberté contractuelle » et l'article 1^{er} du Premier Protocole additionnel à la Convention européenne des droits de l'homme, le premier moyen dans l'affaire n° 4846 est irrecevable.

B.8.6. Le premier moyen dans l'affaire n° 4846 invite aussi la Cour à statuer sur la compatibilité, avec les articles 10 et 11 de la Constitution lus isolément, des dispositions attaquées en ce que celles-ci feraient une différence de traitement entre, d'une part, les entreprises d'assurances qui concluent des contrats d'assurance maladie auxquels s'appliquent ces dispositions et, d'autre part, les entreprises d'assurances qui concluent d'autres contrats d'assurance.

Les développements de la requête relatifs à ce moyen ne permettent pas à la Cour d'identifier, de manière certaine, les contours précis de la seconde catégorie d'entreprises d'assurances.

En ce qu'il porte sur la différence de traitement précitée, le premier moyen dans l'affaire n° 4846 est irrecevable.

B.8.7. Le cinquième moyen dans l'affaire n° 4846 invite la Cour à statuer sur la compatibilité des dispositions attaquées, entre autres, avec les articles 10 et 11 de la Constitution lus en combinaison avec l'article 1^{er} du Premier Protocole additionnel à la Convention européenne des droits de l'homme.

Les développements de la requête n'exposent pas en quoi ces règles seraient transgressées par les dispositions attaquées.

En ce qu'il est pris de la violation des articles 10 et 11 de la Constitution lus en combinaison avec l'article 1^{er} du Premier Protocole additionnel à la Convention européenne des droits de l'homme, le cinquième moyen dans l'affaire n° 4846 est irrecevable.

B.8.8. Le cinquième moyen dans l'affaire n° 4846 invite aussi la Cour à statuer sur la compatibilité des dispositions attaquées, entre autres, avec les articles 10 et 11 de la Constitution lus en combinaison avec l'article 13 de la Convention européenne des droits de l'homme.

L'article 13 de la Convention européenne des droits de l'homme, intitulé « Droit à un recours effectif », dispose :

« Toute personne dont les droits et libertés reconnus dans la présente Convention ont été violés, a droit à l'octroi d'un recours effectif devant une instance nationale, alors même que la violation aurait été commise par des personnes agissant dans l'exercice de leurs fonctions officielles ».

Pour être recevable, un moyen pris de la violation des articles 10 et 11 de la Constitution, lus en combinaison avec l'article 13 de la Convention européenne, doit indiquer de manière plausible quel autre droit garanti par cette Convention risque d'être violé.

Or, la requête n'indique pas de manière plausible quel est le droit protégé par cette Convention dont la violation pourrait être alléguée par l'introduction d'un recours effectif dont le moyen dénonce l'absence.

En ce qu'il est pris de la violation des articles 10 et 11 de la Constitution, lus en combinaison avec l'article 13 de la Convention européenne des droits de l'homme, le cinquième moyen dans l'affaire n° 4846 est irrecevable.

Quant au fond de l'affaire n° 4843

En ce qui concerne le premier moyen

B.9.1. Il ressort des développements de la requête en annulation déposée dans l'affaire n° 4843 que la Cour est invitée à statuer sur la compatibilité, avec les articles 10 et 11 de la Constitution, lus en combinaison avec l'article 1^{er} du Premier Protocole additionnel à la Convention européenne des droits de l'homme, de l'article 21octies, § 2, alinéa 2, de la loi du 9 juillet 1975 - inséré par l'article 12 de la loi du 17 juin 2009 - en ce que cette disposition habilite la CBFA à autoriser une entreprise d'assurances à modifier, pour l'avenir, les clauses d'un contrat d'assurance visé par cette disposition, au préjudice de l'assuré de ce contrat.

B.9.2. L'article 1^{er} du Premier Protocole additionnel à la Convention européenne des droits de l'homme dispose :

« Toute personne physique ou morale a droit au respect de ses biens. Nul ne peut être privé de sa propriété que pour cause d'utilité publique et dans les conditions prévues par la loi et les principes généraux du droit international.

Les dispositions précédentes ne portent pas atteinte au droit que possèdent les Etats de mettre en vigueur les lois qu'ils jugent nécessaires pour réglementer l'usage des biens conformément à l'intérêt général ou pour assurer le paiement des impôts ou d'autres contributions ou des amendes ».

Sont des « biens » au sens de cette disposition, les valeurs patrimoniales, telles que des créances en vertu desquelles leurs titulaires peuvent prétendre avoir au moins une espérance légitime et raisonnable d'obtenir la jouissance effective d'un droit de propriété (CEDH, 27 novembre 2007, *Hamer c. Belgique*, § 75; CEDH, grande chambre, 29 mars 2010, *Depalle c. France*, § 63; CEDH, 18 mai 2010, *Plalam S.P.A. c. Italie*, § 36), étant entendu que cette espérance doit reposer sur une « base suffisante en droit interne » (CEDH, grande chambre, 28 septembre 2004, *Kopecky c. Slovaquie*, § 52; CEDH, grande chambre, 29 mars 2010, *Depalle c. France*, § 63).

B.9.3. Les développements du moyen ne permettent pas à la Cour de déterminer quelle est la créance qui est susceptible de constituer un bien - au sens de cette disposition - de l'assuré dont le respect serait mis en cause par la disposition attaquée.

B.9.4. Le premier moyen n'est pas fondé.

En ce qui concerne le deuxième moyen

B.10.1. Il ressort des développements de la requête en annulation déposée dans l'affaire n° 4843 que la Cour est invitée à statuer sur la compatibilité, avec les articles 10 et 11 de la Constitution, lus en combinaison avec l'article 1^{er} du Premier Protocole additionnel à la Convention européenne des droits de l'homme, de l'article 21octies, § 2, alinéa 2, de la loi du 9 juillet 1975 - inséré par l'article 12 de la loi du 17 juin 2009 - en ce que cette disposition fait une différence de traitement entre l'assuré et l'entreprise d'assurances, puisqu'elle ne permet pas au premier de demander à la CBFA l'autorisation de modifier les conditions du contrat d'assurance visé par cette disposition, lorsqu'il rencontre des difficultés financières.

B.10.2. La disposition attaquée donne à une entreprise d'assurances le droit de demander à la CBFA une autorisation de « prendre des mesures afin de mettre ses tarifs en équilibre ». Cette autorisation n'est octroyée qu'à certaines conditions. Ces mesures peuvent consister en une « adaptation des conditions de couverture » (article 21octies, § 2, alinéa 2, deuxième phrase, de la loi du 9 juillet 1975).

Avant l'entrée en vigueur de la disposition attaquée, la CBFA avait déjà le pouvoir d'exiger d'une entreprise d'assurances qu'elle « mette un tarif en équilibre » lorsqu'elle constatait que « l'application de ce tarif donn[ait] lieu à des pertes » (article 21*octies*, § 2, première phrase, de la loi du 9 juillet 1975). Cette règle - confirmée par l'article 21*octies*, § 2, alinéa 1^{er}, tel qu'il a été inséré par l'article 12 de la loi du 17 juin 2009 - s'inscrit dans le cadre d'un contrôle de la rentabilité des entreprises d'assurances (*Doc. parl.*, Chambre, 1990-1991, n° 1587/1, pp. 2, 8-9) permettant d'imposer une augmentation immédiate, même temporaire, de tarifs à une « entreprise en difficulté », lorsque ces tarifs « sont manifestement trop bas et compromettent à long terme la santé de l'entreprise » (*ibid.*, n° 1587/4, pp. 24 et 38).

La disposition attaquée a pour but de « permettre aux entreprises d'assurances subissant des pertes exceptionnelles et graves » de demander à la CBFA l'autorisation d'« augmenter leurs tarifs » afin de « revenir à l'équilibre financier » (*Doc. parl.*, Chambre, 2008-2009, DOC 52-1662/004, p. 35). Elle ne concerne que des « situations spécifiques et particulières » (*ibid.*, p. 35). Cette disposition a « aussi pour finalité de protéger le consommateur, puisque c'est ce dernier qui pâtirait le plus de la faillite éventuelle de son assureur » (*Doc. parl.*, Sénat, 2008-2009, n° 4-1235/3, p. 17).

La demande qu'une entreprise d'assurances peut adresser à la CBFA sur la base de la disposition attaquée a une portée qui excède une relation contractuelle déterminée nouée entre cette entreprise et un preneur d'assurance déterminé.

B.10.3. Compte tenu de l'objectif poursuivi par la disposition attaquée, la différence de traitement précitée n'est pas dénuée de justification raisonnable.

B.10.4. Le deuxième moyen n'est pas fondé.

Quant au fond de l'affaire n° 4846

En ce qui concerne le premier moyen

B.11.1. Il ressort des développements du premier moyen que la Cour est invitée à statuer sur la compatibilité, avec les articles 10 et 11 de la Constitution, de l'article 138*bis*-4, §§ 1^{er} à 4, de la loi du 25 juin 1992 (remplacé par l'article 6 de la loi du 17 juin 2009) et de l'article 21*octies*, § 2, alinéa 2, de la loi du 9 juillet 1975 (inséré par l'article 12 de la loi du 17 juin 2009), en ce que ces dernières dispositions feraient une différence de traitement entre, d'une part, l'assureur qui a conclu un contrat viager d'assurance maladie non lié à l'activité professionnelle et, d'autre part, la mutualité qui organise un « service 'hospitalisation' ».

Les conditions d'augmentation de la contrepartie financière de la prestation à fournir en exécution de ce contrat ou dans le cadre de ce service ainsi que les conditions de modification des « conditions de couverture » liées à ce contrat ou à ce service seraient plus souples pour la mutualité que pour l'assureur, en ce que la mutualité pourrait augmenter cette contrepartie ou modifier ces « conditions de couverture » par une simple décision de son assemblée générale sans obtenir le consentement du bénéficiaire de son service.

B.11.2.1. Une mutualité est une association de personnes physiques qui, dans un « esprit de prévoyance, d'assistance mutuelle et de solidarité » a pour but de « promouvoir le bien-être physique, psychique et social » et qui exerce ses activités « sans but lucratif » (article 2, § 1^{er}, de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités).

B.11.2.2. Le « service 'hospitalisation' » organisé par une mutualité est une « intervention financière » au profit de ses « membres » et des « personnes à leur charge » consistant en l'octroi, « en cas d'hospitalisation », soit d'une « indemnité forfaitaire par journée d'hospitalisation », soit d'une « indemnisation en fonction des frais relatifs à des soins hospitaliers réellement supportés » (article 9, § 1^{er}*ter*, 1^o, lu en combinaison avec l'article 3, alinéa 1^{er}, *b*), de la loi du 6 août 1990).

B.11.3. La loi du 26 avril 2010 « portant des dispositions diverses en matière d'organisation de l'assurance maladie complémentaire (I) » apporte plusieurs modifications à la réglementation relative au « service 'hospitalisation' ». La plupart des dispositions de cette loi sont entrées en vigueur le 1^{er} mars 2010 (article 75, alinéa 1^{er}, de la loi du 26 avril 2010).

Toutefois, la mutualité qui existait lors de cette entrée en vigueur reste libre de continuer à organiser ce service « dans le respect des dispositions de la loi du 6 août 1990 et de ses mesures d'exécution qui étaient d'application la veille de [cette] entrée en vigueur » jusqu'au 31 décembre 2011, sans tenir compte des modifications apportées par la loi du 26 avril 2010 (article 75, alinéas 2 à 4, de la loi du 26 avril 2010; article 1^{er} de l'arrêté royal du 21 janvier 2011 « portant exécution de l'article 75, alinéa 4, de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière d'organisation de l'assurance maladie complémentaire (I) »).

Compte tenu de la date du dépôt de la requête en annulation (le 8 janvier 2010), le premier moyen invite la Cour à tenir compte de la réglementation relative aux mutualités qui était applicable avant l'entrée en vigueur de la loi du 26 avril 2010. Il y aura lieu également d'examiner la différence de traitement visée en B.11.1 à la lumière des modifications apportées par cette loi.

B.11.4.1. Une mutualité ne peut augmenter le montant des cotisations d'un « service 'hospitalisation' » que dans trois cas de figure : afin de l'adapter à l'« index-santé », « lorsque la hausse réelle et significative des coûts des prestations garanties ou lorsque l'évolution des risques à couvrir le requi[èrent] », ou « en présence de circonstances significatives et exceptionnelles » (article 9, § 1^{er}*quinquies*, alinéa 5, de la loi du 6 août 1990, inséré par l'article 2, 4), de la loi du 11 mai 2007 « modifiant la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités »). La « hausse réelle et significative des coûts des prestations garanties », l'« évolution des risques à couvrir » et les « circonstances significatives et exceptionnelles » sont appréciées par l'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités (article 9, § 1^{er}*quinquies*, alinéa 6, de la loi du 6 août 1990, inséré par l'article 2, 4), de la loi du 11 mai 2007).

Les « conditions de couverture » des membres d'une mutualité organisant un « service 'hospitalisation' » ne peuvent, quant à elles, « être modifiées que sur la base d'éléments objectifs durables et de manière proportionnelle à ces éléments » qui sont « soumis à l'appréciation » de l'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités (article 9, § 1^{er}*quinquies*, alinéa 7, de la loi du 6 août 1990, inséré par l'article 2, 4), de la loi du 11 mai 2007).

B.11.4.2. Tant l'augmentation du montant des cotisations que la modification des « conditions de couverture » d'un « service 'hospitalisation' » supposent une modification des statuts de la mutualité (article 9, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 4^o, de la loi du 6 août 1990, avant sa modification par l'article 5, 1^o, de la loi du 26 avril 2010), soit, en principe, une décision de l'assemblée générale de la mutualité, adoptée à la majorité des deux tiers des votes exprimés (article 10 de la loi du 6 août 1990; article 15, § 1^{er}, 1^o, de la même loi). L'assemblée générale peut néanmoins, pour une durée d'un an (renouvelable), déléguer au conseil d'administration de la mutualité la compétence de décider les « adaptations de cotisations » (article 15, § 3, alinéas 1^{er} et 2, de la loi du 6 août 1990).

Qu'elle soit décidée par l'assemblée générale ou par le conseil d'administration, la modification statutaire portant augmentation du montant des cotisations du « service 'hospitalisation' » doit être approuvée par l'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités qui vérifiera si l'« augmentation prévue de la masse des cotisations est proportionnelle à l'augmentation des dépenses dans le service concerné » (article 11, § 2, 3^o, de la loi du 6 août 1990, tel qu'il était libellé après son remplacement par l'article 3 de la loi du 11 mai 2007; article 15, § 3, alinéa 3, de la loi du 6 août 1990, remplacé par l'article 139, 3^o, de la loi du 12 août 2000 portant des dispositions sociales, budgétaires et diverses).

La modification statutaire portant modification des « conditions de couverture » d'un « service ' hospitalisation ' » doit aussi être approuvée par l'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités, qui vérifiera que « ladite modification est basée sur des éléments objectifs durables et est proportionnelle auxdits éléments » (article 11, § 2, 4^o, de la loi du 6 août 1990).

Selon les travaux préparatoires de la loi du 11 mai 2007 - qui a inséré dans la loi du 6 août 1990 les dispositions réglant les conditions dans lesquelles une mutualité peut augmenter le montant des cotisations et modifier les conditions de couverture du « service ' hospitalisation ' » -, la relation entre une mutualité et l'un de ses membres se distingue de celle qui existe entre les parties à un contrat d'assurance, en ce qu'il ne s'agit pas d'une « relation contractuelle individuelle » mais d'une « relation statutaire basée sur le principe de la solidarité ». Il a été précisé qu'en signant le formulaire d'affiliation, le membre d'une mutualité est lié par les statuts de celle-ci et par ses modifications (*Doc. parl.*, Chambre, 2006-2007, DOC 51-3057/001, p. 9; *ibid.*, DOC 51-3057/002, p. 5; *Doc. parl.*, Sénat, 2006-2007, n^o 2439/2, p. 4).

B.11.4.3. L'assemblée générale d'une mutualité se compose de « représentants élus en son sein pour une durée de six ans par les membres et les personnes à leur charge majeurs ou émancipés qui résident en Belgique » (article 14, § 1^{er}, de la loi du 6 août 1990).

Lors des travaux préparatoires de la loi du 11 mai 2007 précités, il a aussi été souligné que « la décision de l'assemblée générale de modifier les statuts doit être considérée comme étant prise en vertu d'une délégation des membres » (*Doc. parl.*, Chambre, 2006-2007, DOC 51-3057/001, p. 9).

B.11.4.4. Il ressort de ce qui précède que l'augmentation de la cotisation à un « service ' hospitalisation ' » et la modification des « conditions de couverture » d'un tel service requièrent, en principe, le consentement indirect du bénéficiaire de ce service.

B.11.5. La loi du 26 avril 2010 n'a pas modifié les règles précitées.

B.11.6. En ce qu'elle provient du constat que la mutualité pourrait augmenter la cotisation du « service ' hospitalisation ' » ou modifier ses « conditions de couverture » sans obtenir le consentement du bénéficiaire de son service, la différence de traitement décrite en B.11.1 repose dès lors sur une lecture erronée des règles applicables aux mutualités, tant avant qu'après l'entrée en vigueur de la loi du 26 avril 2010.

B.11.7. Le premier moyen n'est pas fondé.

En ce qui concerne le deuxième moyen

B.12.1. Il ressort des développements du deuxième moyen que la Cour est invitée à statuer sur la compatibilité, avec les articles 10 et 11 de la Constitution, lus en combinaison avec l'article 8, paragraphe 3, de la directive 73/239/CEE du Conseil du 24 juillet 1973 « portant coordination des dispositions législatives, réglementaires et administratives concernant l'accès à l'activité de l'assurance directe autre que l'assurance sur la vie, et son exercice » et avec les articles 29 et 39, paragraphes 2 et 3, de la directive 92/49/CEE du Conseil du 18 juin 1992 « portant coordination des dispositions législatives, réglementaires et administratives concernant l'assurance directe autre que l'assurance sur la vie et modifiant les directives 73/239/CEE et 88/357/CEE », de l'article 138bis-4, §§ 1^{er} à 4, de la loi du 25 juin 1992 et de l'article 21octies, § 2, alinéa 2, de la loi du 9 juillet 1975, en ce que ces dernières dispositions limiteraient la liberté de l'assureur qui a conclu, pour la vie, un contrat d'assurance maladie non lié à l'activité professionnelle de modifier les « bases techniques de la prime » et les « conditions de couverture » de ce contrat.

B.12.2.1. Les articles 6 à 12bis de la directive 73/239/CEE font partie de la section A (« Conditions d'accès ») du titre II (« Règles applicables aux entreprises dont le siège social est à l'intérieur de la Communauté ») de cette directive, tandis que les articles 13 à 21 de la même directive composent la section B (« Conditions d'exercice ») et l'article 22 la section C (« Retrait de l'agrément ») du même titre.

L'article 6 de la directive 73/239/CEE - remplacé par l'article 4 de la directive 92/49/CEE - dispose que l'« accès aux activités d'assurance directe est subordonné à l'octroi d'un agrément administratif préalable » qui « doit être sollicité auprès des autorités de l'Etat membre d'origine », soit par « l'entreprise qui fixe son siège social sur le territoire de cet Etat », soit par « l'entreprise qui, après avoir reçu l'agrément [précité] étend ses activités à l'ensemble d'une branche ou à d'autres branches ».

L'article 8, paragraphes 1 à 2, de la même directive - remplacé par l'article 6 de la directive 92/49/CEE, et modifié la dernière fois par l'article premier de la directive 2006/101/CE du Conseil du 20 novembre 2006 « portant adaptation des directives 73/239/CEE, 74/557/CEE et 2002/83/CE dans le domaine de la libre prestation de services, en raison de l'adhésion de la Bulgarie et de la Roumanie » - mentionne plusieurs conditions auxquelles doit satisfaire une entreprise d'assurances qui sollicite cet agrément.

L'article 8, paragraphe 3, de la directive 73/239/CEE - remplacé par l'article 6 de la directive 92/49/CEE - dispose :

« La présente directive ne fait pas obstacle à ce que les Etats membres maintiennent ou introduisent des dispositions législatives, réglementaires ou administratives qui prévoient l'approbation des statuts et la communication de tout document nécessaire à l'exercice normal du contrôle.

Toutefois, les Etats membres ne prévoient pas de dispositions exigeant l'approbation préalable ou la communication systématique des conditions générales et spéciales des polices d'assurance, des tarifs et des formulaires et autres imprimés que l'entreprise a l'intention d'utiliser dans ses relations avec les preneurs d'assurance.

Les Etats membres ne peuvent maintenir ou introduire la notification préalable ou l'approbation des majorations de tarifs proposées qu'en tant qu'élément d'un système général de contrôle des prix.

[...]

B.12.2.2. Appartenant au chapitre 3 du titre III (« Harmonisation des conditions d'exercice ») de la directive 92/49/CEE, son article 29 dispose :

« Les Etats membres ne prévoient pas de dispositions exigeant l'approbation préalable ou la communication systématique des conditions générales et spéciales des polices d'assurance, des tarifs et des formulaires et autres imprimés qu'une entreprise d'assurance se propose d'utiliser dans ses relations avec les preneurs d'assurance. Dans le but de contrôler le respect des dispositions nationales relatives aux contrats d'assurance, ils ne peuvent exiger que la communication non systématique de ces conditions et de ces autres documents, sans que cette exigence puisse constituer pour l'entreprise une condition préalable de l'exercice de son activité.

Les Etats membres ne peuvent maintenir ou introduire la notification préalable ou l'approbation des majorations des tarifs proposés qu'en tant qu'élément d'un système général de contrôle des prix ».

B.12.2.3. L'article 39 de la directive 92/49/CEE fait partie du titre IV (« Dispositions sur le libre établissement et la libre prestation des services ») et dispose :

« 1. L'article 18 de la directive 88/357/CEE est supprimé.

2. L'Etat membre de la succursale ou de la prestation de services ne prévoit pas de dispositions exigeant l'approbation préalable ou la communication systématique des conditions générales et spéciales des polices d'assurance, des tarifs et des formulaires et autres imprimés que l'entreprise se propose d'utiliser dans ses relations avec les preneurs d'assurance. Dans le but de contrôler le respect des dispositions nationales relatives aux contrats d'assurance, il ne peut exiger de toute entreprise souhaitant effectuer sur son territoire des opérations d'assurance, en régime d'établissement ou en régime de libre prestation de services, que la communication non systématique des conditions et des autres documents qu'elle se propose d'utiliser, sans que cette exigence puisse constituer pour l'entreprise une condition préalable de l'exercice de son activité.

3. L'Etat membre de la succursale ou de la prestation de services ne peut maintenir ou introduire la notification préalable ou l'approbation des majorations de tarifs proposés qu'en tant qu'élément d'un système général de contrôle de prix ».

B.12.2.4. La directive 92/49/CEE, qui a inséré les dispositions précitées, vise à réaliser la « libre commercialisation » de produits d'assurances (CJCE, 11 mai 2000, C-296/98, *Commission des Communautés européennes c. République française*, point 29; CJCE, grande chambre, 25 février 2003, C-59/01, *Commission des Communautés européennes c. République italienne*, point 26). Elle a pour objet de lever tout « obstacle à la commercialisation sur son territoire des produits d'assurance offerts dans [l'Union] », en vue de permettre au preneur d'assurance d'avoir « accès à la plus large gamme de [ces] produits » (considérant 19 de la directive 92/49/CEE), laissant aux Etats « la possibilité [...] d'imposer l'application de leur droit aux contrats d'assurance qui couvrent des risques situés sur leur territoire [afin d']apporter des garanties suffisantes aux preneurs d'assurances qui ont besoin d'une protection particulière » (considérant 18 de la même directive).

Les dispositions précitées de la directive 73/239/CEE et de la directive 92/49/CEE n'ont cependant pas pour objet de régler les relations contractuelles entre une entreprise d'assurances et un preneur d'assurance. Elles interdisent à un Etat d'exiger la communication préalable d'informations ou de documents qu'une entreprise d'assurances « a l'intention » ou « se propose d'utiliser » dans ce type de relations. En indiquant que l'une des exceptions à cette interdiction ne peut « constituer pour l'entreprise d'assurance une condition préalable de l'exercice de son activité », l'article 29, premier alinéa, et l'article 39, paragraphe 2, de la directive 92/49/CEE rappellent que cette interdiction porte sur des communications antérieures à la naissance de toute relation contractuelle entre cette entreprise et le preneur d'assurance. Les règles contenues à l'article 8, paragraphe 3, de la directive 73/239/CEE font, quant à elles, partie d'une disposition énonçant des conditions d'agrément auxquelles l'accès aux activités d'assurance est subordonné.

Les dispositions précitées de la directive 73/239/CEE et de la directive 92/49/CEE n'interdisent pas davantage toute mesure nationale susceptible d'avoir des répercussions sur les tarifs (CJCE, grande chambre, 7 septembre 2004, C-346/02, *Commission des Communautés européennes c. Grand-Duché de Luxembourg*, points 24-25; CJCE, grande chambre, 7 septembre 2004, C-347/02, *Commission des Communautés européennes c. République française*, points 25-26; CJCE, grande chambre, 28 avril 2009, C-518/06, *Commission des Communautés européennes c. République italienne*, points 105-106).

Il ressort de ce qui précède que ces dispositions n'interdisent pas à un Etat d'exiger l'approbation, la communication ou la notification de modifications de contrats déjà conclus. Elles ne concernent que des contrats qui ne sont pas encore conclus.

B.12.3. Les dispositions attaquées interdisent, à l'assureur qui a conclu pour la vie un contrat d'assurance maladie non lié à l'activité professionnelle, de modifier les « bases techniques de la prime » et les « conditions de couverture » de ce contrat, tout en assortissant ce principe de plusieurs exceptions.

Elles n'obligent pas l'assureur à communiquer, à notifier ou à soumettre à l'approbation préalable des autorités les « bases techniques de la prime » ou les « conditions de couverture » de contrats qu'il n'a pas encore conclus, même si ces éléments de contrats à conclure ne sont pas identiques à ceux qui concernent les contrats déjà conclus.

Les dispositions attaquées ne contiennent dès lors pas de mesures incompatibles avec l'article 8, paragraphe 3, de la directive 73/239/CEE et avec les articles 29 et 39, paragraphes 2 et 3, de la directive 92/49/CEE.

B.12.4. Le deuxième moyen n'est pas fondé.

En ce qui concerne le troisième moyen

B.13.1. Il ressort des développements du troisième moyen que la Cour est invitée à statuer sur la compatibilité, avec les articles 10 et 11 de la Constitution, lus en combinaison avec les articles 43 et 49 du Traité instituant la Communauté européenne, de l'article 138bis-4, §§ 1^{er} à 4, de la loi du 25 juin 1992 (remplacé par l'article 6 de la loi du 17 juin 2009) et de l'article 21octies, § 2, alinéa 2, de la loi du 9 juillet 1975 (inséré par l'article 12 de la loi du 17 juin 2009), en ce que ces dernières dispositions porteraient atteinte à la liberté d'établissement et à la libre prestation des services de l'entreprise d'assurances établie dans un autre Etat membre de l'Union européenne qui souhaite conclure des contrats d'assurance maladie viagers non liés à l'activité professionnelle.

B.13.2.1. Les règles énoncées à l'article 43 du Traité instituant la Communauté européenne sont depuis le 1^{er} décembre 2009 - jour de l'entrée en vigueur du Traité « modifiant le traité sur l'Union européenne et le traité instituant la Communauté européenne », signé à Lisbonne le 13 décembre 2007 - contenues à l'article 49 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (ci-après : TFUE), qui dispose :

« Dans le cadre des dispositions ci-après, les restrictions à la liberté d'établissement des ressortissants d'un Etat membre dans le territoire d'un autre Etat membre sont interdites. Cette interdiction s'étend également aux restrictions à la création d'agences, de succursales ou de filiales, par les ressortissants d'un Etat membre établis sur le territoire d'un Etat membre.

La liberté d'établissement comporte l'accès aux activités non salariées et leur exercice, ainsi que la constitution et la gestion d'entreprises, et notamment de sociétés au sens de l'article 54, deuxième alinéa, dans les conditions définies par la législation du pays d'établissement pour ses propres ressortissants, sous réserve des dispositions du chapitre relatif aux capitaux ».

B.13.2.2. Les règles énoncées à l'article 49 du Traité instituant la Communauté européenne sont, depuis le 1^{er} décembre 2009, contenues à l'article 56 du TFUE, qui dispose :

« Dans le cadre des dispositions ci-après, les restrictions à la libre prestation des services à l'intérieur de l'Union sont interdites à l'égard des ressortissants des Etats membres établis dans un Etat membre autre que celui du destinataire de la prestation.

Le Parlement européen et le Conseil, statuant conformément à la procédure législative ordinaire, peuvent étendre le bénéfice des dispositions du présent chapitre aux prestataires de services ressortissants d'un Etat tiers et établis à l'intérieur de l'Union ».

B.13.2.3. L'article 54, deuxième alinéa, du TFUE définit les sociétés comme « les sociétés de droit civil ou commercial, y compris les sociétés coopératives, et les autres personnes morales relevant du droit public ou privé, à l'exception des sociétés qui ne poursuivent pas de but lucratif ». Il est aussi applicable à la matière régie par l'article 56 de ce Traité (article 62 du TFUE).

B.13.3. Les restrictions visées par les articles 49 et 56 du TFUE sont des mesures adoptées par un Etat membre de l'Union européenne qui interdisent, gênent ou rendent moins attrayant l'exercice de la liberté d'établissement ou de la libre prestation des services (CJCE, grande chambre, 28 avril 2009, C-518/06, *Commission des Communautés européennes c. République italienne*, point 62; CJUE, grande chambre, 1^{er} juin 2010, C-570/07 et C-571/07, *Blanco Pérez et Chao Gómez*, point 53; CJUE, 7 octobre 2010, C-515/08, *dos Santos Palhota e.a.*, point 29). Il s'agit, entre autres, de mesures qui, quoique indistinctement applicables aux entreprises de cet Etat et aux entreprises d'autres Etats membres de l'Union européenne, affectent l'accès au marché pour les secondes et entravent ainsi le commerce intracommunautaire (CJCE, grande chambre, 28 avril 2009, C-518/06, *Commission des Communautés européennes c. République italienne*, point 64).

La réglementation d'un Etat membre de l'Union européenne ne constitue pas une restriction du seul fait que d'autres Etats membres appliquent des règles moins strictes ou économiquement plus intéressantes aux prestataires de services similaires établis sur leur territoire (CJCE, grande chambre, 28 avril 2009, C-518/06, *Commission des Communautés européennes c. République italienne*, point 63).

B.13.4. Une restriction à la liberté d'établissement et à la libre prestation des services relevant d'un domaine qui n'a pas fait l'objet d'une harmonisation par l'Union européenne peut être admise si elle répond à des raisons impérieuses d'intérêt général, si elle est propre à garantir la réalisation de l'objectif qu'elle poursuit et si elle ne va pas au-delà de ce qui est nécessaire pour l'atteindre (CJCE, grande chambre, 1^{er} avril 2008, C-212/06, *Gouvernement de la Communauté française et Gouvernement wallon*, point 55; CJCE, 13 décembre 2007, C-250/06, *United Pan-Europe Communications Belgium e.a.*, point 39; CJCE, grande chambre, 28 avril 2009, C-518/06, *Commission des Communautés européennes c. République italienne*, point 72; CJUE, 7 octobre 2010, C-515/08, *dos Santos Palhota et autres*, point 45).

Parmi ces raisons impérieuses d'intérêt général figure la protection des consommateurs (CJCE, 4 décembre 1986, 205/84, *Commission des Communautés européennes c. République fédérale d'Allemagne*, points 30-33; CJCE, grande chambre, 6 mars 2007, C-338/04, C-359/04 et C-360/04, *Placanica et autres*, point 46; CJUE, 18 novembre 2010, C-458/08, *Commission européenne c. République portugaise*, point 89).

B.13.5. Les dispositions attaquées ne relèvent pas d'un domaine qui a fait l'objet d'une harmonisation par l'Union européenne.

B.13.6. Sans qu'il soit nécessaire d'examiner si ces dispositions sont des restrictions au sens des articles 49 et 56 du TFUE, il suffit de constater qu'elles répondent aux critères mentionnés en B.13.4.

B.13.7.1. En effet, la loi du 17 juin 2009 a pour objet de résoudre les problèmes pratiques posés par l'application de la loi du 20 juillet 2007, qui avait pour but d'« apporter certaines garanties importantes » dans l'important secteur de l'« assurance-maladie privée » (*Doc. parl.*, Chambre, 2008-2009, DOC 52-1662/001, p. 4; *ibid.*, DOC 52-1662/004, p. 3; *Doc. parl.*, Sénat, 2008-2009, n° 4-1235/3, p. 2).

Les dispositions attaquées font partie d'un ensemble de règles « essentiel pour la protection de l'assuré » (*Doc. parl.*, Sénat, 2008-2009, n° 4-1235/3, p. 6), visant à protéger le consommateur (*ibid.*, n° 4-1235/3, p. 5).

B.13.7.2. Les dispositions sont propres à garantir la réalisation de cet objectif.

En fixant les limites dans lesquelles l'assureur peut adapter certains éléments du contrat, l'article 138bis-4, §§ 1^{er} à 3, de la loi du 25 juin 1992 vise à empêcher d'éventuelles augmentations de primes excédant une augmentation du coût réel des prestations effectuées, se traduisant par des « hausses brusques aux conséquences souvent ravageuses » pour les assurés (*Doc. parl.*, Chambre, 2008-2009, DOC 52-1662/004, p. 3; *Doc. parl.*, Sénat, 2008-2009, n° 4-1235/3, p. 2). Il vise aussi à mettre un terme aux « hausses de primes aussi importantes qu'inattendues » (*ibid.*, n° 4-1235/3, p. 5) et aux « renchérissements des polices d'assurance » constatés durant les deux années précédant l'adoption des dispositions attaquées (*ibid.*, n° 4-1235/3, pp. 13-14), ainsi qu'à empêcher les assureurs « de pratiquer des prix de lancement intenable sur le long terme » suivis de « rattrapage [s] » (*ibid.*, n° 4-1235/3, p. 5), en vue de garantir à l'assuré une « réelle sécurité tarifaire », quel que soit son âge (*ibid.*).

B.13.7.3. Les dispositions attaquées ne vont pas au-delà de ce qui est nécessaire pour atteindre l'objectif poursuivi.

L'assureur garde le droit de déterminer librement les éléments du contrat - tels que le montant de la prime - au moment de sa conclusion, en proposant le cas échéant « des prix attractifs », dans des « conditions économiquement réalistes » (*Doc. parl.*, Sénat, 2008-2009, n° 4-1235/3, p. 5).

Il est, en outre, prévu que ces éléments du contrat peuvent, après sa conclusion, être adaptés chaque année au coût des services couverts par ce contrat, sur la base d'indices construits à l'aide de paramètres objectifs et représentatifs (article 138bis-4, § 3, de la loi du 25 juin 1992) selon une méthode solide qui assure leur « validité scientifique » (*Doc. parl.*, Chambre, 2008-2009, DOC 52-1662/004, p. 5; *Doc. parl.*, Sénat, 2008-2009, n° 4-1235/3, p. 4).

Lorsque l'adaptation de ces éléments du contrat sur la base de ces indices spécifiques ou sur la base de l'indice des prix à la consommation ne permet pas à l'assureur d'éviter le risque de pertes, celui-ci peut demander à la CBFA l'autorisation de prendre des mesures destinées à mettre ses tarifs en équilibre, telles qu'une adaptation de ses conditions de couverture (article 138bis-4, § 4, de la loi du 25 juin 1992, lu en combinaison avec l'article 21octies, § 2, alinéa 2, de la loi du 9 juillet 1975). Cette procédure, qui s'inscrit dans le cadre de « situations spécifiques et particulières » (*Doc. parl.*, Chambre, 2008-2009, DOC 52-1662/004, p. 35) ou de « circonstances exceptionnelles » (*Doc. parl.*, Sénat, 2008-2009, n° 4-1235/3, p. 5), a pour but de « protéger le consommateur, puisque c'est ce dernier qui pâtirait le plus de la faillite éventuelle de son assureur » (*ibid.*, p. 17).

Enfin, d'autres éléments du contrat peuvent aussi, après sa conclusion, être adaptés par l'assureur, de manière raisonnable et proportionnelle et à certaines conditions, aux modifications de la situation de l'assuré relatives à la profession, au revenu et au statut propre à la sécurité sociale de celui-ci (article 138bis-4, § 5, de la loi du 25 juin 1992).

B.13.8. Les dispositions attaquées sont dès lors compatibles avec les articles 10 et 11 de la Constitution, lus en combinaison avec les articles 49 et 56 du TFUE.

B.13.9. Le troisième moyen n'est pas fondé.

En ce qui concerne le quatrième moyen

B.14.1. Il ressort des développements du quatrième moyen que la Cour est invitée à statuer sur la compatibilité, avec les articles 10 et 11 de la Constitution lus en combinaison avec l'article 15 de la directive 73/239/CEE du 24 juillet 1973 et avec l'article 56 de la directive 91/674/CEE du Conseil du 19 décembre 1991 « concernant les comptes annuels et les comptes consolidés des entreprises d'assurance », de l'article 138bis-4, §§ 1^{er} à 4, de la loi du 25 juin 1992 et de l'article 21octies, § 2, alinéa 2, de la loi du 9 juillet 1975, en ce que ces dernières dispositions empêcheraient l'entreprise d'assurances liée par des contrats d'assurance maladie viagers non liés à l'activité professionnelle de constituer des provisions techniques suffisantes.

B.14.2. Tel que remplacé par l'article 17 de la directive du 18 juin 1992, puis modifié par l'article 57, point 3), de la directive 2005/68/CE du Parlement européen et du Conseil du 16 novembre 2005 « relative à la réassurance et modifiant les directives 73/239/CEE et 92/49/CEE du Conseil ainsi que les directives 98/78/CE et 2002/83/CE », l'article 15 de la directive 73/239/CEE dispose :

« 1. L'Etat membre d'origine impose à chaque entreprise d'assurance de constituer des provisions techniques suffisantes relatives à l'ensemble de ses activités.

Le montant de ces provisions est déterminé suivant les règles fixées par la directive 91/674/CEE.

2. L'Etat membre d'origine exige de chaque entreprise d'assurances que ses provisions techniques et ses réserves d'équilibrage visées à l'article 15bis de la présente directive soient représentées par des actifs congruents conformément à l'article 6 de la directive 88/357/CEE. En ce qui concerne les risques situés dans la Communauté, ces actifs doivent être localisés dans celle-ci. Les Etats membres n'exigent pas des entreprises d'assurances qu'elles localisent leurs actifs dans un Etat membre déterminé. L'Etat membre d'origine peut toutefois autoriser un assouplissement des règles relatives à la localisation des actifs.

3. Les Etats membres ne retiennent pas ni n'introduisent, aux fins de la constitution des provisions techniques, un système de provisionnement brut qui exige le nantissement d'actifs en couverture des provisions pour primes non acquises et pour sinistres en suspens au niveau du réassureur, dès lors que celui-ci est une entreprise de réassurance agréée conformément à la directive 2005/68/CE ou une entreprise d'assurances agréée conformément à la présente directive ou à la directive 2002/83/CE.

Lorsqu'il autorise la représentation de provisions techniques par des créances sur un réassureur qui n'est pas une entreprise de réassurance agréée conformément à la directive 2005/68/CE, ni une entreprise d'assurances agréée conformément à la présente directive ou à la directive 2002/83/CE, l'Etat membre d'origine détermine les conditions d'acceptation de ces créances ».

Cette disposition fait partie de la section B (« Conditions d'exercice ») du titre II (« Règles applicables aux entreprises dont le siège social est à l'intérieur de la Communauté ») de cette directive.

L'article 56 de la directive 91/674/CEE du Conseil du 19 décembre 1991 « concernant les comptes annuels et les comptes consolidés des entreprises d'assurance » dispose :

« *Provisions techniques*

Le montant des provisions techniques doit à tout instant être suffisant pour permettre à l'entreprise d'honorer, dans la mesure de ce qui est raisonnablement prévisible, les engagements résultant de contrats d'assurance ».

Cette disposition fait partie de la section 7 (« Règles d'évaluation ») de cette directive.

B.14.3. Les dispositions attaquées autorisent l'assureur qui s'est librement engagé par la conclusion d'un contrat d'assurance maladie non lié à l'activité professionnelle à modifier certains éléments de ce contrat durant la période d'exécution de la convention, dans certaines circonstances qu'elles décrivent. Elles permettent, entre autres, à l'assureur d'adapter annuellement, dans certaines limites, les montants de la prime, de la franchise et de la prestation qui avaient été librement convenus par les parties lors de la conclusion du contrat, afin notamment de tenir compte de l'évolution générale des prix et du coût des services couverts par ce type de contrat (article 138bis-4, §§ 2 et 3, de la loi du 25 juin 1992). Elles lui permettent aussi de demander à la Commission bancaire, financière et des assurances d'être autorisé à prendre des mesures « afin de mettre ses tarifs en équilibre », lorsque l'application de son tarif « donne lieu ou risque de donner lieu à des pertes » (article 21octies, § 2, alinéa 2, de la loi du 9 juillet 1975).

Ces dispositions ne portent cependant pas atteinte au droit de l'assureur de déterminer unilatéralement la hauteur des montants qu'il entend proposer à une personne qui souhaite conclure un contrat avec lui. Celui-ci reste libre de déterminer la valeur de ces montants en tenant compte, entre autres, de ses obligations comptables.

Les dispositions attaquées n'ont donc pas pour objet de régler la comptabilité des entreprises d'assurances et ne portent pas atteinte au droit de celles-ci de fixer le montant des provisions comptables, dans le respect des exigences prévues par les dispositions européennes précitées.

Elles ne pourraient donc être considérées comme incompatibles avec l'obligation pour l'entreprise d'assurances liée par des contrats d'assurance maladie voyageurs non liés à l'activité professionnelle de constituer des provisions techniques suffisantes, découlant des dispositions européennes précitées.

B.14.4. Le quatrième moyen n'est pas fondé.

En ce qui concerne le cinquième moyen

B.15.1. Il ressort des développements du cinquième moyen que la Cour est invitée à statuer sur la compatibilité, avec les articles 10 et 11 de la Constitution, lus en combinaison avec son article 13, avec les articles 6 et 14 de la Convention européenne des droits de l'homme et avec le principe général du droit à un recours juridictionnel effectif, de l'article 21octies, § 2, alinéa 2, de la loi du 9 juillet 1975 (tel qu'il a été inséré par l'article 12 de la loi du 17 juin 2009), en ce que cette dernière disposition priverait l'entreprise d'assurances liée par un contrat d'assurance maladie voyageur non lié à l'activité professionnelle, d'une part, du droit d'accès à un juge lorsque la CBFA néglige de statuer sur la demande dont elle est saisie en application de cette disposition, et, d'autre part, du droit à un recours effectif lorsque la CBFA refuse d'accéder à cette demande.

B.15.2.1. L'article 13 de la Constitution dispose :

« Nul ne peut être distrait, contre son gré, du juge que la loi lui assigne ».

Cette disposition garantit, comme l'article 6.1 de la Convention européenne des droits de l'homme, un droit d'accès au juge compétent conforme aux exigences du procès équitable.

B.15.2.2. L'article 14 de la Convention européenne des droits de l'homme dispose :

« Interdiction de discrimination

La jouissance des droits et libertés reconnus dans la présente Convention doit être assurée, sans distinction aucune, fondée notamment sur le sexe, la race, la couleur, la langue, la religion, les opinions politiques ou toutes autres opinions, l'origine nationale ou sociale, l'appartenance à une minorité nationale, la fortune, la naissance ou toute autre situation ».

B.15.3.1. L'article 14, § 1^{er}, des lois coordonnées le 12 janvier 1973 sur le Conseil d'Etat, remplacé par l'article 2 de la loi du 15 mai 2007 « modifiant l'article 14 des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973 », dispose :

« La section [du contentieux administratif du Conseil d'Etat] statue par voie d'arrêts sur les recours en annulation pour violation des formes soit substantielles, soit prescrites à peine de nullité, excès ou détournement de pouvoir, formés contre les actes et règlements :

1° des diverses autorités administratives;

[...] ».

L'article 14, § 3, des mêmes lois coordonnées le 12 janvier 1973, remplacé par l'article 2 de la loi du 25 mai 1999 « modifiant les lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973, la loi du 5 avril 1955 relative aux traitements des titulaires d'une fonction au Conseil d'Etat, ainsi que le Code judiciaire », dispose :

« Lorsqu'une autorité administrative est tenue de statuer et qu'à l'expiration d'un délai de quatre mois prenant cours à la mise en demeure de statuer qui lui est notifiée par un intéressé, il n'est pas intervenu de décision, le silence de l'autorité est réputé constituer une décision de rejet susceptible de recours. Cette disposition ne préjudicie pas aux dispositions spéciales qui établissent un délai différent ou qui attachent des effets différents au silence de l'autorité administrative ».

B.15.3.2. Le mot « peut » utilisé dans la disposition attaquée signifie que, saisie d'une demande formulée par une entreprise d'assurances la conduisant à faire le constat décrit par cette disposition, la CBFA n'est pas obligée d'autoriser cette entreprise à prendre les mesures en vue de mettre ses tarifs en équilibre. La CBFA jouit d'une certaine marge d'appréciation.

Comme l'indique le Conseil des ministres, le mot « peut » ne signifie donc pas que la CBFA n'est pas tenue de statuer sur toute demande qui lui est adressée par une entreprise d'assurances sur la base de la disposition attaquée.

B.15.4.1. L'article 21*octies*, §§ 1^{er} et 3, de la loi du 9 juillet 1975, inséré par l'article 12 de la loi du 19 juillet 1991 « modifiant la loi du 9 juillet 1975 relative au contrôle des entreprises d'assurances et fixant certaines dispositions relatives au fonctionnement de l'Office de Contrôle des Assurances », puis modifié par l'article 26 de l'arrêté royal du 25 mars 2003 « portant exécution de l'article 45, § 2, de la loi du 2 août 2002 relative à la surveillance du secteur financier et aux services financiers » - arrêté royal confirmé par l'article 23 de la loi-programme du 5 août 2003 -, disposait :

« § 1. Sans préjudice de l'application de l'article 19*bis*, la CBFA exige le retrait ou la réformation des documents à caractère contractuel ou publicitaire dont [elle] constate qu'ils ne sont pas conformes aux dispositions prévues par ou en vertu de la loi.

[...]

§ 3. L'entreprise peut introduire contre les décisions visées au §§ 1^{er} et 2 le recours au Conseil d'Etat visé à l'article 7. Le recours n'est pas suspensif ».

Avant son abrogation par l'article 10 de l'arrêté royal du 3 mars 2011 « mettant en œuvre l'évolution des structures de contrôle du secteur financier », l'article 7 de la loi du 9 juillet 1975 disposait :

« L'entreprise à laquelle l'agrément est refusé peut introduire un recours auprès du Conseil d'Etat, selon une procédure simplifiée à déterminer par le Roi ».

Cette dernière disposition répond au souci d'« éviter qu'une procédure trop lente ne compromette les intérêts économiques des entreprises qui, à la suite d'un refus, peuvent légitimement prétendre à une annulation de la décision » (*Doc. parl.*, Sénat, 1970-1971, n° 570, p. 22). L'article 21*octies*, § 3, est, quant à lui, justifié par la volonté d'« éviter que l'entreprise ne subisse de façon injustifiée un grave préjudice commercial » (*Doc. parl.*, Chambre, 1990-1991, n° 1587/4, p. 38).

Adopté en exécution de l'article 7 de la loi du 9 juillet 1975, l'article 8 de l'arrêté royal du 22 février 1991 « portant règlement général relatif au contrôle des entreprises d'assurances », modifié par l'article 4 de l'arrêté royal du 22 novembre 1994 et par l'article 26 de l'arrêté royal du 25 mars 2003, disposait :

« § 1. Les recours prévus aux articles 7 et 43 de la loi doivent être introduits, à peine de nullité, dans les quinze jours de la notification de la décision incriminée.

Le Conseil d'Etat est saisi par une requête signée par les personnes habilitées statutairement à représenter l'entreprise en justice ou par un avocat inscrit au tableau de l'Ordre. Elle est adressée au Conseil d'Etat sous pli recommandé à la poste, accompagnée de quatre copies certifiées conformes et d'une copie de la décision contre laquelle il est fait recours. A la requête est joint un inventaire des pièces à l'appui, accompagné de quatre copies certifiées conformes.

§ 2. Le greffier, par pli recommandé à la poste, transmet, dans les trois jours de la réception de la requête, au Ministre et à la CBFA, une copie de toute requête introduite conformément au § 1^{er}.

Dans les trois jours de la réception de la copie, le Ministre et la CBFA transmettent leur dossier au greffe du Conseil d'Etat.

§ 3. Le membre de l'auditorat établit son rapport dans le mois de sa désignation.

§ 4. Si, dans les deux mois de la requête, la chambre, sur le vu du rapport sur l'état de l'affaire, estime que l'affaire est en état, le président fixe la date à laquelle elle est appelée. Si la chambre estime qu'il y a lieu d'ordonner des devoirs nouveaux, elle désigne pour y procéder un conseiller d'Etat ou un membre de l'auditorat qui rédige, dans les vingt jours de sa désignation, un rapport complémentaire. Ce rapport est daté, signé et transmis à la chambre.

L'ordonnance fixant l'affaire ou la renvoyant à l'instruction intervient dans les huit jours du dépôt du rapport.

L'ordonnance fixant l'affaire est notifiée avec les rapports au requérant, au Ministre et à la CBFA. Elle contient fixation de l'affaire dans la huitaine.

§ 5. L'arrêté doit intervenir dans les quinze jours de la clôture des débats. Ce délai peut être prorogé par ordonnance de la chambre, après avis de l'auditeur général, sans que la durée totale des prorogations puisse excéder un mois.

§ 6. L'arrêté est communiqué au requérant, au Ministre et à la CBFA.

§ 7. Sont applicables à la procédure réglée par le présent article, les articles 2, § 1^{er}, 1^o et 2^o, 5, 12, 16, 17, 25 à 27, 29, 33 à 35, 37, 40 à 51, 59, 61 à 65, 72, 77, 84, 86, alinéa 2, 87, 88 et 91 de l'arrêté du Régent du 23 août 1948 déterminant la procédure devant la section d'administration du Conseil d'Etat ».

B.15.4.2. L'article 122, 13^o, de la loi du 2 août 2002 « relative à la surveillance du secteur financier et aux services financiers », inséré par l'article 21 de l'arrêté royal du 25 mars 2003 puis modifié par l'article 186, 1^o, de la loi du 27 octobre 2006 « relative au contrôle des institutions de retraite professionnelle », disposait :

« Un recours auprès du Conseil d'Etat est ouvert, selon une procédure accélérée déterminée par le Roi :

[...]

13^o à l'entreprise d'assurances, contre les décisions de relèvement de tarif prises par la CBFA en vertu de l'article 21*octies* de la loi du 9 juillet 1975 précitée; ».

L'article 30, § 2*bis*, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat du 12 janvier 1973, inséré par l'article 4, § 1^{er}, de la loi du 2 août 2002 « complétant, en ce qui concerne les voies de recours contre les décisions prises par le ministre, par la CBF, par l'OCA et par les entreprises de marché et en ce qui concerne l'intervention de la CBF et de l'OCA devant les juridictions répressives, la loi du 2 août 2002 relative à la surveillance du secteur financier et aux services financiers et modifiant diverses autres dispositions légales », disposait :

« Le Roi fixe, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, les règles de la procédure accélérée applicables aux recours visés à l'article 122 de la loi du 2 août 2002 relative à la surveillance du secteur financier et aux services financiers, en dérogeant au besoin au paragraphe 1^{er} ainsi qu'aux articles 14, 17, 18, 21, 21*bis* et 90.

Il fixe notamment le délai dans lequel le demandeur doit introduire le recours à peine de déchéance, les délais dans lesquels chaque partie doit communiquer son mémoire, ainsi que le délai dans lequel le Conseil d'Etat doit statuer.

Il peut fixer des règles particulières de composition des chambres. Il peut fixer des règles distinctes selon les recours visés à l'article 122 de la loi du 2 août 2002 précitée.

Il peut imposer au demandeur, préalablement à l'introduction du recours, de solliciter, auprès du comité de direction de la CBF [lire : CBFA], le retrait ou la modification de la décision incriminée ».

La procédure accélérée dont il est question dans cette disposition et dans l'article 122, 13°, de la loi du 2 août 2002 précité est réglée par l'arrêté royal du 15 mai 2003 « portant règlement de la procédure accélérée en cas de recours auprès du Conseil d'Etat contre certaines décisions de la Commission bancaire et financière » - entré en vigueur le 1^{er} juin 2003, selon son article 6.

Lors de l'entrée en vigueur de l'article 122, 13°, de la loi du 2 août 2002 précité, l'article 21octies, § 2, de la loi du 9 juillet 1975, inséré par l'article 12 de la loi du 19 juillet 1991 et modifié par l'article 26 de l'arrêté royal du 25 mars 2003, disposait :

« La CBFA peut exiger qu'une entreprise mette un tarif en équilibre si elle constate que l'application de ce tarif donne lieu à des pertes. Le relèvement d'un tarif s'applique aux contrats souscrits à partir de la notification de la décision de la CBFA et, sans préjudice du droit à la résiliation du preneur d'assurances, il s'applique également aux primes et cotisations de contrats en cours, qui viennent à échéance à partir du premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision de la CBFA. Le relèvement d'un tarif n'est pas soumis à l'obligation de déclaration des hausses de prix visée par la loi du 22 janvier 1945 sur la réglementation économique et les prix et par ses arrêtés d'exécution. La CBFA informe la Commission des prix de la décision de relèvement du tarif. Cette décision ne prend effet que quinze jours après cette notification et ne vaut que pour une durée déterminée par la CBFA ».

Les première et deuxième phrases de cette dernière disposition constituent respectivement les premier et troisième alinéas de l'article 21octies, § 2, de la loi du 9 juillet 1975, tel qu'il a été remplacé par l'article 12 de la loi du 17 juin 2009, tandis que les deux dernières phrases forment le dernier alinéa de cette nouvelle disposition.

B.15.4.3. Il ressort de ce qui précède qu'une « décision de relèvement de tarif » au sens de l'article 122, 13°, de la loi du 2 août 2002 ne pouvait être qu'une décision adoptée par la CBFA sur la base de l'alinéa 1^{er} de l'article 21octies, § 2, de la loi du 9 juillet 1975, tel qu'il était libellé à la suite de son remplacement par l'article 12 de la loi du 17 juin 2009.

La décision adoptée par la CBFA sur la base de l'alinéa 2 de l'article 21octies, § 2, de la loi du 9 juillet 1975 - tel qu'il a été remplacé par l'article 12 de la loi du 17 juin 2009 - ne constituait donc pas une telle « décision de relèvement de tarif » susceptible de faire l'objet d'un recours auprès du Conseil d'Etat à examiner selon les règles procédurales décrites par l'arrêté royal du 15 mai 2003.

Il n'en reste pas moins qu'une entreprise d'assurances pouvait, en application des articles 7 et 21octies, § 3, de la loi du 9 juillet 1975 précités, introduire auprès du Conseil d'Etat, selon une procédure simplifiée, un recours contre une décision de la CBFA refusant de faire droit à la demande qu'elle avait formulée sur la base de l'article 21octies, § 2, alinéa 2, de la même loi. Cette procédure était réglée par l'article 8 de l'arrêté royal du 22 février 1991.

B.15.4.4. Il ressort aussi de ce qui précède qu'aucune des dispositions précitées n'empêchait une entreprise d'assurances, qui constatait que la CBFA gardait le silence au sujet d'une demande au sens de l'article 21octies, § 2, alinéa 2, de la loi du 9 juillet 1975 qu'elle avait introduite auprès de cet organisme public, d'adresser à ce dernier une mise en demeure en application de l'article 14, § 3, des lois coordonnées le 12 janvier 1973 avant, le cas échéant, d'introduire auprès du Conseil d'Etat un recours contre la décision de rejet de la CBFA déduite de la persistance de son silence.

B.15.5. La disposition attaquée a pour objet de donner une nouvelle compétence à la CBFA.

Les recours contre les décisions adoptées par cet organisme public sur la base de cette disposition sont réglés par d'autres dispositions législatives ou réglementaires qui ne sont pas visées par le présent recours en annulation auprès de la Cour.

Or, les critiques de constitutionnalité qui soutiennent le cinquième moyen, en ce qu'il est pris de l'absence d'effectivité desdits recours, portent sur la manière dont ceux-ci sont organisés par des dispositions législatives ou réglementaires qui ne sont pas l'objet du présent recours en annulation. Leur examen conduirait la Cour à statuer sur la constitutionnalité de dispositions qui ne sont pas attaquées.

B.15.6. Le cinquième moyen n'est pas fondé.

En ce qui concerne le sixième moyen

B.16. Il ressort des développements du sixième moyen que la Cour est d'abord invitée à statuer sur la compatibilité avec les articles 10 et 11 de la Constitution, lus en combinaison avec le principe de la sécurité juridique, de l'article 15 de la loi du 17 juin 2009, en ce qu'il dispose que l'article 138bis-4 de la loi du 25 juin 1992, tel qu'il a été remplacé par l'article 6 de la loi du 17 juin 2009, produit ses effets à partir du 1^{er} juillet 2007 et impose donc des obligations à l'assureur qui, après cette date mais avant la publication de cette nouvelle version de l'article 138bis-4 de la loi du 25 juin 1992, a conclu, soit un contrat d'assurance maladie qui était soumis, depuis le 1^{er} juillet 2007, aux règles inscrites dans la version précédente de cet article, soit un contrat d'assurance maladie qui n'était pas soumis à ces règles.

B.17.1. Tel qu'il a été inséré par l'article 2 de la loi du 20 juillet 2007, l'article 138bis-4 de la loi du 25 juin 1992 disposait :

« Modifications tarifaires et contractuelles

§ 1^{er}. Sauf accord réciproque des parties et à la demande exclusive du preneur d'assurance, ainsi que dans les cas visés aux §§ 2, 3 et 4, l'assureur ne peut apporter de modifications aux bases techniques de la prime ni aux conditions de couverture après que le contrat d'assurance maladie a été conclu.

La modification des bases techniques de la prime et/ou des conditions de couverture moyennant l'accord réciproque des parties, prévue à l'alinéa 1^{er}, ne peut s'effectuer que dans l'intérêt du preneur d'assurance.

§ 2. La prime, la franchise et la prestation peuvent être adaptées à la date de l'échéance annuelle de la prime sur la base de l'indice des prix à la consommation. Dans la mesure où la Commission bancaire, financière et des Assurances, visée à l'article 44 de la loi du 2 août 2002 relative à la surveillance du secteur financier et aux services financiers, ci-après dénommée 'la CBFA' y consent en fonction de la constatation d'une variation durable des coûts, la prime, la franchise et la prestation peuvent également être adaptées sur la base de paramètres représentatifs et objectifs, lorsque la CBFA constate une différence entre l'évolution de l'indice des prix à la consommation et l'évolution desdits paramètres.

La CBFA fixe les paramètres objectifs en concertation avec le Centre fédéral d'expertise des soins de santé. Celui-ci vérifie la validité de la méthodologie de sélection et de calcul des valeurs des paramètres objectifs. La CBFA procède au calcul périodique de ces valeurs. S'il l'estime nécessaire, le Roi fixe les paramètres objectifs par arrêté délibéré en Conseil des Ministres.

§ 3. Sauf convention contraire dans le contrat d'assurance et, dans les limites prévues à l'alinéa 2, le montant de la prime et/ou les conditions de couverture peuvent être adaptés en cas de modification durable du coût réel des prestations garanties ayant une influence significative sur le coût ou l'étendue des prestations garanties et/ou en cas de circonstances, y compris les modifications légales ou réglementaires, ayant également une influence significative sur le coût ou l'étendue des prestations garanties.

L'adaptation contractuelle ou tarifaire envisagée est directement proportionnelle à l'ampleur de l'augmentation du coût réel des prestations garanties et/ou aux circonstances, y compris les modifications légales ou réglementaires. Cette modification ne peut en outre porter que sur les éléments du contrat sur lesquels l'influence significative de ces événements s'exerce.

L'influence doit être reconnue comme significative par la CBFA en concertation avec le Centre fédéral d'expertise des soins de santé. La CBFA veille également au respect des limites fixées à l'alinéa 2. Le Roi peut fixer les règles à suivre en vue d'obtenir la décision de la CBFA.

La CBFA est censée avoir reconnu le caractère significatif et la proportionnalité lorsqu'elle n'a pas répondu dans un délai de trente jours à compter de la réception de la demande de reconnaissance. Ce délai est suspendu pendant un délai maximum de trente jours, dans lequel le Centre fédéral d'expertise des soins de santé doit rendre son avis à la CBFA.

§ 4. Le montant de la prime, la période de carence et les conditions d'assurance peuvent être adaptés de manière raisonnable et proportionnelle

- aux modifications intervenues dans la profession de l'assuré, en ce qui concerne l'assurance soins de santé, l'assurance incapacité de travail, l'assurance invalidité et l'assurance soins et/ou

- aux modifications intervenues dans le revenu de l'assuré, en ce qui concerne l'assurance incapacité de travail et l'assurance invalidité, ou encore

- lorsque celui-ci change de statut dans le système de sécurité sociale, en ce qui concerne l'assurance soins de santé et l'assurance incapacité de travail,

pour autant que ces modifications aient une influence significative sur le risque et/ou le coût ou l'étendue des prestations garanties ».

Tel qu'il a été inséré par l'article 2 de la loi du 20 juillet 2007, l'article 138bis-2 de la loi du 25 juin 1992 disposait :

« Champ d'application

Les dispositions de la présente section sont applicables aux contrats d'assurance maladie individuels.

Ces dispositions sont applicables au preneur d'assurance et aux membres de sa famille qui sont affiliés à son assurance maladie ».

Appartenant à la même section que cette dernière disposition, l'article 138bis-4 de la loi du 25 juin 1992 - tel qu'il a été inséré par l'article 2 de la loi du 20 juillet 2007 - ne s'appliquait donc alors qu'aux contrats d'assurance maladie individuels.

B.17.2. L'article 6 de la loi du 17 juin 2009 remplace cette disposition - qui décrit les conditions dans lesquelles l'assureur peut modifier certains éléments du contrat d'assurance maladie individuel durant la période d'exécution de celui-ci - par un nouveau texte, qui modifie ces conditions de manière significative.

En outre, l'article 4, 1^o, de la loi du 17 juin 2009 remplace, dans l'alinéa 1^{er} de l'article 138bis-2 précité de la loi du 25 juin 1992, le mot « individuels » par les mots « non liés à l'activité professionnelle », de sorte que les règles énoncées par l'article 138bis-4 de la loi du 25 juin 1992 s'appliquent désormais tant aux contrats individuels d'assurance maladie non liés à l'activité professionnelle qu'aux contrats d'assurance maladie non liés à l'activité professionnelle qui sont collectifs, c'est-à-dire conclus au profit de plusieurs personnes.

B.17.3. En vertu de l'article 15 de la loi du 17 juin 2009, les articles 4, 1^o, et 6 de la loi du 17 juin 2009 produisent leurs effets à partir du 1^{er} juillet 2007.

Ni l'assureur qui, après cette date mais avant la publication de la loi du 17 juin 2009, a conclu un contrat d'assurance maladie individuel, ni celui qui, durant cette période, a conclu un contrat d'assurance maladie collectif non lié à l'activité professionnelle, ne pouvaient prévoir, durant cette période, qu'ils ne pouvaient modifier certains éléments de cette convention que dans les conditions décrites par l'article 138bis-4 de la loi du 25 juin 1992, tel que remplacé par l'article 6 de la loi du 17 juin 2009.

L'article 15 de la loi du 17 juin 2009 confère donc, dans cette mesure, au remplacement de l'article 138bis-4 de la loi du 25 juin 1992, un effet rétroactif.

B.18. La non-rétroactivité des lois est une garantie qui a pour but de prévenir l'insécurité juridique.

Cette garantie exige que le contenu du droit soit prévisible et accessible, de sorte que le justiciable puisse prévoir, dans une mesure raisonnable, les conséquences d'un acte déterminé au moment où cet acte est posé. La rétroactivité n'est justifiée que lorsqu'elle est indispensable à la réalisation d'un objectif d'intérêt général.

B.19. A propos de la disposition de l'avant-projet de loi qui est à l'origine de l'article 15 de la loi du 17 juin 2009, la section de législation du Conseil d'Etat observe, dans son avis du 19 juin 2008, que la « rétroactivité soulève des objections dans la mesure où elle impose, pour le passé, certaines obligations à des fournisseurs de contrats d'assurance maladie [...] soum [is] pour la première fois [par la loi du 17 juin 2009] à l'application des articles 138bis-1 et suivants de la loi du 25 juin 1992 » (*Doc. parl.*, Chambre, 2008-2009, DOC 52-1662/001, p. 20).

L'exposé des motifs du projet de loi devenu la loi du 17 juin 2009 indique, à ce sujet, que ledit « projet entend remédier aux imprécisions du passé concernant le champ d'application du chapitre IV » de la loi du 25 juin 1992 et qu'il « est donc logique que les corrections apportées prennent effet à la même date » que celle de la loi du 20 juillet 2007 qui a introduit ce chapitre, « à savoir le 1^{er} janvier 2007 » (*ibid.*, p. 11).

Il n'apparaît donc pas quel est l'objectif d'intérêt général dont la réalisation rend indispensable la rétroactivité précitée.

B.20. En ce qu'il s'applique à l'article 6 de la loi du 17 juin 2009, l'article 15 de cette loi n'est, dès lors, pas compatible avec les articles 10 et 11 de la Constitution, lus en combinaison avec le principe de la sécurité juridique.

B.21. En ce qu'il porte sur cette disposition, le sixième moyen est fondé.

B.22. Il ressort des développements du sixième moyen que la Cour est ensuite invitée à statuer sur la compatibilité, avec les articles 10 et 11 de la Constitution, de l'article 3, § 2, alinéas 1^{er} et 2, de la loi du 20 juillet 2007 (tel qu'il a été remplacé par l'article 13 de la loi du 17 juin 2009), en ce que cette disposition introduirait une différence de traitement entre deux catégories d'entreprises d'assurances qui, avant le 1^{er} juillet 2007, ont conclu un contrat d'assurance maladie non lié à l'activité professionnelle au sens de l'article 138bis-2 de la loi du 25 juin 1992, modifié par l'article 4 de la loi du 17 juin 2009 : d'une part, celles qui ont conclu un contrat individuel et, d'autre part, celles qui ont conclu un contrat collectif, c'est-à-dire au profit de plusieurs personnes.

La disposition attaquée ne laisserait pas à la seconde catégorie d'entreprises le délai de deux ans dont la première catégorie d'entreprises a pu bénéficier pour adapter son contrat aux règles des articles 138bis-3 et 138bis-4 de la loi du 25 juin 1992.

B.23. L'application des articles 138bis-3 et 138bis-4 de la loi du 25 juin 1992 fait respectivement l'objet de l'alinéa 2 et de l'alinéa 1^{er} de l'article 3, § 2, de la loi du 20 juillet 2007, tel qu'il a été remplacé par l'article 13 de la loi du 17 juin 2009.

B.24.1.1. Tel qu'il a été inséré par l'article 2 de la loi du 20 juillet 2007, l'article 138bis-3 de la loi du 25 juin 1992 disposait :

« Durée du contrat d'assurance

§ 1^{er}. Sans préjudice de l'application des articles 6, 7, 11, 14, 15, 16, 17, 24 et hormis le cas de fraude, les contrats d'assurance maladie visés à l'article 138bis-1, § 1^{er}, 1^o, 3^o et 4^o sont conclus à vie. Les contrats d'assurance maladie visés à l'article 138bis-1, § 1^{er}, 2^o, valent jusqu'à l'âge de 65 ans ou un âge antérieur, si cet âge est l'âge normal auquel l'assuré met complètement et définitivement fin à son activité professionnelle.

§ 2. Sans préjudice de l'application de l'article 30, § 3, les contrats peuvent être conclus pour une durée limitée à la demande expresse du preneur d'assurance et s'il y va de son intérêt.

§ 3. Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux contrats d'assurance maladie offerts à titre accessoire par rapport au risque principal, dont la durée n'est pas à vie ».

Appartenant à la même section que l'article 138bis-2 de la loi du 25 juin 1992 cité en B.17.1, l'article 138bis-3 de la loi du 25 juin 1992 ne s'appliquait alors qu'aux contrats d'assurance maladie individuels.

B.24.1.2. Avant son remplacement par l'article 13 de la loi du 17 juin 2009, l'article 3, alinéa 1^{er}, de la loi du 20 juillet 2007 disposait :

« Pour ce qui est des contrats d'assurance maladie existants visés à l'article 138bis-2 de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre, qui, au moment de l'entrée en vigueur de la présente loi, ne satisfont pas aux exigences de l'article 138bis-3, l'entreprise d'assurances propose au preneur d'assurance, au plus tard deux ans après l'entrée en vigueur de la présente loi, un nouveau contrat d'assurance maladie conforme à ces exigences. Le preneur d'assurance décide dans les trente jours de la réception de la proposition, d'y souscrire ou de maintenir la durée de son assurance maladie en cours ».

La « présente loi » visée par cette disposition était la loi du 20 juillet 2007, publiée au *Moniteur belge* du 10 août 2007, qui, en application de son article 4, est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2007.

Par conséquent, l'entreprise d'assurances qui, avant le 1^{er} juillet 2007, avait conclu un contrat d'assurance maladie individuel non lié à l'activité professionnelle a pu disposer d'un délai de près de deux ans expirant le 30 juin 2009 pour proposer au preneur d'assurance un nouveau contrat d'assurance maladie conforme aux exigences de l'article 138bis-3 de la loi du 25 juin 1992.

B.24.2. L'article 4 de la loi du 17 juin 2009 remplace, dans l'article 138bis-2 précité de la loi du 25 juin 1992, le mot « individuels » - utilisé en son alinéa 1^{er} - par les mots « non liés à l'activité professionnelle » et les mots « et aux membres de sa famille qui sont affiliés à son assurance maladie » - utilisés en son alinéa 2 - par les mots « , à l'assuré principal et aux assurés secondaires ».

L'article 5 de la loi du 17 juin 2009 remplace, dans le paragraphe 2 de l'article 138bis-3, les mots « du preneur d'assurance » par les mots « de l'assuré principal ».

Ces deux dispositions de la loi du 17 juin 2009 produisent leurs effets à partir du 1^{er} juillet 2007 (article 15 de la même loi).

La modification de l'article 138bis-2, alinéa 1^{er}, de la loi du 25 juin 1992 a pour effet que les règles inscrites à l'article 138bis-3 de la même loi créent désormais des obligations, non seulement pour l'entreprise d'assurances qui a conclu un contrat d'assurance maladie individuel non lié à l'activité professionnelle, mais aussi pour l'entreprise d'assurances qui a conclu un contrat d'assurance maladie collectif non lié à l'activité professionnelle.

Or, il ressort de l'article 3, § 2, alinéa 2, de la loi du 20 juillet 2007, tel qu'il a été inséré par l'article 13 de la loi du 17 juin 2009, que l'entreprise d'assurances qui, avant le 1^{er} juillet 2007, a conclu un contrat d'assurance maladie collectif non lié à l'activité professionnelle disposait d'un délai de deux ans expirant le 30 juin 2009 pour proposer à l'assuré principal un nouveau contrat d'assurance maladie conforme aux exigences de l'article 138bis-3 de la loi du 25 juin 1992, tel que modifié par l'article 5 de la loi du 17 juin 2009.

Puisque la loi du 17 juin 2009 n'a été publiée au *Moniteur belge* que le 8 juillet 2009, cette entreprise d'assurances n'a pas pu bénéficier effectivement du délai de deux ans prévu par son article 13.

B.24.3. Une disposition transitoire ne viole le principe d'égalité et de non-discrimination exprimé aux articles 10 et 11 de la Constitution que si elle crée une différence de traitement qui n'est pas raisonnablement justifiée ou si elle porte atteinte de manière excessive au principe de la confiance légitime.

B.24.4. A propos de la différence de traitement qui découle de l'article 3, § 2, alinéa 2, de la loi du 20 juillet 2007, et qui est exposée en B.24.1 et B.24.2, l'exposé des motifs du projet de loi qui est à l'origine de la loi du 17 juin 2009 indique qu'elle ne doit pas être justifiée et que la loi du 17 juin 2009 ne modifie pas le champ d'application de l'article 138bis-3 de la loi du 25 juin 1992 (*Doc. parl.*, Chambre, 2008-2009, DOC 52-1662/001, p. 10).

Il n'apparaît dès lors pas que cette différence de traitement soit raisonnablement justifiée.

B.24.5. Le délai de deux ans prévu par l'article 3, § 2, alinéa 2, de la loi du 20 juillet 2007 s'avérant théorique, cette disposition porte atteinte de manière excessive au principe de la confiance légitime, dans la mesure où l'entreprise d'assurances n'a pu effectivement bénéficier d'un délai d'une durée équivalente au délai visé en B.24.1.2.

B.24.6. En ce qu'il porte sur cette disposition, le sixième moyen fondé.

B.25.1. Tel qu'il a été inséré par l'article 2 de la loi du 20 juillet 2007, l'article 138bis-4 de la loi du 25 juin 1992 cité en B.17.1 a été remplacé par l'article 6 de la loi du 17 juin 2009, qui lui a apporté de multiples modifications.

B.25.2. Appartenant à la même section que l'article 138bis-2 de la loi du 25 juin 1992 - tel qu'il était libellé avant sa modification par l'article 4 de la loi du 17 juin 2009 - cité en B.17.1, l'article 138bis-4 de la loi du 25 juin 1992, tel qu'il était libellé avant son remplacement par l'article 6 de la loi du 17 juin 2009, ne s'appliquait qu'aux contrats d'assurance maladie individuels, à l'instar de l'article 138bis-3 de la loi du 25 juin 1992, tel qu'il était libellé avant sa modification par l'article 5 de la loi du 17 juin 2009.

La loi du 20 juillet 2007 ne contenait aucune disposition transitoire laissant à l'entreprise d'assurances qui, avant le 1^{er} juillet 2007, avait conclu un contrat d'assurance maladie individuel non lié à l'activité professionnelle un délai de deux ans pour proposer au preneur d'assurance un nouveau contrat d'assurance maladie conforme aux exigences de l'article 138bis-4 de la loi du 25 juin 1992.

L'article 3, § 2, alinéa 1^{er}, de la loi du 20 juillet 2007, tel qu'il a été inséré par l'article 13 de la loi du 17 juin 2009, prévoit, par contre, une « période transitoire de deux ans [...] applicable à partir du 1^{er} juillet 2007 en ce qui concerne l'application de l'article 138bis-4 de la loi du 25 juin 1992 ». Cette disposition concerne les « contrats d'assurance maladie existants non liés à l'activité professionnelle », c'est-à-dire les contrats conclus avant le 1^{er} juillet 2007.

Cette disposition attaquée ne fait aucune distinction entre les contrats individuels et les contrats collectifs.

Il ressort de ce qui précède que, en ce qu'elle concerne l'adaptation d'un contrat aux règles de l'article 138bis-4 de la loi du 25 juin 1992, la différence de traitement décrite en B.22 est inexistante.

B.25.3. En ce qu'il porte sur l'article 3, § 2, alinéa 1^{er}, de la loi du 20 juillet 2007, inséré par l'article 13 de la loi du 17 juin 2009, le sixième moyen n'est pas fondé.

Par ces motifs,

la Cour

- annule

. dans la mesure indiquée en B.24.5, l'article 3, § 2, alinéa 2, de la loi du 20 juillet 2007 « modifiant, en ce qui concerne les contrats privés d'assurance maladie, la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre », tel qu'il a été inséré par l'article 13 de la loi du 17 juin 2009 « modifiant, en ce qui concerne les contrats d'assurance maladie, la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre et la loi du 20 juillet 2007 modifiant, en ce qui concerne les contrats privés d'assurance maladie, la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre »;

. l'article 15 de la loi du 17 juin 2009, en ce qu'il s'applique à l'article 6 de la même loi;

- rejette les recours pour le surplus.

Ainsi prononcé en langue française, en langue néerlandaise et en langue allemande, conformément à l'article 65 de la loi spéciale du 6 janvier 1989 sur la Cour constitutionnelle, à l'audience publique du 31 mai 2011.

Le greffier,

P.-Y. Dutilleux.

Le président,

R. Henneuse

GRONDWETTELIJK HOF

N. 2011 — 2037

[2011/202859]

Uittreksel uit arrest nr. 90/2011 van 31 mei 2011

Rolnummers 4843 en 4846

In zake : de beroepen tot vernietiging van artikel 12 en van de artikelen 6, 12, 13 en 15 van de wet van 17 juni 2009 « tot wijziging, wat de ziekteverzekeringsovereenkomsten betreft, van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst en van de wet van 20 juli 2007 tot wijziging, wat de private ziekteverzekeringsovereenkomsten betreft, van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst », ingesteld respectievelijk door de vzw « Belgische Verbruikersunie Test-Aankoop » en anderen en door de Beroepsvereniging van verzekeringsondernemingen Assuralia.

Het Grondwettelijk Hof,

samengesteld uit de voorzitters R. Henneuse en M. Bossuyt, en de rechters E. De Groot, L. Lavrysen, J.-P. Snappe, J.-P. Moerman, E. Derycke, J. Spreutels, T. Merckx-Van Goey en P. Nihoul, bijgestaan door de griffier P.-Y. Dutilleux, onder voorzitterschap van voorzitter R. Henneuse,

wijst na beraad het volgende arrest :

I. *Onderwerp van de beroepen en rechtspleging*

a. Bij verzoekschrift dat aan het Hof is toegezonden bij op 7 januari 2010 ter post aangetekende brief en ter griffie is ingekomen op 8 januari 2010, heeft de vzw « Belgische Verbruikersunie Test-Aankoop », met maatschappelijke zetel te 1060 Brussel, Hollandstraat 13, Ann Fasseel, wonende te 9310 Meldert, Huizekensstraat 32, en Corinne Chaudron, wonende te 1471 Loupoigne, chaussée de Charleroi 130, beroep tot vernietiging ingesteld van artikel 12 van de wet van 17 juni 2009 « tot wijziging, wat de ziekteverzekeringsovereenkomsten betreft, van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst en van de wet van 20 juli 2007 tot wijziging, wat de private ziekteverzekeringsovereenkomsten betreft, van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst » (bekendgemaakt in het *Belgisch Staatsblad* van 8 juli 2009, tweede editie).

b. Bij verzoekschrift dat aan het Hof is toegezonden bij op 8 januari 2010 ter post aangetekende brief en ter griffie is ingekomen op 11 januari 2010, heeft de Beroepsvereniging van verzekeringsondernemingen Assuralia, met zetel te 1000 Brussel, de Meeûssquare 29, beroep tot vernietiging ingesteld van de artikelen 6, 12, 13 en 15 van voormelde wet van 17 juni 2009.

Die zaken, ingeschreven onder de nummers 4843 en 4846 van het Hof, werden samengevoegd.

(...)

II. *In rechte*

(...)

B.1.1. Hoofdstuk IV van titel III (« Persoonsverzekeringen ») van de wet van 25 juni 1992 « op de landverzekeringsovereenkomst », ingevoegd bij artikel 2 van de wet van 20 juli 2007, heeft betrekking op de « ziekteverzekeringsovereenkomsten ».

Afdeling I (« Inleidende bepalingen ») van dat hoofdstuk IV bevat enkel artikel 138bis-1. Gewijzigd bij artikel 2 van de wet van 17 juni 2009 « tot wijziging, wat de ziekteverzekeringsovereenkomsten betreft, van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst en van de wet van 20 juli 2007 tot wijziging, wat de private ziekteverzekeringsovereenkomsten betreft, van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst », omschrijft die bepaling de begrippen « ziekteverzekeringsovereenkomst », « beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst », « hoofdverzekerde » en « bijverzekerden ».

Afdeling II van dat hoofdstuk IV - waarvan het opschrift werd gewijzigd bij artikel 3 van de wet van 17 juni 2009 - bevat onder andere de artikelen 138bis-2 tot 138bis-4 van de wet van 25 juni 1992. Zij is van toepassing op de « andere dan beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomsten » (artikel 138bis-2, eerste lid, van de wet van 25 juni 1992).

Artikel 138bis-3 van de wet van 25 juni 1992 - ingevoegd bij artikel 2 van de wet van 20 juli 2007 en gewijzigd bij artikel 5 van de wet van 17 juni 2009 - bepaalt :

« Duur van de verzekeringsovereenkomst

§ 1. Onverminderd de toepassing van de artikelen 6, 7, 11, 14, 15, 16, 17 en 24 en behoudens in geval van bedrog, worden de in artikel 138bis-1, § 1, 1^o, 3^o en 4^o, bedoelde ziekteverzekeringsovereenkomsten voor het leven aangegaan. De in artikel 138bis-1, § 1, 2^o, bedoelde ziekteverzekeringsovereenkomsten gelden ten minste tot de leeftijd van 65 jaar of tot een jongere leeftijd, wanneer deze de normale leeftijd is waarop de verzekerde zijn beroepswerkzaamheid volledig en definitief stopzet.

§ 2. Onverminderd de toepassing van artikel 30, § 3, kunnen de overeenkomsten worden aangegaan voor een beperkte duurtijd op uitdrukkelijk verzoek van de hoofdverzekerde en indien deze daar belang bij heeft.

§ 3. De bepalingen van dit artikel zijn niet van toepassing op de ziekteverzekeringsovereenkomsten die op bijkomende wijze worden aangeboden bij een hoofdrisico dat niet levenslang is ».

B.1.2. Artikel 6 van de wet van 17 juni 2009 vervangt artikel 138bis-4 van de wet van 25 juni 1992 - dat werd ingevoegd bij artikel 2 van de wet van 20 juli 2007 - door de volgende bepaling :

« § 1. Behoudens wederzijds akkoord van de partijen en op uitsluitend verzoek van de hoofdverzekerde alsmede in de in §§ 2, 3 en 4 vermelde gevallen, kan de verzekeraar de technische grondslagen van de premie en de dekkingsvoorwaarden, na het sluiten van een ziekteverzekeringsovereenkomst niet meer wijzigen.

De wijziging van de technische grondslagen van de premie en/of dekkingsvoorwaarden bij wederzijds akkoord van de partijen, zoals bepaald bij het eerste lid, kan enkel in het belang van de verzekerden gebeuren.

§ 2. De premie, de vrijstelling en de prestatie mogen worden aangepast op de jaarlijkse premievervaldag, op grond van het indexcijfer der consumptieprijzen.

§ 3. De premie, of de vrijstelling en de prestaties mogen worden aangepast op de jaarlijkse premievervaldag, op grond van een of verschillende specifieke indexcijfers aan de kosten van de diensten die gedekt worden door de private ziekteverzekeringsovereenkomsten, indien en voor zover de evolutie van dat of deze het indexcijfer der consumptieprijzen overschrijdt.

De Koning, op gemeenschappelijk voorstel van de ministers tot wier bevoegdheid de verzekeringen en de sociale zaken behoren en na raadpleging van het Federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg (hierna ' het Kenniscentrum ') bepaalt de wijze waarop die indexcijfers worden opgebouwd. Hiertoe :

- selecteert Hij een geheel van objectieve en representatieve parameters;
- bepaalt Hij de berekeningswijze van deze parameters;
- bepaalt Hij het respectieve gewicht van deze parameters in het of de indexcijfers.

Deze methode kan worden geëvalueerd door het Kenniscentrum op gemeenschappelijke vraag van de Ministers die bevoegd zijn voor Verzekeringen en de Sociale Zaken.

Op basis van de door de Koning vastgestelde methode gaat de FOD Economie over tot de berekening en publiceert hij de waarde van het of de indexcijfers jaarlijks in het *Belgisch Staatsblad* op basis van de cijfers die zijn gekend op 30 juni. De publicatie van het resultaat gebeurt ten laatste op 1 september. De wijze van samenwerking tussen het Kenniscentrum en de FOD Economie wordt bepaald door een protocol tussen deze twee instellingen.

De Koning kan de regelmaat van de berekening en bekendmaking van de waarde van het of de indexcijfers verhogen.

De personen en instellingen die beschikken over de gegevens die nodig zijn voor de berekening moeten deze meedelen aan het Kenniscentrum en de FOD Economie als deze instellingen ze vragen.

§ 4. De toepassing van dit artikel laat artikel 21octies van de wet van 9 juli 1975 betreffende de controle der verzekeringsondernemingen onverlet.

§ 5. De premie, de vrijstellingstermijn en de dekkingsvoorwaarden mogen op redelijke en proportionele wijze worden aangepast :

1. aan de wijzigingen in het beroep van de verzekerde wat de niet-verplichte ziektekostenverzekering, de arbeidsongeschiktheidsverzekering, de invaliditeitsverzekering en de zorgverzekering betreft en/of
2. aan de wijzigingen in het inkomen van de verzekerde wat de arbeidsongeschiktheidsverzekering en de invaliditeitsverzekering betreft en/of
3. wanneer deze laatste verandert van statuut in het stelsel van sociale zekerheid wat de ziektekostenverzekering en de arbeidsongeschiktheidsverzekering betreft, voor zover deze wijzigingen een betekenisvolle invloed hebben op het risico en/of de kosten of de omvang van de verleende dekking ».

B.2. Artikel 12 van dezelfde wet van 17 juni 2009 vervangt artikel 21octies, § 2, van de wet van 9 juli 1975 « betreffende de controle der verzekeringsondernemingen » als volgt :

« De CBFA kan eisen dat een onderneming maatregelen neemt om een tarief in evenwicht te brengen indien hij vaststelt dat de toepassing van dat tarief verlieslatend is.

Onverminderd het eerste lid kan de CBFA, op verzoek van een onderneming, en indien zij vaststelt dat de toepassing van dat tarief, niettegenstaande de toepassing van artikel 138bis-4, §§ 2 en 3 van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst, verlieslatend is of dreigt te worden, in het geval van een andere dan beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst zoals bedoeld in artikel 138bis-2 van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst, beslissen dat een onderneming maatregelen moet nemen om haar tarief in evenwicht te brengen. Deze maatregelen kunnen een aanpassing van de dekkingsvoorwaarden inhouden.

De tariefverhoging wordt toegepast op de overeenkomsten die worden gesloten vanaf de kennisgeving van de beslissing van de CBFA en, onverminderd het opzeggingrecht van de verzekeringnemer, wordt ze eveneens toegepast op de premies en bijdragen van de lopende contracten, die vervallen vanaf de tweede dag van de tweede maand die volgt op de kennisgeving van de beslissing van de CBFA.

De tariefverhoging is niet onderworpen aan de verplichting tot prijsverhogingsaangifte bedoeld in de wet van 22 januari 1945 betreffende de economische reglementering en de prijzen, en in de uitvoeringsbesluiten ervan. De CBFA brengt de Prijzencommissie in kennis van de beslissing tot tariefverhoging. Die beslissing heeft slechts uitwerking vijftien dagen na die kennisgeving en geldt slechts voor een door de CBFA bepaalde duur ».

Die nieuwe bepaling van de wet van 9 juli 1975 maakt deel uit van hoofdstuk III (« Uitoefening van het verzekeringsbedrijf ») van die wet.

Het Hof dient geen rekening te houden met de wijzigingen die in die bepaling werden aangebracht door het koninklijk besluit van 3 maart 2011 « betreffende de evolutie van de toezichtsarchitectuur voor de financiële sector », en die in werking zijn getreden op 1 april 2011 (artikel 351, § 1, van hetzelfde besluit).

B.3. Artikel 13 van de wet van 17 juni 2009 vervangt artikel 3 van de wet van 20 juli 2007 door de volgende bepaling :

« § 1. Deze wet treedt in werking op 1 juli 2007. Zij is zowel van toepassing op nieuwe ziekteverzekeringsovereenkomsten als op ziekteverzekeringsovereenkomsten die zijn aangegaan vóór haar inwerkingtreding.

§ 2. Voor de bestaande andere dan beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomsten geldt, voor wat de toepassing van artikel 138bis-4 van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst betreft, een overgangsperiode van twee jaar vanaf 1 juli 2007.

Voor de bestaande andere dan beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomsten, die op het ogenblik van de inwerkingtreding van deze wet niet beantwoorden aan de vereisten van artikel 138bis-3 van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst, biedt de verzekeringonderneming de hoofdverzekerde, uiterlijk twee jaar vanaf 1 juli 2007, een aan deze vereisten beantwoordende nieuwe ziekteverzekeringsovereenkomst aan. De hoofdverzekerde beslist binnen dertig dagen na de ontvangst van het aanbod om hierop in te gaan dan wel om de duurtijd van zijn lopende ziekteverzekeringsovereenkomst te behouden.

De bestaande andere dan beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomsten, die werden gesloten door één of verschillende verzekeringnemers ten behoeve van één of verschillende hoofdverzekerden en/of één of verschillende bijverzekerden, worden, na het verstrijken van de in het eerste lid bedoelde overgangsperiode onderworpen aan de bepalingen van afdeling III van hoofdstuk IV van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst. Bij deze verzekeringen moge geen nieuwe hoofdverzekerden worden aangesloten.

§ 3. Voor de bestaande beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomsten geldt een overgangsperiode van twee jaar vanaf 1 juli 2007 om deze overeenkomst aan te passen aan titel III, hoofdstuk IV, afdeling III van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst.

§ 4. De formele aanpassing van de bestaande ziekteverzekeringsovereenkomsten dient te zijn beëindigd uiterlijk op 1 juli 2009 ».

B.4. Artikel 15 van de wet van 17 juni 2009 bepaalt dat die laatste wet « uitwerking [heeft] met ingang van 1 juli 2007 ».

Ten aanzien van het onderwerp van de beroepen

B.5.1. Uit de uiteenzetting van de middelen in het verzoekschrift tot vernietiging dat in de zaak nr. 4843 werd ingediend, blijkt dat de middelen van dat beroep slechts gericht zijn tegen het tweede lid van artikel 21octies, § 2, van de wet van 9 juli 1975, ingevoegd bij artikel 12 van de wet van 17 juni 2009.

Het Hof beperkt zijn onderzoek van het beroep in de zaak nr. 4843 tot die bepaling.

B.5.2. Uit de uiteenzetting van de middelen in het verzoekschrift tot vernietiging dat werd ingediend in de zaak nr. 4846, blijkt dat de middelen van dat beroep slechts gericht zijn tegen het tweede lid van artikel 21octies, § 2, van de wet van 9 juli 1975, de eerste vier paragrafen van artikel 138bis-4 van de wet van 25 juni 1992, artikel 3, § 2, eerste en tweede lid, van de wet van 20 juli 2007 - respectievelijk ingevoegd bij de artikelen 12, 6 en 13 van de wet van 17 juni 2009 -, en tegen artikel 15 van de wet van 17 juni 2009.

Het Hof beperkt zijn onderzoek van het beroep in de zaak nr. 4846 tot die bepalingen.

Ten aanzien van de ontvankelijkheid

Wat het belang van de verzoeksters in de zaak nr. 4843 betreft

B.6.1. Artikel 142, derde lid, van de Grondwet en artikel 2, 2^o, van de bijzondere wet van 6 januari 1989 op het Grondwettelijk Hof leggen iedere rechtspersoon die een beroep tot vernietiging instelt, de verplichting op te doen blijken van een belang.

Van het vereiste belang doen enkel de personen blijken wier situatie rechtstreeks en ongunstig zou kunnen worden geraakt door de bestreden norm. De *actio popularis* is niet toelaatbaar.

Wanneer een vereniging zonder winst oogmerk die niet haar persoonlijk belang aanvoert, voor het Hof optreedt, is vereist dat haar maatschappelijk doel van bijzondere aard is en, derhalve, onderscheiden van het algemeen belang; dat zij een collectief belang verdedigt; dat haar maatschappelijk doel door de bestreden norm kan worden geraakt; dat ten slotte niet blijkt dat dit maatschappelijk doel niet of niet meer werkelijk wordt nagestreefd.

B.6.2. De eerste verzoekster leidt haar belang om de vernietiging van de bestreden bepaling te vorderen af uit het feit dat zij luidens artikel 2 van haar huidige statuten (bekendgemaakt in de bijlagen bij het *Belgisch Staatsblad* van 20 december 2004) « tot doel [heeft] : 1) het bevorderen, verdedigen en vertegenwoordigen van de belangen van de consument en van de mensenrechten in het algemeen evenals elke discriminatie te bestrijden » en zij « te dien einde [...] geheel zelfstandig [handelt] [...] en [...] in rechte [optreedt] ».

B.6.3. Artikel 21octies, § 2, tweede lid, van de wet van 9 juli 1975 machtigt de Commissie voor het Bank-, Financien- en Assurantiewezen (CBFA) ertoe te beslissen dat een verzekeringsovereenkomst « maatregelen moet nemen om haar tarief in evenwicht te brengen », maatregelen die « een aanpassing van de dekkingsvoorwaarden » van de door die bepaling beoogde verzekeringsovereenkomsten « [kunnen] inhouden ».

Aangezien die maatregelen de situatie van de consument die de verzekeringnemer is die dat type van verzekeringsovereenkomst heeft gesloten, rechtstreeks en ongunstig kunnen raken, doet de eerste verzoekster blijken van het vereiste belang om de vernietiging van de bestreden bepaling te vorderen.

B.6.4. Er dient niet te worden onderzocht of de twee andere verzoekende partijen eveneens doen blijken van het vereiste belang om die bepaling te bestrijden.

Wat de bevoegdheid van het Hof betreft

B.7. Volgens artikel 1 van de bijzondere wet van 6 januari 1989, gewijzigd bij artikel 2 van de bijzondere wet van 9 maart 2003, is het Hof bevoegd om uitspraak te doen op de beroepen tot vernietiging van een wet wegens schending van de regels die door of krachtens de Grondwet zijn vastgesteld voor het bepalen van de onderscheiden bevoegdheid van de federale overheid, de gemeenschappen en de gewesten, en wegens schending van de artikelen van titel II « De Belgen en hun rechten » en van de artikelen 170, 172 en 191 van de Grondwet.

Het is niet bevoegd om een wetskrachtige norm rechtstreeks te toetsen aan algemene beginselen, maar het kan ermee rekening houden wanneer ook de artikelen 10 en 11 van de Grondwet worden aangevoerd.

Wat andere aspecten betreft van de ontvankelijkheid van bepaalde middelen in de zaken nrs. 4843 en 4846

B.8.1. Om te voldoen aan de vereisten van artikel 6 van de bijzondere wet van 6 januari 1989 op het Grondwettelijk Hof, moeten de middelen van het verzoekschrift te kennen geven welke van de regels waarvan het Hof de naleving waarborgt, zouden zijn geschonden, alsook welke de bepalingen zijn die deze regels zouden schenden, en uiteenzetten in welk opzicht die regels door de bedoelde bepalingen zouden zijn geschonden.

Wanneer het middel is afgeleid uit de schending van het beginsel van gelijkheid en niet-discriminatie dat door de artikelen 10 en 11 van de Grondwet wordt gewaarborgd, dient het te preciseren van welke categorie van personen de situatie moet worden vergeleken met de situatie van de categorie van personen ten aanzien van wie een discriminatie wordt aangevoerd.

Het middel moet eveneens preciseren in welk opzicht de bestreden bepaling leidt tot een verschil in behandeling dat discriminerend zou zijn.

Wanneer echter het middel is afgeleid uit de schending van het beginsel van gelijkheid en niet-discriminatie in samenhang gelezen met een ander grondrecht, volstaat het te preciseren in welk opzicht dat grondrecht is geschonden, vermits de categorie van personen van wie dat grondrecht zou zijn geschonden moet worden vergeleken met de categorie van personen voor wie dat grondrecht wordt gewaarborgd.

B.8.2.1. Het verzoekschrift tot vernietiging dat werd ingediend in de zaak nr. 4843 geeft niet aan in welk opzicht de bestreden bepaling onbestaanbaar zou zijn met artikel 16 van de Grondwet.

In zoverre het is afgeleid uit de schending van die bepaling, in samenhang gelezen met artikel 1 van het Eerste Aanvullend Protocol bij het Europees Verdrag voor de rechten van de mens, is het eerste middel in die zaak onontvankelijk.

B.8.2.2. Assuralia stelt dat, in zoverre het is afgeleid uit de schending van de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, het eerste middel in dezelfde zaak eveneens onontvankelijk is omdat het de categorieën van personen die het Hof moet vergelijken niet voldoende precies omschrijft.

Er dient te worden opgemerkt dat het de schending is van die grondwetsbepalingen, in samenhang gelezen met het grondrecht dat wordt gewaarborgd bij artikel 1 van het Eerste Aanvullend Protocol bij het Europees Verdrag voor de rechten van de mens, die wordt aangevoerd. Het verzoekschrift tot vernietiging geeft echter aan in welk opzicht dat grondrecht zou zijn geschonden. Het is dus niet noodzakelijk die categorieën van personen te preciseren.

In zoverre het is afgeleid uit de schending van de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, in samenhang gelezen met artikel 1 van het Eerste Aanvullend Protocol bij het Europees Verdrag voor de rechten van de mens, is het eerste middel in de zaak nr. 4843 ontvankelijk.

B.8.3. Zoals het in het verzoekschrift tot vernietiging wordt geformuleerd, wordt het Hof in het derde middel in de zaak nr. 4843 - dat is afgeleid uit de schending van de artikelen 10 en 11 van de Grondwet - verzocht zich uit te spreken over het verschil in behandeling dat de bestreden bepaling zou invoeren tussen, enerzijds, de ziekteverzekeringsovereenkomsten en, anderzijds, de andere overeenkomsten (eerste onderdeel) en de andere verzekeringsovereenkomsten (tweede onderdeel).

De uiteenzetting van het verzoekschrift met betrekking tot dat middel laat het Hof niet toe om precieze categorieën van personen die met elkaar moeten worden vergeleken met zekerheid te identificeren.

Het derde middel in de zaak nr. 4843 is onontvankelijk.

B.8.4. Het verzoekschrift tot vernietiging dat is ingediend in de zaak nr. 4843, geeft niet aan welke categorieën van personen het Hof moet vergelijken volgens het vierde middel dat is afgeleid uit de schending van de artikelen 10 en 11 van de Grondwet.

Het vierde middel in de zaak nr. 4843 is onontvankelijk.

B.8.5. Zoals het in het verzoekschrift tot vernietiging is geformuleerd, verzoekt het eerste middel in de zaak nr. 4846 het Hof om onder meer uitspraak te doen over de bestaanbaarheid van de bestreden bepalingen met de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, in samenhang gelezen met de vrijheid van handel en nijverheid, een « algemeen beginsel van de contractuele vrijheid » en artikel 1 van het Eerste Aanvullend Protocol bij het Europees Verdrag voor de rechten van de mens.

Het verzoekschrift zet niet uiteen in welk opzicht die regels door de bestreden bepalingen zouden worden geschonden.

In zoverre het is afgeleid uit de schending van de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, in samenhang gelezen met de vrijheid van handel en nijverheid, een « algemeen beginsel van de contractuele vrijheid » en artikel 1 van het Eerste Aanvullend Protocol bij het Europees Verdrag voor de rechten van de mens, is het eerste middel in de zaak nr. 4846 onontvankelijk.

B.8.6. In het eerste middel in de zaak nr. 4846 wordt het Hof eveneens verzocht zich uit te spreken over de bestaanbaarheid, met de artikelen 10 en 11 van de Grondwet afzonderlijk gelezen, van de bestreden bepalingen doordat zij een verschil in behandeling zouden invoeren tussen, enerzijds, de verzekeringsondernemingen die ziekteverzekeringsovereenkomsten sluiten waarop die bepalingen van toepassing zijn en, anderzijds, de verzekeringsondernemingen die andere verzekeringsovereenkomsten sluiten.

De uiteenzetting van het verzoekschrift met betrekking tot dat middel laat het Hof niet toe om met zekerheid de tweede categorie van verzekeringsondernemingen duidelijk te omlijnen.

In zoverre het betrekking heeft op het voormelde verschil in behandeling, is het eerste middel in de zaak nr. 4846 onontvankelijk.

B.8.7. In het vijfde middel in de zaak nr. 4846 wordt het Hof verzocht uitspraak te doen over de bestaanbaarheid van de bestreden bepalingen, onder meer met de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, in samenhang gelezen met artikel 1 van het Eerste Aanvullend Protocol bij het Europees Verdrag voor de rechten van de mens.

Het verzoekschrift zet niet uiteen in welk opzicht die regels door de bestreden bepalingen zouden worden geschonden.

In zoverre het is afgeleid uit de schending van de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, in samenhang gelezen met artikel 1 van het Eerste Aanvullend Protocol bij het Europees Verdrag voor de rechten van de mens, is het vijfde middel in de zaak nr. 4846 onontvankelijk.

B.8.8. In het vijfde middel in de zaak nr. 4846 wordt het Hof eveneens verzocht uitspraak te doen over de bestaanbaarheid van de bestreden bepalingen, onder andere met de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, in samenhang gelezen met artikel 13 van het Europees Verdrag voor de rechten van de mens.

Artikel 13 van het Europees Verdrag voor de rechten van de mens, met als opschrift « Recht op een daadwerkelijk rechtsmiddel », bepaalt :

« Eenieder wiens rechten en vrijheden, welke in dit Verdrag zijn vermeld, zijn geschonden, heeft recht op daadwerkelijke rechtshulp voor een nationale instantie, zelfs indien deze schending zou zijn begaan door personen in de uitoefening van hun ambtelijke functie ».

Om ontvankelijk te zijn moet een middel dat uit de schending van de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, in samenhang gelezen met artikel 13 van het Europees Verdrag, is afgeleid, op aannemelijke wijze aangeven welk ander door dat Verdrag gewaarborgd recht dreigt te worden geschonden.

Het verzoekschrift geeft echter niet op aannemelijke wijze aan wat het door dat Verdrag beschermde recht is waarvan de schending zou kunnen worden uitgevoerd door het daadwerkelijke rechtsmiddel waarvan het middel de ontstentenis aanklaagt.

In zoverre het is afgeleid uit de schending van de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, in samenhang gelezen met artikel 13 van het Europees Verdrag voor de rechten van de mens, is het vijfde middel in de zaak nr. 4846 onontvankelijk.

Over de grond van de zaak nr. 4843

Wat het eerste middel betreft

B.9.1. Uit de uiteenzetting van het verzoekschrift tot vernietiging dat werd ingediend in de zaak nr. 4843 blijkt dat het Hof wordt verzocht zich uit te spreken over de bestaanbaarheid, met de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, in samenhang gelezen met artikel 1 van het Eerste Aanvullend Protocol bij het Europees Verdrag voor de rechten van de mens, van artikel 21*octies*, § 2, tweede lid, van de wet van 9 juli 1975 - ingevoegd bij artikel 12 van de wet van 17 juni 2009 -, doordat die bepaling de CBFA machtigt om te beslissen dat een verzekeringsonderneming de clausules van een door die bepaling beoogde verzekeringsovereenkomst voor de toekomst moet wijzigen, in het nadeel van de verzekerde van die overeenkomst.

B.9.2. Artikel 1 van het Eerste Aanvullend Protocol bij het Europees Verdrag voor de rechten van de mens bepaalt :

« Alle natuurlijke of rechtspersonen hebben recht op het ongestoord genot van hun eigendom. Niemand zal van zijn eigendom worden beroofd behalve in het algemeen belang en met inachtneming van de voorwaarden neergelegd in de wet en in de algemene beginselen van het internationaal recht.

De voorgaande bepalingen zullen echter op geen enkele wijze het recht aantasten dat een Staat heeft om die wetten toe te passen welke hij noodzakelijk oordeelt om toezicht uit te oefenen op het gebruik van eigendom in overeenstemming met het algemeen belang of om de betaling van belastingen of andere heffingen en boeten te verzekeren »

Zijn « eigendom » in de zin van die bepaling, patrimoniale waarden, zoals vorderingen op grond waarvan de houders ervan kunnen beweren minstens een legitieme en redelijke verwachting te hebben dat zij het effectieve genot van een eigendomsrecht verkrijgen (EHRM, 27 november 2007, *Hamer t. België*, § 75; EHRM, grote kamer, 29 maart 2010, *Depalle t. Frankrijk*, § 63; EHRM, 18 mei 2010, *Plalam S.P.A. t. Italië*, § 36), met dien verstande dat die verwachting moet berusten op een « voldoende grondslag in het interne recht » (EHRM, grote kamer, 28 september 2004, *Kopecky t. Slowakije*, § 52; EHRM, grote kamer, 29 maart 2010, *Depalle t. Frankrijk*, § 63).

B.9.3. De uiteenzetting van het middel laat het Hof niet toe te bepalen welke de vordering is die een eigendom - in de zin van die bepaling - van de verzekerde kan vormen, waarvan het ongestoord genot door de bestreden bepaling in het gedrang zou komen.

B.9.4. Het eerste middel is niet gegrond.

Wat het tweede middel betreft

B.10.1. Uit de uiteenzetting van het verzoekschrift tot vernietiging dat in de zaak nr. 4843 werd ingediend, blijkt dat het Hof wordt verzocht om uitspraak te doen over de bestaanbaarheid, met de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, in samenhang gelezen met artikel 1 van het Eerste Aanvullend Protocol bij het Europees Verdrag voor de rechten van de mens, van artikel 21*octies*, § 2, tweede lid, van de wet van 9 juli 1975 - ingevoegd bij artikel 12 van de wet van 17 juni 2009 -, doordat die bepaling een verschil in behandeling invoert tussen de verzekerde en de verzekeringsonderneming, vermits zij de eerstgenoemde niet toestaat de CBFA te verzoeken om de toestemming om de voorwaarden van de door die bepaling beoogde verzekeringsovereenkomst te wijzigen, wanneer hij met financiële problemen wordt geconfronteerd.

B.10.2. De bestreden bepaling geeft een verzekeringsonderneming het recht om de CBFA te verzoeken om een toestemming om « maatregelen [te] nemen om haar tarief in evenwicht te brengen ». Die toestemming wordt slechts onder bepaalde voorwaarden verleend. Die maatregelen kunnen een « aanpassing van de dekkingvoorwaarden » inhouden (artikel 21*octies*, § 2, tweede lid, van de wet van 9 juli 1975).

Vóór de inwerkingtreding van de bestreden bepaling had de CBFA reeds de bevoegdheid om van een verzekeringsonderneming te eisen dat zij « maatregelen neemt om een tarief in evenwicht te brengen » wanneer zij vaststelde dat « de toepassing van dat tarief verlieslatend [was] » (artikel 21*octies*, § 2, eerste zin, van de wet van 9 juli 1975). Die regel - die wordt bekrachtigd bij artikel 21*octies*, § 2, eerste lid, zoals het werd ingevoegd bij artikel 12 van de wet van 17 juni 2009 - past binnen een controle van de rentabiliteit van de verzekeringsondernemingen (*Parl. St.*, Kamer, 1990-1991, nr. 1587/1, pp. 2, 8-9) waarbij een onmiddellijke, zelfs tijdelijke, tariefverhoging kan worden opgelegd aan een « bedrijf in moeilijkheden », wanneer die tarieven « duidelijk ontoereikend zijn en op lange termijn de gezondheid van de onderneming in het gedrang brengen » (*ibid.*, nr. 1587/4, pp. 24 en 38).

De bestreden bepaling heeft tot doel « verzekeringsondernemingen die uitzonderlijke en zware verliezen lijden de mogelijkheid te bieden » aan de CBFA de toestemming te vragen om « hun tarieven te verhogen » teneinde « opnieuw een financieel evenwicht te bereiken » (*Parl. St.*, Kamer, 2008-2009, DOC 52-1662/004, p. 35). Zij heeft enkel betrekking op « specifieke en bijzondere omstandigheden » (*ibid.*, p. 35). Die bepaling is « ook een bescherming van de consument aangezien hij de meeste schade zou lijden bij een eventueel faillissement van zijn verzekeraar » (*Parl. St.*, Senaat, 2008-2009, nr. 4-1235/3, p. 17).

Het verzoek dat een verzekeringsonderneming op grond van de bestreden bepaling aan de CBFA kan richten, heeft een draagwijdte die een bepaalde contractuele verhouding tussen die onderneming en een bepaalde verzekeringnemer overstijgt.

B.10.3. Rekening houdend met het doel van de bestreden bepaling, is het voormelde verschil in behandeling niet zonder redelijke verantwoording.

B.10.4. Het tweede middel is niet gegrond.

Over de grond van de zaak nr. 4846

Wat het eerste middel betreft

B.11.1. Uit de uiteenzetting van het eerste middel blijkt dat het Hof wordt verzocht uitspraak te doen over de bestaanbaarheid, met de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, van artikel 138*bis*-4, §§ 1 tot 4, van de wet van 25 juni 1992 (vervanging bij artikel 6 van de wet van 17 juni 2009) en van artikel 21*octies*, § 2, tweede lid, van de wet van 9 juli 1975 (ingevoegd bij artikel 12 van de wet van 17 juni 2009), doordat die laatste bepalingen een verschil in behandeling zouden invoeren tussen, enerzijds, de verzekeraar die een levenslange niet-beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst heeft gesloten en, anderzijds, het ziekenfonds dat een « dienst ' hospitalisatie ' » organiseert.

De voorwaarden voor een verhoging van de financiële tegenprestatie van de prestatie die moet worden verleend ter uitvoering van die overeenkomst of in het kader van die dienst, alsook de voorwaarden voor een wijziging van de « dekkingvoorwaarden » van die overeenkomst of van die dienst, zouden voor een ziekenfonds soepeler zijn dan voor een verzekeraar doordat een ziekenfonds die tegenprestatie zou kunnen verhogen of die « dekkingvoorwaarden » zou kunnen wijzigen via een gewone beslissing van zijn algemene vergadering, zonder dat de instemming van de begunstigde van zijn dienst moet worden verkregen.

B.11.2.1. Een ziekenfonds is een vereniging van natuurlijke personen die « het bevorderen van het fysiek, psychisch en sociaal welzijn » als streefdoel heeft, in een « geest van voorzorg, onderlinge hulp en solidariteit », en die haar activiteiten « zonder winst oogmerk » uitoefent (artikel 2, § 1, van de wet van 6 augustus 1990 « betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen »).

B.11.2.2. De « dienst ' hospitalisatie ' » die door een ziekenfonds wordt georganiseerd, is een « financiële tussenkomst » voor zijn « leden » en de « personen te hunnen laste », die bestaat in de toekenning, « in geval van hospitalisatie », van hetzij een « forfaitaire uitkering per verpleegdag », hetzij een « vergoeding in functie van de werkelijk gedragen kosten inzake ziekenhuisverpleging » (artikel 9, § 1^{er}, 1^o, in samenhang gelezen met artikel 3, eerste lid, b), van de wet van 6 augustus 1990).

B.11.3. Bij de wet van 26 april 2010 « houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering (I) » worden verschillende wijzigingen aangebracht in de regelgeving betreffende de « dienst ' hospitalisatie ' ». De meeste bepalingen van die wet zijn op 1 maart 2010 in werking getreden (artikel 75, eerste lid, van de wet van 26 april 2010).

Niettemin blijft het ziekenfonds dat bestond op de dag van die inwerkingtreding, vrij om die dienst te blijven inrichten « met inachtneming van de bepalingen van de wet van 6 augustus 1990 en haar uitvoeringsmaatregelen die van toepassing waren de dag vóór [die] inwerkingtreding », tot 31 december 2011, zonder rekening te houden met de wijzigingen die zijn aangebracht bij de wet van 26 april 2010 (artikel 75, tweede tot vierde lid, van de wet van 26 april 2010; artikel 1 van het koninklijk besluit van 21 januari 2011 « tot uitvoering van artikel 75, vierde lid, van de wet van 26 april 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering (I) »).

Rekening houdend met de datum van indiening van het verzoekschrift tot vernietiging (8 januari 2010), wordt het Hof in het eerste middel verzocht rekening te houden met de regelgeving betreffende de ziekenfondsen die van toepassing was vóór de inwerkingtreding van de wet van 26 april 2010. Het in B.11.1 vermelde verschil in behandeling dient eveneens te worden onderzocht in het licht van de bij die wet aangebrachte wijzigingen.

B.11.4.1. Een ziekenfonds mag het bedrag van de bijdragen van een « dienst ' hospitalisatie ' » slechts in drie gevallen verhogen : om het aan te passen aan de « gezondheidsindex », « wanneer de reële en significante stijging van de kostprijs van de gewaarborgde prestaties of wanneer de evolutie van de te dekken risico's dit vereist », of « in geval van significante en uitzonderlijke omstandigheden » (artikel 9, § 1^{quiquies}, vijfde lid, van de wet van 6 augustus 1990, ingevoegd bij artikel 2, 4), van de wet van 11 mei 2007 « tot wijziging van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen ». De « werkelijke en significante stijging van de kostprijs van de gewaarborgde prestaties », de « evolutie van de te dekken risico's » en de « significante en uitzonderlijke omstandigheden » worden beoordeeld door de Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen (artikel 9, § 1^{quiquies}, zesde lid, van de wet van 6 augustus 1990, ingevoegd bij artikel 2, 4), van de wet van 11 mei 2007).

De « voorwaarden inzake de dekking » van de leden van een ziekenfonds dat een « dienst ' hospitalisatie ' » inricht, mogen op hun beurt « enkel gewijzigd worden op grond van duurzame objectieve elementen en op een wijze die evenredig is met deze elementen », die « aan de beoordeling van de Controledienst [voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen] worden onderworpen » (artikel 9, § 1^{quiquies}, zevende lid, van de wet van 6 augustus 1990, ingevoegd bij artikel 2, 4), van de wet van 11 mei 2007).

B.11.4.2. Zowel een verhoging van het bedrag van de bijdragen als een wijziging van de « dekkingsvoorwaarden » van een « dienst ' hospitalisatie ' » veronderstellen een wijziging van de statuten van het ziekenfonds (artikel 9, § 1, eerste lid, 4^o, van de wet van 6 augustus 1990, vóór de wijziging ervan bij artikel 5, 1^o, van de wet van 26 april 2010), namelijk, in principe, een beslissing van de algemene vergadering van het ziekenfonds, genomen met een meerderheid van twee derden van de uitgebrachte stemmen (artikel 10 van de wet van 6 augustus 1990; artikel 15, § 1, 1^o, van dezelfde wet). De algemene vergadering mag niettemin, voor een (hernieuwbare) periode van één jaar, aan de raad van bestuur van het ziekenfonds de bevoegdheid delegeren om te beslissen over de « aanpassingen van de bijdragen » (artikel 15, § 3, eerste en tweede lid, van de wet van 6 augustus 1990).

Ongeacht of de algemene vergadering dan wel de raad van bestuur erover beslist, moet een statutaire wijziging betreffende een verhoging van het bedrag van de bijdragen van de « dienst ' hospitalisatie ' » worden goedgekeurd door de Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen, die zal nagaan of de « voorziene stijging van het totaalbedrag van de bijdragen in verhouding [is] tot de stijging van de uitgaven in de betrokken dienst » (artikel 11, § 2, 3^o, van de wet van 6 augustus 1990, zoals het luidde na de vervanging ervan bij artikel 3 van de wet van 11 mei 2007; artikel 15, § 3, derde lid, van de wet van 6 augustus 1990) vervangen bij artikel 139, 3^o, van de wet van 12 augustus houdende sociale, budgettaire en andere bepalingen).

Een statutenwijziging betreffende een wijziging van de « voorwaarden inzake de dekking » van een « dienst ' hospitalisatie ' » moet eveneens worden goedgekeurd door de Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen, die zal nagaan of « deze wijziging gebaseerd is op duurzame objectieve elementen en evenredig is met deze elementen » (artikel 11, § 2, 4^o, van de wet van 6 augustus 1990).

Volgens de parlementaire voorbereiding van de wet van 11 mei 2007 - die in de wet van 6 augustus 1990 de bepalingen heeft ingevoegd die de voorwaarden regelen waaronder een ziekenfonds het bedrag van de bijdragen mag verhogen en de dekkingsvoorwaarden van de « dienst ' hospitalisatie ' » mag wijzigen - is de relatie tussen een ziekenfonds en een van zijn leden verschillend in die tussen de partijen bij een verzekeringsovereenkomst doordat het niet gaat om een « individuele contractuele relatie », maar om een « statutaire relatie gebaseerd op het solidariteitsbeginsel ». Er werd gepreciseerd dat een lid van een ziekenfonds, door het toetredingsformulier te ondertekenen, gebonden is aan de statuten ervan en aan de wijzigingen daarvan (*Parl. St.*, Kamer, 2006-2007, DOC 51-3057/001, p. 9; *ibid.*, DOC 51-3057/002, p. 5; *Parl. St.*, Senaat, 2006-2007, nr. 2439/2, p. 4).

B.11.4.3. De algemene vergadering van een ziekenfonds bestaat uit « vertegenwoordigers die worden verkozen in hun schoot voor een duur van zes jaar, door de leden en personen te hunnen laste die meerderjarig of ontvoegd zijn en die hun woonplaats in België hebben » (artikel 14, § 1, van de wet van 6 augustus 1990).

Tijdens de voormelde parlementaire voorbereiding van de wet van 11 mei 2007 werd ook onderstreept dat « de beslissing van de algemene vergadering om de statuten te wijzigen beschouwd [moet] worden als zijnde genomen krachtens een machtiging van de leden » (*Parl. St.*, Kamer, 2006-2007, DOC 51-3057/001, p. 9).

B.11.4.4. Uit het voorgaande blijkt dat een verhoging van de bijdrage voor een « dienst ' hospitalisatie ' » en een wijziging van de « dekkingsvoorwaarden » van zulk een dienst in principe de indirecte instemming van de begunstigde van die dienst vereisen.

B.11.5. De wet van 26 april 2010 heeft de voormelde regels niet gewijzigd.

B.11.6. In zoverre het voortvloeit uit de vaststelling dat een ziekenfonds de bijdrage voor de « dienst ' hospitalisatie ' » zou kunnen verhogen of de « dekkingsvoorwaarden » ervan zou kunnen wijzigen zonder de instemming van de begunstigde van zijn dienst, berust het in B.11.1 beschreven verschil in behandeling dan ook op een verkeerde lezing van de regels die van toepassing zijn op de ziekenfondsen, zowel vóór als na de inwerkingtreding van de wet van 26 april 2010.

B.11.7. Het eerste middel is niet gegrond.

Wat het tweede middel betreft

B.12.1. Uit de uiteenzetting van het tweede middel blijkt dat het Hof wordt verzocht uitspraak te doen over de bestaanbaarheid, met de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, in samenhang gelezen met artikel 8, lid 3, van de richtlijn 73/239/EEG van de Raad van 24 juli 1973 « tot coördinatie van de wettelijke en bestuursrechtelijke bepalingen betreffende de toegang tot het directe verzekeringsbedrijf, met uitzondering van de levensverzekeringsbranche, en de uitoefening daarvan » en met de artikelen 29 en 39, tweede en derde lid, van de richtlijn 92/49/EEG van de Raad van 18 juni 1992 « tot coördinatie van de wettelijke en bestuursrechtelijke bepalingen betreffende het directe verzekeringsbedrijf, met uitzondering van de levensverzekeringsbranche, en houdende wijziging van de Richtlijnen 73/239/EEG en 88/357/EEG », van artikel 138bis-4, §§ 1 tot 4, van de wet van 25 juni 1992, en van artikel 21octies, § 2, tweede lid van de wet van 9 juli 1975, doordat die laatste bepalingen de vrijheid zouden beperken van de verzekeraar die een niet-beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst heeft gesloten voor het leven, om de « technische grondslagen van de premie » en de « dekkingsvoorwaarden » van die overeenkomst te wijzigen.

B.12.2.1. De artikelen 6 tot 12bis van de richtlijn 73/239/EEG maken deel uit van afdeling A (« Toegangsvoorwaarden ») van titel II (« Regels, toepasselijk op ondernemingen waarvan het hoofdkantoor gevestigd is binnen de Gemeenschap ») van die richtlijn, terwijl de artikelen 13 tot 21 van dezelfde richtlijn afdeling B (« Uitoefeningsvoorwaarden ») vormen, en artikel 22 afdeling C (« Intrekking van de vergunning ») van dezelfde titel.

Artikel 6 van de richtlijn 73/239/EEG - vervangen bij artikel 4 van de richtlijn 92/49/EEG - bepaalt dat de « toegang tot het directe verzekeringsbedrijf [...] afhankelijk [wordt] gesteld van het verkrijgen van een vergunning » die « bij de autoriteiten van de Lid-Staat van herkomst [moet] worden aangevraagd », hetzij door « de onderneming die haar hoofdkantoor op het grondgebied van deze Lid-Staat vestigt », hetzij door « de onderneming die, na de [voormelde] vergunning te hebben verkregen, haar werkzaamheden tot een gehele branche of tot andere branches uitbreidt ».

Artikel 8, lid 1 tot 2, van dezelfde richtlijn - vervangen bij artikel 6 van de richtlijn 92/49/EEG, en een laatste keer gewijzigd bij artikel 1 van de richtlijn 2006/101/EG van de Raad van 20 november 2006 « tot aanpassing van de Richtlijnen 73/239/EEG, 74/557/EEG en 2002/83/EG op het gebied van het vrij verrichten van diensten, in verband met de toetreding van Bulgarije en Roemenië » - vermeldt verschillende voorwaarden waaraan een verzekeringsonderneming die deze vergunning aanvraagt, moet voldoen.

Artikel 8, lid 3, van de richtlijn 73/239/EEG - vervangen bij artikel 6 van de richtlijn 92/49/EEG - bepaalt :

« Deze richtlijn belet niet dat de Lid-Staten wettelijke en bestuursrechtelijke bepalingen handhaven of invoeren die voorzien in de goedkeuring van de statuten en in het mededelen van elk document dat voor de normale uitoefening van het toezicht vereist is.

De Lid-Staten stellen echter geen bepalingen vast waarin de voorafgaande goedkeuring of de systematische mededeling wordt geëist van de algemene en bijzondere voorwaarden van de verzekeringspolissen, de tarieven, en de formulieren en andere documenten waarvan de onderneming gebruik wil maken in haar betrekkingen met de verzekeringnemers.

De Lid-Staten kunnen de voorafgaande kennisgeving of de goedkeuring van voorgestelde tariefverhogingen alleen als onderdeel van een algemeen prijscontrolesysteem handhaven of invoeren.

[...] ».

B.12.2.2. Artikel 29 van de richtlijn 92/49/EEG, dat behoort tot hoofdstuk 3 van titel III (« Harmonisatie van de uitoefeningsvoorwaarden »), bepaalt :

« De Lid-Staten stellen geen bepalingen vast waarin de voorafgaande goedkeuring of de systematische mededeling wordt geëist van de algemene en bijzondere voorwaarden van de verzekeringspolissen, de tarieven, en de formulieren en andere documenten waarvan een verzekeringsonderneming gebruik wil maken in haar betrekkingen met de verzekeringnemers. Voor het toezicht op de naleving van de nationale bepalingen betreffende de verzekeringsovereenkomsten kunnen zij alleen een niet-systematische mededeling van deze voorwaarden en andere documenten eisen, zonder dat dit vereiste voor de verzekeringsonderneming een voorwaarde vooraf voor de uitoefening van haar werkzaamheden vormt.

De Lid-Staten kunnen de voorafgaande kennisgeving of de goedkeuring van voorgestelde tariefverhogingen alleen als onderdeel van een algemeen prijscontrolesysteem handhaven of invoeren ».

B.12.2.3. Artikel 39 van de richtlijn 92/49/EEG maakt deel uit van titel IV (« Bepalingen betreffende de vrije vestiging en het vrij verrichten van diensten ») en bepaalt :

« 1. Artikel 18 van de Richtlijn 88/357/EEG vervalt.

2. De Lid-Staat van het bijkantoor of de Lid-Staat van dienstverrichting stelt geen bepalingen vast waarin de voorafgaande goedkeuring of de systematische mededeling wordt geëist van de algemene en bijzondere voorwaarden van de verzekeringspolissen, de tarieven, en de formulieren en andere documenten waarvan een verzekeringsonderneming gebruik wil maken in haar betrekkingen met de verzekeringnemers. Voor het toezicht op de naleving van zijn nationale bepalingen betreffende verzekeringsovereenkomsten kan hij van een verzekeringsonderneming die op zijn grondgebied in het kader van het recht van vestiging of in het kader van het vrij verrichten van diensten het verzekeringsbedrijf wenst uit te oefenen, slechts een niet-systematische mededeling eisen van deze voorwaarden of andere documenten waarvan zij gebruik wenst te maken, zonder dat dit vereiste voor de verzekeringsonderneming een voorwaarde vooraf voor de uitoefening van haar werkzaamheden vormt.

3. De Lid-Staat van het bijkantoor of de Lid-Staat van dienstverrichting kan de voorafgaande kennisgeving of de goedkeuring van voorgestelde tariefverhogingen alleen als onderdeel van een algemeen prijscontrolesysteem handhaven of invoeren ».

B.12.2.4. De richtlijn 92/49/EEG, die de voormelde bepalingen heeft ingevoegd, beoogt het « vrij op de markt brengen » van verzekeringsproducten te verwezenlijken (HvJ, 11 mei 2000, C-296/98, *Commissie van de Europese Gemeenschappen t. Franse Republiek*, punt 29; HvJ, grote kamer, 25 februari 2003, C-59/01, *Commissie van de Europese Gemeenschappen t. Italiaanse Republiek*, punt 26). Zij heeft tot doel dat « alle in de [Unie] aangeboden verzekeringsproducten zonder enige belemmering op [het] grondgebied [van de lidstaat] op de markt kunnen worden gebracht », opdat de verzekeringnemer « toegang heeft tot een zo breed mogelijke waaijer van [die producten] » (overweging 19 van de richtlijn 92/49/EEG), waarbij aan de lidstaten « de [...] mogelijkheid [wordt gelaten] om verzekeringsovereenkomsten tot dekking van op hun grondgebied gelegen risico's onder toepassing van hun recht te doen vallen, [teneinde] voldoende waarborgen [te bieden] voor verzekeringsnemers die behoefte hebben aan bijzondere bescherming » (overweging 18 van dezelfde richtlijn).

De voormelde bepalingen van de richtlijn 73/239/EEG en van de richtlijn 92/49/EEG hebben echter niet tot doel de contractuele betrekkingen te regelen tussen een verzekeringsonderneming en een verzekeringnemer. Zij verbieden een lidstaat de voorafgaande mededeling te eisen van gegevens of van documenten waarvan een verzekeringsonderneming « gebruik wil maken » in dat type van betrekkingen. Door aan te geven dat één van de uitzonderingen op dat verbod « voor de verzekeringsonderneming [geen] voorwaarde vooraf voor de uitoefening van haar werkzaamheden mag vormen », herinneren artikel 29, eerste alinea, en artikel 39, lid 2, van de richtlijn 92/49/EEG eraan dat dit verbod betrekking heeft op mededelingen die voorafgaan aan de totstandkoming van de contractuele betrekking tussen die onderneming en de verzekeringnemer. De regels die zijn vervat in artikel 8, lid 3, van de richtlijn 73/239/EEG, maken op hun beurt deel uit van een bepaling betreffende voorwaarden voor een vergunning waarvan de toegang tot het verzekeringsbedrijf afhankelijk wordt gesteld.

De voormelde bepalingen van de richtlijn 73/239/EEG en van de richtlijn 92/49/EEG verbieden evenmin iedere nationale maatregel die gevolgen kan hebben voor de tarieven (HvJ, grote kamer, 7 september 2004, C-346/02, *Commissie van de Europese Gemeenschappen* t. Groothertogdom Luxemburg, punten 24-25; HvJ, grote kamer, 7 september 2004, C-347/02, *Commissie van de Europese Gemeenschappen* t. Franse Republiek, punten 25-26; HvJ, grote kamer, 28 april 2009, C-518/06, *Commissie van de Europese Gemeenschappen* t. Italiaanse Republiek, punten 105-106).

Uit het voorgaande volgt dat die bepalingen een Staat niet verbieden de goedkeuring, de mededeling of de kennisgeving te eisen van wijzigingen van reeds gesloten overeenkomsten. Zij hebben enkel betrekking op overeenkomsten die nog niet zijn gesloten.

B.12.3. De bestreden bepalingen verbieden de verzekeraar die een niet-beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst heeft gesloten voor het leven, om de « technische grondslagen van de premie » en de « dekkingsvoorwaarden » van die overeenkomst te wijzigen, doch voorzien in verschillende uitzonderingen op dat beginsel.

Zij verplichten een verzekeraar niet om de « technische grondslagen van de premie » of de « dekkingsvoorwaarden » van overeenkomsten die hij nog niet heeft gesloten, mede te delen, ervan kennis te geven of ze aan de voorafgaande goedkeuring van de overheid voor te leggen, zelfs indien die elementen van te sluiten overeenkomsten niet identiek zijn met die welke betrekking hebben op reeds gesloten overeenkomsten.

De bestreden bepalingen bevatten bijgevolg geen maatregelen die onbestaanbaar zijn met artikel 8, lid 3, van de richtlijn 73/239/EEG en met de artikelen 29 en 39, lid 2 en 3, van de richtlijn 92/49/EEG.

B.12.4. Het tweede middel is niet gegrond.

Wat het derde middel betreft

B.13.1. Uit de uiteenzetting van het derde middel blijkt dat het Hof wordt verzocht zich uit te spreken over de bestaanbaarheid, met de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, in samenhang gelezen met de artikelen 43 en 49 van het Verdrag tot oprichting van de Europese Gemeenschap, van artikel 138bis-4, §§ 1 tot 4, van de wet van 25 juni 1992 (vervangen bij artikel 6 van de wet van 17 juni 2007) en van artikel 21octies, § 2, tweede lid, van de wet van 9 juli 1975 (ingevoegd bij artikel 12 van de wet van 17 juni 2009), doordat die laatste bepalingen afbreuk zouden doen aan de vrijheid van vestiging en aan het vrij verrichten van diensten, ten aanzien van de verzekeringsonderneming die in een andere lidstaat van de Europese Unie is gevestigd en die levenslange niet-beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomsten wenst te sluiten.

B.13.2.1. De regels vermeld in artikel 43 van het Verdrag tot oprichting van de Europese Gemeenschap zijn sinds 1 december 2009 - de dag van de inwerkingtreding van het Verdrag « tot wijziging van het Verdrag betreffende de Europese Unie en het Verdrag tot oprichting van de Europese Gemeenschap », ondertekend te Lissabon op 13 december 2007 - vervat in artikel 49 van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie (hierna : VWEU), dat bepaalt :

« In het kader van de volgende bepalingen zijn beperkingen van de vrijheid van vestiging voor onderdanen van een lidstaat op het grondgebied van een andere lidstaat verboden. Dit verbod heeft eveneens betrekking op beperkingen betreffende de oprichting van agentschappen, filialen of dochterondernemingen door de onderdanen van een lidstaat die op het grondgebied van een lidstaat zijn gevestigd.

De vrijheid van vestiging omvat, behoudens de bepalingen van het hoofdstuk betreffende het kapitaal, de toegang tot werkzaamheden anders dan in loondienst en de uitoefening daarvan alsmede de oprichting en het beheer van ondernemingen, en met name van vennootschappen in de zin van de tweede alinea van artikel 54, overeenkomstig de bepalingen welke door de wetgeving van het land van vestiging voor de eigen onderdanen zijn vastgesteld ».

B.13.2.2. De regels vermeld in artikel 49 van het Verdrag tot oprichting van de Europese Gemeenschap zijn sinds 1 december 2009 vervat in artikel 56 van het VWEU, dat bepaalt :

« In het kader van de volgende bepalingen zijn de beperkingen op het vrij verrichten van diensten binnen de Unie verboden ten aanzien van de onderdanen der lidstaten die in een andere lidstaat zijn gevestigd dan dat, waarin degene is gevestigd te wiens behoefte de dienst wordt verricht.

Het Europees Parlement en de Raad kunnen, volgens de gewone wetgevingsprocedure, de bepalingen van dit hoofdstuk van toepassing verklaren ten gunste van de onderdanen van een derde staat die diensten verrichten en binnen de Unie zijn gevestigd ».

B.13.2.3. Artikel 54, tweede alinea, van het VWEU omschrijft vennootschappen als « maatschappijen naar burgerlijk recht of handelsrecht, de coöperatieve verenigingen of vennootschappen daaronder begrepen, en de overige rechtspersonen naar publiek- of privaatrecht, met uitzondering van vennootschappen welke geen winst beogen ». Het is eveneens van toepassing op het onderwerp dat in artikel 56 van dat Verdrag is geregeld (artikel 62 van het VWEU).

B.13.3. De beperkingen die worden beoogd door de artikelen 49 en 56 van het VWEU, zijn maatregelen, genomen door een lidstaat van de Europese Unie, die de uitoefening van de vrijheid van vestiging of het vrij verrichten van diensten verbieden, belemmeren of minder aantrekkelijk maken (HvJ, grote kamer, 28 april 2009, C-518/06, *Commissie van de Europese Gemeenschappen* t. Italiaanse Republiek, punt 62; HvJ, grote kamer, 1 juni 2010, C-570/07 en C-571/07, *Blanco Pérez en Chao Gómez*, punt 53; HvJ, 7 oktober 2010, C-515/08, *dos Santos Palhota e.a.*, punt 29). Het gaat onder meer om maatregelen die, hoewel zij zonder onderscheid toepasselijk zijn voor de ondernemingen van die Staat en voor de ondernemingen van andere lidstaten van de Europese Unie, de toegang tot de markt voor de laatstgenoemde ondernemingen ongunstig beïnvloeden en dus de intracommunautaire handel belemmeren (HvJ, grote kamer, 28 april 2009, C-518/06, *Commissie van de Europese Gemeenschappen* t. Italiaanse Republiek, punt 64).

De regeling van een lidstaat van de Europese Unie vormt geen beperking, enkel omdat andere lidstaten minder rigoureuze of economisch gunstigere regels toepassen op verrichters van soortgelijke diensten die op hun grondgebied zijn gevestigd (HvJ, grote kamer, 28 april 2009, C-518/06, *Commissie van de Europese Gemeenschappen* t. Italiaanse Republiek, punt 63).

B.13.4. Een beperking van de vrijheid van vestiging en het vrij verrichten van diensten die behoort tot een domein dat niet werd geharmoniseerd door de Europese Unie, is toelaatbaar indien zij dwingende redenen van algemeen belang dient, indien zij geschikt is om de verwezenlijking van het ermee beoogde doel te waarborgen en indien zij niet verder gaat dan noodzakelijk is om dat doel te bereiken (HvJ, grote kamer, 1 april 2008, C-212/06, *Regering van de Franse Gemeenschap en Waalse Regering*, punt 55; HvJ, 13 december 2007, C-250/06, *United Pan-Europe Communications Belgium e.a.*, punt 39; HvJ, grote kamer, 28 april 2009, C-518/06, *Commissie van de Europese Gemeenschappen t. Italiaanse Republiek*, punt 72; HvJ, 7 oktober 2010, C-515/08, *dos Santos Palhota e.a.*, punt 45).

Tot die dwingende redenen van algemeen belang behoort de bescherming van de consument (HvJ, 4 december 1986, 205/84, *Commissie van de Europese Gemeenschappen t. Bondsrepubliek Duitsland*, punten 30-33; HvJ, grote kamer, 6 maart 2007, C-338/04, C-359/04 en C-360/04, *Placanica e.a.*, punt 46; HvJ, 18 november 2010, C-458/08, *Europese Commissie t. Portugese Republiek*, punt 89).

B.13.5. De bestreden bepalingen behoren niet tot een domein dat is geharmoniseerd door de Europese Unie.

B.13.6. Zonder dat het nodig is om te onderzoeken of deze bepalingen beperkingen zijn in de zin van de artikelen 49 en 56 van het VWEU, volstaat het vast te stellen dat zij beantwoorden aan de criteria vermeld in B.13.4.

B.13.7.1. De wet van 17 juni 2009 heeft immers tot doel de praktische problemen op te lossen die waren gerezen bij de toepassing van de wet van 20 juli 2007, die ertoe strekte « een aantal belangrijke garanties [te] geven » in de belangrijke sector van de « private ziekteverzekering » (*Parl. St.*, Kamer, 2008-2009, DOC 52-1662/001, p. 4; *ibid.*, DOC 52-1662/004, p. 3; *Parl. St.*, Senaat, 2008-2009, nr. 4-1235/3, p. 2).

De bestreden bepalingen maken deel uit van een geheel van regels dat « essentieel [is] om de verzekerde te beschermen » (*Parl. St.*, Senaat, 2008-2009, nr. 4-1235/3, p. 6), en dat tot doel heeft de consument te beschermen (*ibid.*, nr. 4-1235/3, p. 5).

B.13.7.2. De bepalingen zijn geschikt om de verwezenlijking van dat doel te waarborgen.

Door de grenzen vast te stellen waarbinnen de verzekeraar bepaalde elementen van de overeenkomst kan aanpassen, beoogt artikel 138bis-4, §§ 1 tot 3, van de wet van 25 juni 1992 eventuele premieverhogingen die een verhoging van de reële kostprijs van de verrichte prestaties overschrijden en die tot uiting komen als « bruske verhogingen met vaak verwoestende gevolgen » voor de verzekerden, te verhinderen (*Parl. St.*, Kamer, 2008-2009, DOC 52-1662/004, p. 3; *Parl. St.*, Senaat, 2008-2009, nr. 4-1235/3, p. 2). Het strekt eveneens ertoe een einde te maken aan de « even aanzienlijke als onverwachte [premie]verhogingen » (*ibid.*, nr. 4-1235/3, p. 5) en aan de « prijsverhogingen van de polissen » die werden vastgesteld gedurende de twee jaren voorafgaand aan de aanneming van de bestreden bepalingen (*ibid.*, nr. 4-1235/3, pp. 13-14), alsook de verzekeraars te verhinderen om « op lange termijn onhoudbare lokprijzen [te hanteren], gevolgd door « inhaalbewegingen » (*ibid.*, nr. 4-1235/3, p. 5), teneinde de verzekerde een « reële tariefzekerheid » te waarborgen, ongeacht zijn leeftijd (*ibid.*).

B.13.7.3. De bestreden bepalingen gaan niet verder dan noodzakelijk is om het nagestreefde doel te bereiken.

De verzekeraar behoudt het recht om de elementen van de overeenkomst - zoals het bedrag van de premie - in alle vrijheid te bepalen op het ogenblik van het sluiten van de overeenkomst, door in voorkomend geval « aantrekkelijke prijzen » te hanteren, in « bedrijfseconomisch haalbare omstandigheden » (*Parl. St.*, Senaat, 2008-2009, nr. 4-1235/5, p. 5).

Bovendien is bepaald dat die elementen van de overeenkomst, na het sluiten ervan, jaarlijks kunnen worden aangepast tegen de kostprijs van de diensten die door die overeenkomst worden gedekt, op basis van indexcijfers die worden verkregen aan de hand van objectieve en representatieve parameters (artikel 138bis-4, § 3, van de wet van 25 juni 1992), volgens een solide methode die de « wetenschappelijke geldigheid » ervan waarborgt (*Parl. St.*, Kamer, 2008-2009, DOC 52-1662/004, p. 5; *Parl. St.*, Senaat, 2008-2009, nr. 4-1235/3, p. 4).

Wanneer de aanpassing van die elementen van de overeenkomst op basis van die specifieke indexcijfers of op basis van de index der consumptieprijzen de verzekeraar niet toelaat om verliezen te voorkomen, kan deze aan de CBFA de toestemming vragen om maatregelen te nemen om haar tarief in evenwicht te brengen, zoals een aanpassing van zijn dekkingsvoorwaarden (artikel 138bis-4, § 4, van de wet van 25 juni 1992, in samenhang gelezen met artikel 21octies, § 2, tweede lid, van de wet van 9 juli 1975). Die procedure, die verband houdt met « specifieke en bijzondere omstandigheden » (*Parl. St.*, Kamer, 2008-2009, DOC 52-1662/004, p. 35) of « uitzonderlijke omstandigheden » (*Parl. St.*, Senaat, 2008-2009, nr. 4-1235/3, p. 5) heeft tot doel « de consument [te beschermen] aangezien hij de meeste schade zou lijden bij een eventueel faillissement van zijn verzekeraar » (*ibid.*, p. 17).

Ten slotte kunnen ook andere elementen van de overeenkomst, na het sluiten ervan, door de verzekeraar worden aangepast - op redelijke en proportionele wijze en onder bepaalde voorwaarden - aan de wijzigingen van de situatie van de verzekerde die betrekking hebben op diens beroep, inkomen of socialezekerheidsstatuut (artikel 138bis-4, § 5, van de wet van 25 juni 1992).

B.13.8. De bestreden bepalingen zijn bijgevolg bestaanbaar met de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, in samenhang gelezen met de artikelen 49 en 56 van het VWEU.

B.13.9. Het derde middel is niet gegrond.

Wat het vierde middel betreft

B.14.1. Uit de uiteenzetting van het vierde middel blijkt dat het Hof wordt verzocht zich uit te spreken over de bestaanbaarheid, met de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, in samenhang gelezen met artikel 15 van de richtlijn 73/239/EEG van 24 juli 1973 en met artikel 56 van de richtlijn 91/674/EEG van de Raad van 19 december 1991 « betreffende de jaarrekening en de geconsolideerde jaarrekening van verzekeringsondernemingen », van artikel 138bis-4, §§ 1 tot 4, van de wet van 25 juni 1992, en van artikel 21octies, § 2, tweede lid, van de wet van 9 juli 1975, doordat die laatste bepalingen de verzekeringsonderneming die gebonden is door levenslange niet-beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomsten, zouden verhinderen om toereikende technische voorzieningen te vormen.

B.14.2. Zoals vervangen bij artikel 17 van de richtlijn van 18 juni 1992 en vervolgens gewijzigd bij artikel 57, punt 3), van de richtlijn 2005/68/EG van het Europees Parlement en de Raad van 16 november 2005 « betreffende herverzekering en houdende wijziging van Richtlijnen 73/239/EEG en 92/49/EEG van de Raad en van Richtlijnen 98/78/EG en 2002/83/EG », bepaalt artikel 15 van de richtlijn 73/239/EEG :

« 1. De Lid-Staat van herkomst verplicht elke verzekeringsonderneming toereikende technische voorzieningen te vormen met betrekking tot het geheel van haar werkzaamheden.

De omvang van deze voorzieningen wordt bepaald aan de hand van de regels van Richtlijn 91/674/EEG.

2. De lidstaat van oorsprong eist van elke verzekeringsonderneming een voldoende dekking voor de technische voorzieningen en de egalatievoorziening, zoals bedoeld in artikel 15bis door congruente activa overeenkomstig artikel 6 van Richtlijn 88/357/EEG. Met betrekking tot risico's gelegen in de Gemeenschap, moeten deze activa in de Gemeenschap worden gelokaliseerd. Lidstaten mogen niet van verzekeringsondernemingen vereisen hun activa in een bepaalde lidstaat te lokaliseren. De lidstaat van oorsprong mag echter toestaan dat de voorschriften betreffende de lokalisatie van activa worden versoepeld.

3. De lidstaten mogen, met het oog op de vorming van technische voorzieningen, geen systeem met brutovoorzieningen handhaven of invoeren waarbij door de herverzekeraar activa als zekerheden moeten worden verstrekt ter dekking van de voorzieningen voor niet-verdiende premies en van de voorzieningen voor te betalen schaden, indien de herverzekeraar een herverzekeringsonderneming is waaraan overeenkomstig Richtlijn 2005/68/EG betreffende herverzekering vergunning is verleend, of een verzekeringsonderneming waaraan overeenkomstig deze richtlijn of Richtlijn 2002/83/EG vergunning is verleend.

Indien de lidstaat van herkomst toestaat dat technische voorzieningen worden gedekt door vorderingen op een herverzekeraar die geen herverzekeringsonderneming is waaraan overeenkomstig Richtlijn 2005/68/EG betreffende herverzekering vergunning is verleend noch een verzekeringsonderneming waaraan overeenkomstig deze richtlijn of Richtlijn 2002/83/EG een vergunning is verleend, stelt hij de voorwaarden voor het aanvaarden van dergelijke vorderingen vast ».

Die bepaling maakt deel uit van afdeling B (« Uitoefeningsvoorwaarden ») van titel II (« Regels, toepasselijk op ondernemingen waarvan het hoofdkantoor gevestigd is binnen de Gemeenschap ») van die richtlijn.

Artikel 56 van de richtlijn 91/674/EEG van de Raad van 19 december 1991 « betreffende de jaarrekening en de geconsolideerde jaarrekening van verzekeringsondernemingen » bepaalt :

« *Technische voorzieningen*

Het bedrag van de technische voorzieningen dient te allen tijde voldoende te zijn om de onderneming in staat te stellen de verplichtingen welke uit de verzekeringsovereenkomsten voortvloeien, voor zover redelijkerwijs te voorzien valt, na te komen ».

Die bepaling maakt deel uit van afdeling 7 (« Waarderingsregels ») van die richtlijn.

B.14.3. De bestreden bepalingen staan de verzekeraar die zich in alle vrijheid heeft verbonden door het sluiten van een niet-beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst, toe om bepaalde elementen van die overeenkomst te wijzigen gedurende de periode van uitvoering van de overeenkomst, in bepaalde omstandigheden die zij beschrijven. Zij maken het de verzekeraar onder meer mogelijk om jaarlijks, binnen bepaalde perken, de bedragen aan te passen van de premie, de vrijstelling en de prestatie die de partijen in alle vrijheid waren overeengekomen bij het sluiten van de overeenkomst, teneinde meer bepaald rekening te houden met de algemene prijsontwikkeling en met de kosten van de diensten die gedekt worden door dat type van overeenkomst (artikel 138bis-4, §§ 2 en 3, van de wet van 25 juni 1992). Zij stellen hem ook in staat om de Commissie voor het Bank-, Financier- en Assurantiewezen te verzoeken om maatregelen te mogen nemen « om [zijn] tarief in evenwicht te brengen », wanneer de toepassing van zijn tarief « verlieslatend is of dreigt te worden » (artikel 21octies, § 2, tweede lid, van de wet van 9 juli 1975).

Die bepalingen tasten echter niet het recht van de verzekeraar aan om eenzijdig de omvang van de bedragen die hij wil voorstellen aan een persoon die met hem een overeenkomst wenst te sluiten. De verzekeraar blijft vrij om de waarde van die bedragen te bepalen rekening houdend met, onder andere, zijn boekhoudkundige verplichtingen.

De bestreden bepalingen strekken dus niet ertoe de boekhouding van de verzekeringsondernemingen te regelen, en doen geen afbreuk aan hun recht om het bedrag van de boekhoudkundige voorzieningen vast te stellen, met inachtneming van de vereisten waarin de voormelde Europese bepalingen voorzien.

Zij zouden dus niet als zijnde onbestaanbaar kunnen worden geacht met de verplichting, voor een verzekeringsonderneming die « gebonden » is door levenslange niet-beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomsten, om toereikende technische voorzieningen te vormen, verplichting die voortvloeit uit de voormelde Europese bepalingen.

B.14.4. Het vierde middel is niet gegrond.

Wat het vijfde middel betreft

B.15.1. Uit de uiteenzetting van het vijfde middel blijkt dat het Hof wordt verzocht zich uit te spreken over de bestaanbaarheid, met de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, in samenhang gelezen met artikel 13 ervan, met de artikelen 6 en 14 van het Europees Verdrag voor de rechten van de mens en met het algemeen rechtsbeginsel van het recht op een daadwerkelijk juridisch beroep, van artikel 21octies, § 2, tweede lid, van de wet van 9 juli 1975 (zoals het is ingevoegd bij artikel 12 van de wet van 17 juni 2009), doordat die laatste bepaling de verzekeraar die gebonden is door een levenslange niet-beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst, enerzijds, het recht op toegang tot een rechter zou ontzeggen wanneer de CBFA zich niet uitspreekt over het verzoek dat bij haar is ingediend met toepassing van die bepaling en, anderzijds, het recht op een daadwerkelijk rechtsmiddel wanneer de CBFA weigert dat verzoek in te willigen.

B.15.2.1. Artikel 13 van de Grondwet bepaalt :

« Niemand kan tegen zijn wil worden afgetrokken van de rechter die de wet hem toekent ».

Die bepaling waarborgt, zoals artikel 6.1 van het Europees Verdrag voor de rechten van de mens, een recht op toegang tot de bevoegde rechter dat voldoet aan de vereisten van een eerlijk proces.

B.15.2.2. Artikel 14 van het Europees Verdrag voor de rechten van de mens bepaalt :

« Verbod van discriminatie

« Het genot van de rechten en vrijheden, welke in dit Verdrag zijn vermeld, is verzekerd zonder enig onderscheid op welke grond ook, zoals geslacht, ras, kleur, taal, godsdienst, politieke of andere overtuiging, nationale of maatschappelijke afkomst, het behoren tot een nationale minderheid, vermogen, geboorte of andere status. ».

B.15.3.1. Artikel 14, § 1, van de op 12 januari 1973 gecoördineerde wetten op de Raad van State, vervangen bij artikel 2 van de wet van 15 mei 2007 « tot wijziging van artikel 14 van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973 », bepaalt :

« De afdeling [bestuursrechtspraak van de Raad van State] doet uitspraak, bij wijze van arresten, over de beroepen tot nietigverklaring wegens overtreding van hetzij substantiële, hetzij op straffe van nietigheid voorgeschreven vormen, overschrijding of afwending van macht, ingesteld tegen de akten en reglementen :

1° van de onderscheiden administratieve overheden;

[...] ».

Artikel 14, § 3, van dezelfde op 12 januari 1973 gecoördineerde wetten, vervangen bij artikel 2 van de wet van 25 mei 1999 « tot wijziging van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973, van de wet van 5 april 1955 inzake de wedden van de ambtsdragers bij de Raad van State, alsook van het Gerechtelijk Wetboek », bepaalt :

« Wanneer een administratieve overheid verplicht is te beschikken en er bij het verstrijken van een termijn van vier maanden te rekenen vanaf de haar daartoe door een belanghebbende betekende aanmaning geen beslissing is getroffen, wordt het stilzwingen van de overheid geacht een afwijzende beslissing te zijn waartegen beroep kan worden ingesteld. Deze bepaling doet geen afbreuk aan de bijzondere bepalingen die een andere termijn vaststellen of aan het stilzwingen van de administratieve overheid andere gevolgen verbinden ».

B.15.3.2. Het woord « kan » dat in de bestreden bepaling wordt gebruikt, betekent dat de CBFA, wanneer een verzekeringsonderneming bij haar een verzoek indient dat haar ertoe brengt de door die bepaling beschreven vaststelling te doen, niet verplicht is om te beslissen dat die onderneming maatregelen moet nemen om haar tarieven in evenwicht te brengen. De CBFA geniet een zekere beoordelingsvrijheid.

Zoals de Ministerraad aangeeft, betekent het woord « kan » dus niet dat de CBFA niet verplicht is om zich uit te spreken over elk verzoek dat op grond van de bestreden bepaling aan haar wordt gericht door een verzekeringsonderneming.

B.15.4.1. Artikel 21*octies*, §§ 1 en 3, van de wet van 9 juli 1975, ingevoegd bij artikel 12 van de wet van 19 juli 1991 « tot wijziging van de wet van 9 juli 1975 betreffende de controle der verzekeringsondernemingen en tot vaststelling van een aantal bepalingen betreffende de werking van de Controledienst voor de Verzekeringen », vervolgens gewijzigd bij artikel 26 van het koninklijk besluit van 25 maart 2003 « tot uitvoering van artikel 45, § 2, van de wet van 2 augustus 2002 betreffende het toezicht op de financiële sector en de financiële diensten » - koninklijk besluit bekrachtigd bij artikel 23 van de programmawet van 5 augustus 2003 -, bepaalde :

« § 1. Onverminderd de toepassing van artikel 19*bis*, eist de CBFA de intrekking of omvorming van de documenten met contractueel of publicitair karakter waarvan [zij] vaststelt dat zij met de door of krachtens de wet gestelde bepalingen niet overeenstemmen.

[...]

§ 3. De onderneming kan tegen de beslissingen bedoeld in de §§ 1 en 2 bij de Raad van State het in artikel 7 bepaalde beroep instellen. Het beroep is niet opschortend ».

Vóór de opheffing ervan bij artikel 10 van het koninklijk besluit van 3 maart 2011 « betreffende de evolutie van de toezichtsarchitectuur voor de financiële sector », bepaalde artikel 7 van de wet van 9 juli 1975 :

« Een onderneming waaraan de toelating wordt geweigerd, kan bij de Raad van State in beroep gaan volgens een vereenvoudigde procedure, door de Koning vast te leggen ».

Die laatste bepaling beantwoordde aan de bekommernis om « te vermijden dat de economische belangen van de ondernemingen door een te trage procedure worden geschaad als zij na de weigering de [nietigverklaring] van de beslissing vorderen » (*Parl. St.*, Senaat, 1970-1971, nr. 570, p. 22). Artikel 21*octies*, § 3, werd op zijn beurt verantwoord door de wil om « te vermijden dat de onderneming op een onverantwoorde manier een zwaar commercieel nadeel lijdt » (*Parl. St.*, Kamer, 1990-1991, nr. 1587/4, p. 38).

Aangenomen ter uitvoering van artikel 7 van de wet van 9 juli 1975, bepaalde artikel 8 van het koninklijk besluit van 22 februari 1991 « houdende algemeen reglement betreffende de controle op de verzekeringsondernemingen », gewijzigd bij artikel 4 van het koninklijk besluit van 22 november 1994 en bij artikel 26 van het koninklijk besluit van 25 maart 2003 :

« § 1. Het in de artikelen 7 en 43 van de wet bedoelde beroep dient, op straffe van nietigheid ingediend te worden onder een ter post aangetekende omslag binnen de vijftien dagen na de betekening van de gewraakte beslissing.

Het beroep wordt bij de Raad van State aanhangig gemaakt door een verzoekschrift getekend door de personen die statutair gemachtigd zijn om de onderneming in recht te vertegenwoordigen, of door een op het tableau van de Orde ingeschreven advocaat. Het verzoekschrift wordt onder een ter post aangetekende omslag gericht aan de Raad van State samen met vier gewaarmerkte afschriften en met een afschrift van de beslissing, waartegen beroep aangetekend wordt. Bij het verzoekschrift wordt een lijst van de stavingsstukken gevoegd samen met vier gewaarmerkte afschriften.

§ 2. Binnen de drie dagen na de ontvangst van het verzoekschrift maakt de griffier, onder een ter post aangetekende omslag, aan de Minister en aan de CBFA, een afschrift over van elk verzoekschrift dat overeenkomstig § 1 ingediend wordt.

Binnen de drie dagen na de ontvangst van dit afschrift maken de Minister en de CBFA het dossier over aan de griffie van de Raad van State.

§ 3. Binnen de maand na zijn aanstelling maakt het lid van het auditoraat zijn verslag op.

§ 4. Indien de Kamer, binnen de twee maanden na het indienen van het verzoekschrift en na inzage van het verslag over de stand van de zaak, oordeelt dat de zaak in staat van wijzen is, bepaalt de voorzitter de datum waarop ze zal opgeroepen worden. Indien de kamer van oordeel is dat nieuwe opdrachten moeten bevolen worden, wijst ze hiervoor een Staatsraad of een lid van het auditoraat aan, die binnen de twintig dagen van zijn aanwijzing een aanvullend verslag opmaakt. Dit verslag wordt gedagtekend, ondertekend en aan de kamer bezorgd.

Het bevel waarbij de zaak wordt vastgesteld of voor nader onderzoek verwezen, wordt binnen de acht dagen na de indiening van het verslag gegeven.

Het bevel waarbij de zaak vastgesteld wordt, wordt samen met de verslagen aan de verzoeker, de Minister en de CBFA meegedeeld. Het stelt de zaak binnen de acht dagen vast.

§ 5. Het arrest moet binnen vijftien dagen na de sluiting van de debatten worden gewezen. Deze termijn kan bij bevel van de kamer worden verlengd, na advies van de auditeur-generaal zonder dat de totale duur der verlenging meer dan één maand mag bedragen.

§ 6. Het arrest wordt aan de verzoeker, de Minister en de CBFA meegedeeld.

§ 7. Op de door dit artikel geregeld rechtspleging zijn van toepassing de artikelen 2, § 1 - 1^o en 2^o, 5, 12, 16, 17, 25 tot 27, 29, 33 tot 35, 37, 40 tot 51, 59, 61 tot 65, 72, 77, 84, 86, 2^o lid, 87, 88 en 91 van het besluit van de Regent van 23 augustus 1948 tot regeling van de rechtspleging voor de afdeling administratie van de Raad van State ».

B.15.4.2. Artikel 122, 13^o, van de wet van 2 augustus 2002 « betreffende het toezicht op de financiële sector en de financiële diensten », ingevoegd bij artikel 21 van het koninklijk besluit van 25 maart 2003 en vervolgens gewijzigd bij artikel 186, 1^o, van de wet van 27 oktober 2006 « betreffende het toezicht op de instellingen voor bedrijfspensioen-voorzieningen », bepaalde :

« Bij de Raad van State kan, volgens een versnelde procedure zoals vastgesteld door de Koning, beroep worden ingesteld :

[...]

13^o door de verzekeringsonderneming, tegen de beslissingen tot tariefverhoging die de CBFA heeft genomen krachtens artikel 21*octies* van de voormelde wet van 9 juli 1975; ».

Artikel 30, § 2bis, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State van 12 januari 1973, ingevoegd bij artikel 4, § 1, van de wet van 2 augustus 2002 « tot aanvulling, inzake de verhaalmiddelen tegen de beslissingen van de minister, de CBF, de CDV en de marktondernemingen, alsook inzake de tussenkomst van de CBF en van de CDV voor de strafrechten, van de wet van 2 augustus 2002 betreffende het toezicht op de financiële sector en de financiële diensten en tot wijziging van verschillende andere wetsbepalingen », bepaalde :

« De Koning bepaalt, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, de regels van de versnelde procedure toepasselijk op het beroep bedoeld in artikel 122 van de wet van 2 augustus 2002 betreffende het toezicht op de financiële sector en de financiële diensten, daarbij indien nodig afwijkend van § 1 alsook van de artikelen 14, 17, 18, 21, 21bis en 90.

Hij stelt inzonderheid de termijn vast waarbinnen de aanvrager het beroep moet instellen op straffe van verval, de termijnen waarbinnen alle partijen hun memorie moeten indienen alsook de termijn waarbinnen de Raad van State zich dient uit te spreken.

Hij kan bijzondere regels bepalen voor de samenstelling van de kamers. Hij kan voor de beroepen bedoeld in artikel 122 van de voormelde wet van 2 augustus 2002, verschillende regels vaststellen.

Hij kan de eiser verplichten om vóór de indiening van het beroep, bij het directiecomité van de CBF [lees : de CBFA] een verzoek in te dienen tot intrekking of wijziging van de betwiste beslissing ».

De versnelde procedure waarvan sprake is in die bepaling en in het voormelde artikel 122, 13°, van de wet van 2 augustus 2002, wordt geregeld bij het koninklijk besluit van 15 mei 2003 « tot regeling van de versnelde procedure in geval van beroep bij de Raad van State tegen sommige beslissingen van de Commissie voor het Bank- en Financiewezen », dat op 1 juni 2003 in werking is getreden, volgens artikel 6 ervan.

Bij de inwerkingtreding van het voormelde artikel 122, 13°, van de wet van 2 augustus 2002, bepaalde artikel 21octies, § 2, van de wet van 9 juli 1975, ingevoegd bij artikel 12 van de wet van 19 juli 1991 en gewijzigd bij artikel 26 van het koninklijk besluit van 25 maart 2003 :

« De CBFA kan eisen dat een onderneming maatregelen neemt om een tarief in evenwicht te brengen indien hij vaststelt dat de toepassing van dat tarief verlieslatend is. De tariefverhoging wordt toegepast op de overeenkomsten die worden gesloten vanaf de kennisgeving van de beslissing van de CBFA en, onverminderd het opzeggingsrecht van de verzekeringnemer, wordt ze eveneens toegepast op de premies en bijdragen van de lopende contracten, die vervallen vanaf de eerste dag van de tweede maand die volgt op de kennisgeving van de beslissing van de CBFA. De tariefverhoging is niet onderworpen aan de verplichting tot prijsverhogingsaangifte bedoeld in de wet van 22 januari 1945 betreffende de economische reglementering en de prijzen, en in de uitvoeringsbesluiten ervan. De CBFA brengt de Prijzencommissie in kennis van de beslissing tot tariefverhoging. Die beslissing heeft slechts uitwerking vijftien dagen na die kennisgeving en geldt slechts voor een door de CBFA bepaalde duur ».

De eerste en de tweede zin van die laatste bepaling vormen respectievelijk het eerste en het derde lid van artikel 21octies, § 2, van de wet van 9 juli 1975, zoals het werd vervangen bij artikel 12 van de wet van 17 juni 2009, terwijl de laatste twee zinnen het laatste lid van die nieuwe bepaling vormen.

B.15.4.3. Uit het voorgaande blijkt dat een « beslissing tot tariefverhoging » in de zin van artikel 122, 13°, van de wet van 2 augustus 2002, enkel een beslissing kon zijn die de CBFA heeft genomen op grond van het eerste lid van artikel 21octies, § 2, van de wet van 9 juli 1975, zoals het luidde na de vervanging ervan bij artikel 12 van de wet van 17 juni 2009.

De beslissing die de CBFA heeft genomen op grond van het tweede lid van artikel 21octies, § 2, van de wet van 9 juli 1975 - zoals het werd vervangen bij artikel 12 van de wet van 17 juni 2009 -, vormde dus niet zulk een « beslissing tot tariefverhoging » die vatbaar is voor een beroep bij de Raad van State dat dient te worden onderzocht volgens de procedureregels beschreven in het koninklijk besluit van 15 mei 2003.

Dat neemt niet weg dat een verzekeringsonderneming, met toepassing van de voormelde artikelen 7 en 21octies, § 3, van de wet van 9 juli 1975, bij de Raad van State, volgens een vereenvoudigde procedure, een beroep kon instellen tegen een beslissing van de CBFA waarbij wordt geweigerd het verzoek in te willigen dat zij had geformuleerd op grond van artikel 21octies, § 2, tweede lid, van dezelfde wet. Die procedure werd geregeld bij artikel 8 van het koninklijk besluit van 22 februari 1991.

B.15.4.4. Uit het voorgaande blijkt ook dat geen enkele van de voormelde bepalingen een verzekeringsonderneming die vaststelde dat de CBFA het stilzwijgen bewaarde over een verzoek in de zin van artikel 21octies, § 2, tweede lid, van de wet van 9 juli 1975, dat zij bij die overheidsinstantie had ingediend, verhinderde om aan die laatste een aanmaning te richten met toepassing van artikel 14, § 3, van de op 12 januari 1973 gecoördineerde wetten, alvorens in voorkomend geval bij de Raad van State beroep in te stellen tegen de afwijzende beslissing van de CBFA, die wordt afgeleid uit haar aanhoudende stilzwijgen.

B.15.5. De bestreden bepaling strekt ertoe de CBFA een nieuwe bevoegdheid te verlenen.

De beroepen tegen de beslissingen die deze overheidsinstantie op grond van die bepaling heeft genomen, worden geregeld door andere wettelijke of reglementaire bepalingen die niet worden beoogd door onderhavig vernietigingsberoep bij het Hof.

De grondwettigheidskritiek waarop het vijfde middel steunt in zoverre het is afgeleid uit het feit dat de genoemde beroepen niet daadwerkelijk zouden zijn, heeft betrekking op de manier waarop deze worden georganiseerd door wettelijke of reglementaire bepalingen die niet het voorwerp vormen van onderhavig beroep tot vernietiging. Het onderzoek ervan zou het Hof ertoe brengen zich uit te spreken over de grondwettigheid van bepalingen die niet worden bestreden.

B.15.6. Het vijfde middel is niet gegrond.

Wat het zesde middel betreft

B.16. Uit de uiteenzetting van het zesde middel blijkt dat het Hof in de eerste plaats wordt verzocht zich uit te spreken over de bestaansbaarheid met de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, in samenhang gelezen met het beginsel van rechtszekerheid, van artikel 15 van de wet van 17 juni 2009, in zoverre het bepaalt dat artikel 138bis-4 van de wet van 25 juni 1992, zoals vervangen bij artikel 6 van de wet van 17 juni 2009, uitwerking heeft met ingang van 1 juli 2007 en dus verplichtingen oplegt aan de verzekeraar die na die datum, maar vóór de bekendmaking van die nieuwe versie van artikel 138bis-4 van de wet van 25 juni 1992, hetzij een ziekteverzekeringsovereenkomst heeft gesloten die, sinds 1 juli 2007, was onderworpen aan de regels van de vorige versie van dat artikel, hetzij een ziekteverzekeringsovereenkomst die niet aan die regels was onderworpen.

B.17.1. Zoals het werd ingevoegd bij artikel 2 van de wet van 20 juli 2007, bepaalde artikel 138bis-4 van de wet van 25 juni 1992 :

« Wijziging van het tarief en de voorwaarden van de overeenkomst

§ 1. Behoudens wederzijds akkoord van de partijen en op uitsluitend verzoek van de verzekeringnemer alsmede in de in §§ 2, 3 en 4 vermelde gevallen, kan de verzekeraar, nadat een ziekteverzekeringsovereenkomst gesloten is, de technische grondslagen van de premie en de dekkingsvoorwaarden niet meer wijzigen.

De wijziging van de technische grondslagen van de premie en/of dekkingsvoorwaarden bij wederzijds akkoord van de partijen, zoals bepaald bij het eerste lid, kan enkel in het belang van de verzekeringnemer.

§ 2. De premie, de vrijstelling en de prestatie mogen worden aangepast op de jaarlijkse premieervaldag, op grond van het indexcijfer van de consumptieprijzen. In de mate dat de Commissie voor het Bank-, Financier- en Assurantiewezen, bedoeld in artikel 44 van de wet van 2 augustus 2002 betreffende het toezicht op de financiële sector en de financiële diensten, hierna te noemen 'de CBFA' het toestaat op grond van de vaststelling van een duurzame prijschommeling, mogen de premie, de vrijstelling en de prestatie eveneens worden aangepast op grond van representatieve en objectieve parameters, wanneer de CBFA een verschil vaststelt tussen de evolutie van het indexcijfer van de consumptieprijzen en de evolutie van die parameters.

De CBFA bepaalt de objectieve parameters in overleg met het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg. Dat Kenniscentrum onderzoekt de geldigheid van de methodologie voor de selectie en de berekening van de waarden van de objectieve parameters. De CBFA berekent die waarden op gezette tijden. Zo de Koning dat nodig acht, legt Hij de objectieve parameters vast, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad.

§ 3. Tenzij de verzekeringsovereenkomst uitdrukkelijk anders bepaalt en binnen de bij het tweede lid bepaalde perken, mag worden overgegaan tot een aanpassing van de premie en/of de dekkingsvoorwaarden bij een duurzame wijziging van de reële kosten van de gewaarborgde prestaties die een betekenisvolle invloed heeft op de kosten of de omvang van de gewaarborgde prestaties en/of in omstandigheden, met inbegrip van de wettelijke of regelgevende wijzigingen, die eveneens een betekenisvolle invloed hebben op de kosten of de omvang van de gewaarborgde prestaties.

De overwogen contractuele of tarifaire aanpassing is rechtstreeks evenredig met de omvang van de verhoging van de reële kosten van de gewaarborgde prestaties en/of omstandigheden met inbegrip van de wettelijke of regelgevende wijzigingen. Die aanpassing mag overigens alleen betrekking hebben op de elementen van de overeenkomst waar de betekenisvolle invloed van die gebeurtenissen wordt op uitgeoefend.

De invloed dient als betekenisvol erkend te worden door de CBFA in samenspraak met het Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg. De CBFA ziet er ook op toe dat de bij het tweede lid bepaalde grenzen in acht worden genomen. De Koning kan de regels vaststellen die gevolgd moeten worden om de beslissing van de CBFA te bekomen.

De CBFA wordt geacht het betekenisvol karakter en de proportionaliteit te hebben erkend wanneer zij niet heeft geantwoord binnen een termijn van dertig dagen na het ontvangen van de aanvraag tot erkenning. Deze termijn wordt geschorst gedurende een termijn van maximaal dertig dagen, waarbinnen het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg zijn advies aan de CBFA moet bezorgen.

§ 4. De premie, de vrijstellingstermijn en de dekkingsvoorwaarden mogen op redelijke wijze en proportionele wijzen worden aangepast aan :

- wijzigingen in het beroep van de verzekerde, wat de ziektekostenverzekering, de arbeidsongeschiktheidsverzekering, de invaliditeitsverzekering en de zorgverzekering betreft en/of
 - het inkomen van de verzekerde wat de arbeidsongeschiktheidsverzekering en de invaliditeitsverzekering, betreft alsook
 - wanneer hij verandert van statuut in het stelsel van sociale zekerheid wat de ziektekostenverzekering en de arbeidsongeschiktheidsverzekering betreft,
- voor zover deze wijzigingen een betekenisvolle invloed hebben op het risico en/of de kosten of de omvang van de verleende dekking ».

Zoals het werd ingevoegd bij artikel 2 van de wet van 20 juli 2007, bepaalde artikel 138bis-2 van de wet van 25 juni 1992 :

« Toepassingsgebied

De bepalingen van deze afdeling zijn van toepassing op de individuele ziekteverzekeringsovereenkomsten.

Deze bepalingen gelden voor de verzekeringnemer en de leden van zijn gezin die bij zijn ziekteverzekering zijn aangesloten ».

Deel uitmakend van dezelfde afdeling als die laatste bepaling, was artikel 138bis-4 van de wet van 25 juni 1992 - zoals ingevoegd bij artikel 2 van de wet van 20 juli 2007 - toen enkel van toepassing op de individuele ziekteverzekeringsovereenkomsten.

B.17.2. Artikel 6 van de wet van 17 juni 2009 vervangt die bepaling - die de voorwaarden beschrijft waaronder de verzekeraar bepaalde elementen van de individuele ziekteverzekeringsovereenkomst mag wijzigen gedurende de periode van uitvoering ervan - door een nieuwe tekst, die die voorwaarden aanzienlijk wijzigt.

Bovendien vervangt artikel 4, 1^o, van de wet van 17 juni 2009, in het eerste lid van het voormelde artikel 138bis-2 van de wet van 25 juni 1992, het woord « individuele » door de woorden « andere dan beroepsgebonden », zodat de regels vermeld in artikel 138bis-4 van de wet van 25 juni 1992 voortaan gelden voor zowel de individuele niet-beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomsten als de niet-beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomsten die collectief zijn, dat wil zeggen gesloten ten gunste van meerdere personen.

B.17.3. Krachtens artikel 15 van de wet van 17 juni 2009 hebben de artikelen 4, 1^o, en 6 van de wet van 17 juni 2009 uitwerking met ingang van 1 juli 2007.

Noch de verzekeraar die na die datum maar vóór de bekendmaking van de wet van 17 juni 2009 een individuele ziekteverzekeringsovereenkomst heeft gesloten, noch die welke gedurende die periode een collectieve niet-beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst heeft gesloten, konden gedurende die periode voorzien dat zij bepaalde elementen van die overeenkomst slechts konden wijzigen onder de voorwaarden beschreven in artikel 138bis-4 van de wet van 25 juni 1992, zoals vervangen bij artikel 6 van de wet van 17 juni 2009.

Artikel 15 van de wet van 17 juni 2009 verleent dus in die mate een terugwerkende kracht aan de vervanging van artikel 138bis-4 van de wet van 25 juni 1992.

B.18. De niet-retroactiviteit van wetten is een waarborg ter voorkoming van rechtsonzekerheid.

Die waarborg vereist dat de inhoud van het recht voorzienbaar en toegankelijk is, zodat de rechtzoekende in redelijke mate de gevolgen van een bepaalde handeling kan voorzien op het tijdstip dat die handeling wordt gesteld. De terugwerkende kracht is enkel gerechtvaardigd wanneer zij onontbeerlijk is voor de verwezenlijking van een doelstelling van algemeen belang.

B.19. Met betrekking tot de bepaling van het voorontwerp van wet die ten grondslag ligt aan artikel 15 van de wet van 17 juni 2009, wijst de afdeling wetgeving van de Raad van State in haar advies van 19 juni 2008 erop dat de « retroactiviteit [...] bezwaren [oproept] in de mate dat ermee voor het verleden bepaalde verplichtingen worden opgelegd ten aanzien van aanbieders van ziekteverzekeringsovereenkomsten die pas [door de wet van 17 juni 2009] aan de toepassing van de artikelen 138bis-1 en volgende van de wet van 25 juni 1992 worden onderworpen » (*Parl. St., Kamer, 2008-2009, DOC 52-1662/001, p. 20*).

In de memorie van toelichting bij het wetsontwerp dat de wet van 17 juni 2009 is geworden, wordt in dat verband aangegeven dat het genoemde « ontwerp de onduidelijkheden uit het verleden in verband met het toepassingsgebied van hoofdstuk IV [van de wet van 25 juni 1992] wenst recht te zetten », en dat het « dan ook logisch [is] dat die rechtzettingen vanaf dezelfde datum » als die van de wet van 20 juli 2007, die dat hoofdstuk heeft ingevoegd uitwerking hebben, « met name vanaf 1 januari 2007 » (*ibid.*, p. 11).

Het is dus niet duidelijk welke de doelstelling van algemeen belang is waarvan de verwezenlijking de voormelde terugwerkende kracht onontbeerlijk maakt.

B.20. In zoverre het van toepassing is op artikel 6 van de wet van 17 juni 2009, is artikel 15 van die wet bijgevolg niet bestaanbaar met de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, in samenhang gelezen met het beginsel van rechtszekerheid.

B.21. In zoverre het op die bepaling betrekking heeft, is het zesde middel gegrond.

B.22. Uit de uiteenzetting van het zesde middel blijkt dat het Hof vervolgens wordt verzocht zich uit te spreken over de bestaanbaarheid, met de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, van artikel 3, § 2, eerste en tweede lid, van de wet van 20 juli 2007 (zoals het werd vervangen bij artikel 13 van de wet van 17 juni 2009), doordat die bepaling een verschil in behandeling zou invoeren tussen twee categorieën van verzekeringsondernemingen die, vóór 1 juli 2007, een andere dan beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst hebben gesloten in de zin van artikel 138bis-2 van de wet van 25 juni 1992, gewijzigd bij artikel 4 van de wet van 17 juni 2009: enerzijds, die welke een individuele overeenkomst hebben gesloten en, anderzijds, die welke een collectieve overeenkomst, dit wil zeggen een overeenkomst ten gunste van meerdere personen, hebben gesloten.

De bestreden bepaling zou de tweede categorie van ondernemingen geen termijn van twee jaar - die de eerste categorie van ondernemingen wel heeft kunnen genieten - laten om haar overeenkomst aan te passen aan de regels van de artikelen 138bis-3 en 138bis-4 van de wet van 25 juni 1992.

B.23. De toepassing van de artikelen 138bis-3 en 138bis-4 van de wet van 25 juni 1992 maakt het voorwerp uit van respectievelijk het tweede lid en het eerste lid van artikel 3, § 2, van de wet van 20 juli 2007, zoals het werd vervangen bij artikel 13 van de wet van 17 juni 2009.

B.24.1.1. Zoals het werd ingevoegd bij artikel 2 van de wet van 20 juli 2007, bepaalde artikel 138bis-3 van de wet van 25 juni 1992:

« Duur van de verzekeringsovereenkomst

§ 1. Onverminderd de toepassing van de artikelen 6, 7, 11, 14, 15, 16, 17 en 24 en behoudens in geval van bedrog, worden de in artikel 138bis-1, § 1, 1^o, 3^o en 4^o, bedoelde ziekteverzekeringsovereenkomsten voor het leven aangegaan. De in artikel 138bis-1, § 1, 2^o, bedoelde ziekteverzekeringsovereenkomsten gelden ten minste tot de leeftijd van 65 jaar of tot een jongere leeftijd, wanneer deze de normale leeftijd is waarop de verzekerde zijn beroepswerkzaamheid volledig en definitief stopzet.

§ 2. Onverminderd de toepassing van artikel 30, § 3, kunnen de overeenkomsten worden aangegaan voor een beperkte duurtijd op uitdrukkelijk verzoek van de verzekeringnemer en indien deze daar belang bij heeft.

§ 3. De bepalingen van dit artikel zijn niet van toepassing op de ziekteverzekeringsovereenkomsten die op bijkomende wijze worden aangeboden bij een hoofdrisico dat niet levenslang is ».

Deel uitmakend van dezelfde afdeling als het in B.17.1 geciteerde artikel 138bis-2 van de wet van 25 juni 1992, was artikel 138bis-3 van de wet van 25 juni 1992 toen enkel van toepassing op de individuele ziekteverzekeringsovereenkomsten.

B.24.1.2. Vóór de vervanging ervan bij artikel 13 van de wet van 17 juni 2009, bepaalde artikel 3, eerste lid, van de wet van 20 juli 2007:

« Voor de bestaande ziekteverzekeringsovereenkomsten zoals bedoeld in artikel 138bis-2 van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst, die op het ogenblik van de inwerkingtreding van deze wet niet beantwoorden aan de vereisten van artikel 138bis-3, biedt de verzekeringsonderneming de verzekeringnemer, uiterlijk twee jaar na de inwerkingtreding van deze wet, aan deze vereisten beantwoordende nieuwe ziekteverzekeringsovereenkomst aan. De verzekeringnemer beslist binnen dertig dagen na de ontvangst van het aanbod om hierop in te gaan dan wel om de duurtijd van zijn lopende ziekteverzekeringsovereenkomst te behouden ».

« Deze wet », zoals beoogd door die bepaling, was de wet van 20 juli 2007, bekendgemaakt in het *Belgisch Staatsblad* van 10 augustus 2007, die met toepassing van artikel 4 ervan op 1 juli 2007 in werking is getreden.

De verzekeringsonderneming die vóór 1 juli 2007 een individuele niet-beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst had gesloten, vermocht bijgevolg over een termijn van bijna twee jaar verstrijkend op 30 juni 2009 te beschikken om de verzekeringnemer een nieuwe ziekteverzekeringsovereenkomst aan te bieden die zou beantwoorden aan de vereisten van artikel 138bis-3 van de wet van 25 juni 1992.

B.24.2. Bij artikel 4 van de wet van 17 juni 2009 wordt, in het voormelde artikel 138bis-2 van de wet van 25 juni 1992, het woord « individuele » - dat in het eerste lid ervan wordt gebruikt - vervangen door de woorden « andere dan beroepsgebonden », en de woorden « en de leden van zijn gezin die bij zijn ziekteverzekering zijn aangesloten » - die in het tweede lid worden gebruikt - door de woorden « , de hoofdverzekerde en de bijverzekerden ».

Bij artikel 5 van de wet van 17 juni 2009 wordt, in paragraaf 2 van artikel 138bis-3, het woord « verzekeringnemer » vervangen door het woord « hoofdverzekerde ».

Die twee bepalingen van de wet van 17 juni 2009 hebben uitwerking met ingang van 1 juli 2007 (artikel 15 van dezelfde wet).

De wijziging van artikel 138bis-2, eerste lid, van de wet van 25 juni 1992, heeft tot gevolg dat de regels van artikel 138bis-3 van dezelfde wet voortaan verplichtingen creëren, niet alleen voor de verzekeringsonderneming die een individuele niet-beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst heeft gesloten, maar ook voor de verzekeringsonderneming die een collectieve niet-beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst heeft gesloten.

Welnu, uit artikel 3, § 2, tweede lid, van de wet van 20 juli 2007, zoals het werd ingevoegd bij artikel 13 van de wet van 17 juni 2009, blijkt dat de verzekeringsonderneming die vóór 1 juli 2007 een collectieve niet-beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst had gesloten, over een termijn van twee jaar verstrijkend op 30 juni 2009 beschikte om de hoofdverzekerde een nieuwe ziekteverzekeringsovereenkomst aan te bieden die zou beantwoorden aan de vereisten van artikel 138bis-3 van de wet van 25 juni 1992, zoals gewijzigd bij artikel 5 van de wet van 17 juni 2009.

Vermits de wet van 17 juni 2009 pas op 8 juli 2009 in het *Belgisch Staatsblad* werd bekendgemaakt, heeft die verzekeringsonderneming niet daadwerkelijk de bij artikel 13 bepaalde termijn van twee jaar kunnen genieten.

B.24.3. Een overgangsbepaling schendt slechts het beginsel van gelijkheid en niet-discriminatie dat is uitgedrukt in de artikelen 10 en 11 van de Grondwet indien zij een verschil in behandeling creëert dat niet redelijk verantwoord is of indien zij op buitensporige wijze afbreuk doet aan het vertrouwensbeginsel.

B.24.4. Wat het verschil in behandeling betreft dat voortvloeit uit artikel 3, § 2, tweede lid, van de wet van 20 juli 2007 en dat is uiteengezet in B.24.1 en B.24.2, wordt in de memorie van toelichting van het wetsontwerp dat ten grondslag ligt aan de wet van 17 juni 2009, aangegeven dat het niet moet worden verantwoord en dat de wet van 17 juni 2009 het toepassingsgebied van artikel 138bis-3 van de wet van 25 juni 1992 niet wijzigt (*Parl. St.*, Kamer, 2008-2009, DOC 52-1662/001, p. 10).

Bijgevolg blijkt niet dat dit verschil in behandeling redelijk is verantwoord.

B.24.5. Aangezien de termijn van twee jaar waarin artikel 3, § 2, tweede lid, van de wet van 20 juli 2007 voorziet, theoretisch blijkt te zijn, doet die bepaling op buitensporige wijze afbreuk aan het beginsel van het gewettigd vertrouwen, in zoverre de verzekeringsonderneming niet daadwerkelijk een termijn heeft kunnen genieten die gelijk is aan de termijn vermeld in B.24.1.2.

B.24.6. In zoverre het op die bepaling betrekking heeft, is het zesde middel gegrond.

B.25.1. Zoals ingevoegd bij artikel 2 van de wet van 20 juli 2007, werd het in B.17.1 geciteerde artikel 138bis-4 van de wet van 25 juni 1992 vervangen bij artikel 6 van de wet van 17 juni 2009, dat velerlei wijzigingen erin heeft aangebracht.

B.25.2. Deel uitmakend van dezelfde afdeling als het in B.17.1 geciteerde artikel 138bis-2 van de wet van 25 juni 1992 - zoals het was geformuleerd vóór de wijziging ervan bij artikel 4 van de wet van 17 juni 2009 -, was artikel 138bis-4 van de wet van 25 juni 1992, zoals het was geformuleerd vóór de vervanging ervan bij artikel 6 van de wet van 17 juni 2009, slechts van toepassing op de individuele ziekteverzekeringsovereenkomsten, op dezelfde wijze als artikel 138bis-3 van de wet van 25 juni 1992, op dezelfde wijze als het was geformuleerd vóór de wijziging ervan bij artikel 5 van de wet van 17 juni 2009.

De wet van 20 juli 2007 bevatte geen enkele overgangsbepaling die de verzekeringsonderneming die vóór 1 juli 2007 een individuele niet-beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst had gesloten, een termijn van twee jaar toekende om de verzekeringnemer een nieuwe ziekteverzekeringsovereenkomst aan te bieden die beantwoordde aan de vereisten van artikel 138bis-4 van de wet van 25 juni 1992.

Artikel 3, § 2, eerste lid, van de wet van 20 juli 2007, zoals het werd ingevoegd bij artikel 13 van de wet van 17 juni 2009, voorziet daarentegen, « voor wat de toepassing van artikel 138bis-4 van de wet van 25 juni 1992 [...] betreft », in een « overgangsperiode van twee jaar [die geldt] vanaf 1 juli 2007 ». Die bepaling heeft betrekking op de « bestaande andere dan beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomsten », dat wil zeggen de overeenkomsten die vóór 1 juli 2007 zijn gesloten.

Die bestreden bepaling maakt geen enkel onderscheid tussen de individuele en de collectieve overeenkomsten.

Uit het voorgaande blijkt dat, in zoverre het betrekking heeft op de aanpassing van een overeenkomst aan de regels van artikel 138bis-4 van de wet van 25 juni 1992, het in B.22 beschreven verschil in behandeling onbestaande is.

B.25.3. In zoverre het betrekking heeft op artikel 3, § 2, eerste lid, van de wet van 20 juli 2007, ingevoegd bij artikel 13 van de wet van 17 juni 2009, is het zesde middel niet gegrond.

Om die redenen,

het Hof

- vernietigt

. in de in B.24.5 aangegeven mate, artikel 3, § 2, tweede lid, van de wet van 20 juli 2007 « tot wijziging, wat de private ziekteverzekeringsovereenkomsten betreft, van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst », zoals het werd ingevoegd bij artikel 13 van de wet van 17 juni 2009 « tot wijziging, wat de ziekteverzekeringsovereenkomsten betreft, van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst en van de wet van 20 juli 2007 tot wijziging, wat de private ziekteverzekeringsovereenkomsten betreft, van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst »;

. artikel 15 van de wet van 17 juni 2009, in zoverre het van toepassing is op artikel 6 van dezelfde wet;

- verwerpt de beroepen voor het overige.

Aldus uitgesproken in het Frans, het Nederlands en het Duits, overeenkomstig artikel 65 van de bijzondere wet van 6 januari 1989 op het Grondwettelijk Hof, op de openbare terechtzitting van 31 mei 2011.

De griffier,

P.-Y. Dutilleux.

De voorzitter,

R. Henneuse.

VERFASSUNGSGERICHTSHOF

D. 2011 — 2037

[2011/202859]

Auszug aus dem Urteil Nr. 90/2011 vom 31. Mai 2011

Geschäftsverzeichnissnr. 4843 und 4846

In Sachen: Klagen auf Nichtigerklärung von Artikel 12 und der Artikel 6, 12, 13 und 15 des Gesetzes vom 17. Juni 2009 «zur Abänderung des Gesetzes vom 25. Juni 1992 über den Landversicherungsvertrag in Bezug auf Krankenversicherungsverträge und des Gesetzes vom 20. Juli 2007 zur Abänderung des Gesetzes vom 25. Juni 1992 über den Landversicherungsvertrag in Bezug auf private Krankenversicherungsverträge», erhoben von der VoG «Association Belge des Consommateurs Test-Achats» und anderen bzw. von der «Union professionnelle des entreprises d'assurances Assuralia».

Der Verfassungsgerichtshof,

zusammengesetzt aus den Vorsitzenden R. Henneuse und M. Bossuyt, und den Richtern E. De Groot, L. Lavrysen, J.-P. Snappe, J.-P. Moerman, E. Derycke, J. Spreutels, T. Merckx-Van Goey und P. Nihoul, unter Assistenz des Kanzlers P.-Y. Dutilleux, unter dem Vorsitz des Vorsitzenden R. Henneuse,

verkündet nach Beratung folgendes Urteil:

I. *Gegenstand der Klagen und Verfahren*

a. Mit einer Klageschrift, die dem Hof mit am 7. Januar 2010 bei der Post aufgegebenem Einschreibebrief zugesandt wurde und am 8. Januar 2010 in der Kanzlei eingegangen ist, erhoben die VoG «Association Belge des Consommateurs Test-Achats», mit Vereinigungssitz in 1060 Brüssel, rue de Hollande 13, Ann Fasseel, wohnhaft in 9310 Meldert, Huizekensstraat 32, und Corinne Chaudron, wohnhaft in 1471 Loupaigne, chaussée de Charleroi 130, Klage auf Nichtigerklärung von Artikel 12 des Gesetzes vom 17. Juni 2009 «zur Abänderung des Gesetzes vom 25. Juni 1992 über den Landversicherungsvertrag in Bezug auf Krankenversicherungsverträge und des Gesetzes vom 20. Juli 2007 zur Abänderung des Gesetzes vom 25. Juni 1992 über den Landversicherungsvertrag in Bezug auf private Krankenversicherungsverträge» (veröffentlicht im *Belgischen Staatsblatt* vom 8. Juli 2009, zweite Ausgabe).

b. Mit einer Klageschrift, die dem Hof mit am 8. Januar 2010 bei der Post aufgegebenem Einschreibebrief zugesandt wurde und am 11. Januar 2010 in der Kanzlei eingegangen ist, erhob die «Union professionnelle des entreprises d'assurances Assuralia», mit Sitz in 1000 Brüssel, square de Meeûs 29, Klage auf Nichtigerklärung der Artikel 6, 12, 13 und 15 des vorerwähnten Gesetzes vom 17. Juni 2009.

Diese unter den Nummern 4843 und 4846 ins Geschäftsverzeichnis des Hofes eingetragenen Rechtssachen wurden verbunden.

(...)

II. *In rechtlicher Beziehung*

(...)

B.1.1. Kapitel IV von Titel III («Personenversicherungen») des Gesetzes vom 25. Juni 1992 «über den Landversicherungsvertrag», eingefügt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 20. Juli 2007, bezieht sich auf die «Krankenversicherungsverträge».

Abschnitt I («Einleitende Bestimmungen») dieses Kapitels IV enthält nur Artikel 138bis-1. In der durch Artikel 2 des Gesetzes vom 17. Juni 2009 «zur Abänderung des Gesetzes vom 25. Juni 1992 über den Landversicherungsvertrag in Bezug auf Krankenversicherungsverträge und des Gesetzes vom 20. Juli 2007 zur Abänderung des Gesetzes vom 25. Juni 1992 über den Landversicherungsvertrag in Bezug auf private Krankenversicherungsverträge» abgeänderten Fassung definiert diese Bestimmung die Begriffe «Krankenversicherungsvertrag», «berufsgewandelter Krankenversicherungsvertrag», «Hauptversicherter» und «Mitversicherte».

Abschnitt II dieses Kapitels IV - dessen Überschrift durch Artikel 3 des Gesetzes vom 17. Juni 2009 abgeändert wurde - enthält unter anderem die Artikel 138bis-2 bis 138bis-4 des Gesetzes vom 25. Juni 1992. Er ist anwendbar auf «nicht berufsgewandelter Krankenversicherungsverträge» (Artikel 138bis-2 Absatz 1 des Gesetzes vom 25. Juni 1992).

Artikel 138bis-3 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 - eingefügt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 20. Juli 2007 und abgeändert durch Artikel 5 des Gesetzes vom 17. Juni 2009 - bestimmt:

«*Dauer des Versicherungsvertrags*

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

§ 2. Unbeschadet der Anwendung von Artikel 30 § 3 können Verträge auf besondere Antragstellung des 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».

B.1.2. Artikel 6 des Gesetzes vom 17. Juni 2009 ersetzt Artikel 138bis-4 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 - der durch Artikel 2 des Gesetzes vom 20. Juli 2007 eingefügt wurde - wie folgt:

«§ 1. Außer bei gegenseitigem Einvernehmen der Parteien, ausschließlicher Antragstellung des Hauptversicherten und in den Fällen, die in den Paragraphen 2, 3 und 4 erwähnt sind, kann ein Versicherter 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.

§ 2. Prämie, Franchise und Leistung dürfen am jährlichen Fälligkeitsdatum der Prämie auf der Grundlage des Verbraucherpreisindex angepasst werden.

§ 3. Prämie, Franchise und Leistung dürfen am jährlichen Fälligkeitsdatum der Prämie auf der Grundlage eines oder mehrerer spezifischer Indexe den Kosten der durch private Krankenversicherungsverträge gedeckten Dienste angepasst werden, falls und insofern die Entwicklung dieses beziehungsweise dieser Indexe die Entwicklung des Verbraucherpreisindex 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 einer Reihe objektiver und repräsentativer Parameter,
- legt Er den Berechnungsmodus der Werte dieser 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.

§ 4. Die Anwendung des vorliegenden Artikels lässt Artikel 21octies des Gesetzes vom 9. Juli 1975 über die Kontrolle der Versicherungsunternehmen unberührt.

§ 5. Prämie, Karenzzeit und Deckungsbedingungen können auf angemessene und proportionale Weise angepasst werden:

1. an Änderungen im Beruf des Versicherten, was nicht obligatorische Gesundheitspflegeversicherung, Arbeitsunfähigkeitsversicherung, Invalidenversicherung und Pflegeversicherung betrifft, und/oder
2. an das Einkommen 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 garantierten Leistungen haben».

B.2. Artikel 12 desselben Gesetzes vom 17. Juni 2009 ersetzt Artikel 21*octies* § 2 des Gesetzes vom 9. Juli 1975 «über die Kontrolle der Versicherungsunternehmen» wie folgt:

«Die CBFA kann verlangen, dass ein Unternehmen einen Tarif ins Gleichgewicht bringt, wenn es feststellt, dass die Anwendung dieses Tarifs zu Verlusten führt.

Unbeschadet des ersten Absatzes kann die CBFA auf Ersuchen eines Unternehmens und bei der Feststellung, dass die Anwendung dieses Tarifs ungeachtet der Anwendung des Artikels 138*bis*-4 §§ 2 und 3 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 über den Landversicherungsvertrag, im Falle eines nicht berufsgebundenen Krankenversicherungsvertrags im Sinne von Artikel 138*bis*-2 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 über den Landversicherungsvertrag verlustbringend ist oder droht, verlustbringend zu sein, dem Unternehmen erlauben, Maßnahmen zu ergreifen, um diese Tarife ins Gleichgewicht zu bringen. Diese Maßnahmen können eine Anpassung der Deckungsbedingungen beinhalten.

Die Tarifierhöhung ist auf Verträge anwendbar, die nach Notifizierung der Entscheidung der CBFA abgeschlossen wurden, und ist unbeschadet des Kündigungsrechts des Versicherungsnehmers auch auf Prämien und Beiträge bestehender Verträge anwendbar, die ab dem ersten Tag des zweiten Monats nach Notifizierung der Entscheidung der CBFA fällig werden.

Die Tarifierhöhung ist nicht der Verpflichtung der Preiserhöhungsmeldung unterworfen wie erwähnt im Gesetz vom 22. Januar 1945 über die Wirtschaftsregelung und die Preise und in seinen Ausführungserlassen. Die CBFA setzt die Preiskommission über die Entscheidung zur Tarifierhöhung in Kenntnis. Diese Entscheidung wird erst fünfzehn Tage nach dieser Inkennzeichnung wirksam und gilt nur für eine von der CBFA bestimmte Frist».

Diese neue Bestimmung des Gesetzes vom 9. Juli 1975 ist Teil von Kapitel III («Ausübung der Versicherungstätigkeit») dieses Gesetzes.

Der Hof braucht die Änderungen, die der königliche Erlass vom 3. März 2011 «über die Entwicklung der Kontrollstrukturen für den Finanzsektor» an dieser Bestimmung vorgenommen hat und die am 1. April 2011 in Kraft getreten sind (Artikel 351 § 1 desselben Erlasses), nicht zu berücksichtigen.

B.3. Artikel 13 des Gesetzes vom 17. Juni 2009 ersetzt Artikel 3 des Gesetzes vom 20. Juli 2007 wie folgt:

«§ 1. Vorliegendes Gesetz tritt am 1. Juli 2007 in Kraft. Es ist sowohl auf neue als auch auf die vor seinem Inkrafttreten abgeschlossenen Krankenversicherungsverträge anwendbar.

§ 2. Ab dem 1. Juli 2007 ist für die Anwendung von Artikel 138*bis*-4 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 über den Landversicherungsvertrag für bestehende nicht berufsgebundene Krankenversicherungsverträge ein zweijähriger Übergangszeitraum anwendbar.

Erfüllen bestehende nicht berufsgebundene Krankenversicherungsverträge bei Inkrafttreten des vorliegenden Gesetzes nicht die Anforderungen von Artikel 138*bis*-3 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 über den Landversicherungsvertrag, bietet das Versicherungsunternehmen dem Hauptversicherten spätestens zwei Jahre nach dem 7. Juli 2007 einen neuen, den Anforderungen dieses Artikels entsprechenden Krankenversicherungsvertrag an. Der Hauptversicherte entscheidet innerhalb dreißig Tagen ab Empfang des Vorschlags, auf diesen einzugehen oder die Laufzeit des laufenden Krankenversicherungsvertrags beizubehalten.

Bestehende nicht berufsgebundene Krankenversicherungsverträge, die von einem oder mehreren Versicherungsnehmern zugunsten eines oder mehreren Hauptversicherten und/oder eines oder mehreren Mitversicherten abgeschlossen wurden, sind nach Ablauf des in Absatz 1 erwähnten Übergangszeitraums den Bestimmungen von Kapitel IV Abschnitt III des Gesetzes vom 25. Juni 1992 über den Landversicherungsvertrag unterworfen. Diesen Versicherungen dürfen sich keine neuen Hauptversicherten mehr anschließen.

§ 3. Ab dem 1. Juli 2007 gilt für bestehende berufsgebundene Krankenversicherungsverträge ein zweijähriger Übergangszeitraum, um diese Verträge den Anforderungen von Titel III Kapitel IV Abschnitt III des Gesetzes vom 25. Juni 1992 über den Landversicherungsvertrag anzupassen.

§ 4. Bestehende Krankenversicherungsverträge müssen spätestens am 1. Juli 2009 formell angepasst worden sein».

B.4. Artikel 15 des Gesetzes vom 17. Juni 2009 bestimmt, dass dieses «mit 1. Juli 2007 wirksam» wird.

In Bezug auf den Gegenstand der Klagen

B.5.1. Aus der Darlegung der Klagegründe in der Nichtigkeitsklageschrift in der Rechtssache Nr. 4843 geht hervor, dass die Klagegründe nur gegen Absatz 2 von Artikel 21*octies* § 2 des Gesetzes vom 9. Juli 1975, eingefügt durch Artikel 12 des Gesetzes vom 17. Juni 2009, gerichtet sind.

Der Hof begrenzt seine Prüfung der Klage in der Rechtssache Nr. 4843 auf diese Bestimmung.

B.5.2. Aus der Darlegung der Klagegründe in der Nichtigkeitsklageschrift in der Rechtssache Nr. 4846 geht hervor, dass die Klagegründe nur gegen Absatz 2 von Artikel 21*octies* § 2 des Gesetzes vom 9. Juli 1975, die ersten vier Paragraphen von Artikel 138*bis*-4 des Gesetzes vom 25. Juni 1992, Artikel 3 § 2 Absätze 1 und 2 des Gesetzes vom 20. Juli 2007 - eingefügt durch die Artikel 12, 6 beziehungsweise 13 des Gesetzes vom 17. Juni 2009 - und gegen Artikel 15 des Gesetzes vom 17. Juni 2009 gerichtet sind.

Der Hof begrenzt seine Prüfung der Klage in der Rechtssache Nr. 4846 auf diese Bestimmungen.

Hinsichtlich der Zulässigkeit

In Bezug auf das Interesse der Klägerinnen in der Rechtssache Nr. 4843

B.6.1. Artikel 142 Absatz 3 der Verfassung und Artikel 2 Nr. 2 des Sondergesetzes vom 6. Januar 1989 über den Verfassungsgerichtshof erlegen jeder juristischen Person, die eine Nichtigkeitsklage erhebt, die Verpflichtung auf, ein Interesse nachzuweisen.

Das erforderliche Interesse liegt nur bei jenen Personen vor, deren Situation durch die angefochtene Rechtsnorm unmittelbar und ungünstig beeinflusst werden könnte. Die Popularklage ist nicht zulässig.

Wenn eine Vereinigung ohne Gewinnerzielungsabsicht, die sich nicht auf ihr persönliches Interesse beruft, vor dem Hof auftritt, ist es erforderlich, dass ihr Vereinigungszweck besonderer Art ist und sich daher vom allgemeinen Interesse unterscheidet, dass sie ein kollektives Interesse vertritt, dass die angefochtene Rechtsnorm den Vereinigungszweck beeinträchtigen kann und dass es sich schließlich nicht zeigt, dass dieser Vereinigungszweck nicht oder nicht mehr tatsächlich erstrebt wird.

B.6.2. Die erste Klägerin leitet ihr Interesse an der Beantragung der Nichtigkeitsklage der angefochtenen Bestimmung daraus ab, dass sie gemäß Artikel 2 ihrer jetzigen Satzung (die in den Anlagen zum *Belgischen Staatsblatt* vom 20. Dezember 2004 veröffentlicht wurde) «das Ziel verfolgt: 1) die Förderung, die Verteidigung und die Vertretung der Interessen der Verbraucher und der Menschenrechte im Allgemeinen sowie die Bekämpfung jeglicher Diskriminierung» und «alle Initiativen ergreifen und alle Tätigkeiten unternehmen kann in Verbindung mit diesem Ziel, insbesondere [...] vor Gericht klagen».

B.6.3. Artikel 21*octies* § 2 Absatz 2 des Gesetzes vom 9. Juli 1975 ermächtigt die Kommission für das Bank-, Finanz- und Versicherungswesen (CBFA), es einem Versicherungsunternehmen zu erlauben, «Maßnahmen zu ergreifen, um [seine] Tarife ins Gleichgewicht zu bringen», wobei diese Maßnahmen «eine Anpassung der Deckungsbedingungen beinhalten [können]» für die in dieser Bestimmung vorgesehenen Versicherungsverträge.

Da diese Maßnahmen sich direkt und nachteilig auf die Situation der Verbraucher, die Versicherungsnehmer sind, die diese Art von Versicherungsvertrag geschlossen haben, auswirken können, weist die erste Klägerin das erforderliche Interesse nach, um die Nichtigkeitsklage der angefochtenen Bestimmung zu beantragen.

B.6.4. Es braucht nicht geprüft zu werden, ob die beiden anderen klagenden Parteien ebenfalls das erforderliche Interesse an der Anfechtung dieser Bestimmung nachweisen.

In Bezug auf die Zuständigkeit des Hofes

B.7. Aufgrund von Artikel 1 des Sondergesetzes vom 6. Januar 1989 in der durch Artikel 2 des Sondergesetzes vom 9. März 2003 abgeänderten Fassung ist der Hof dafür zuständig, über Klagen auf Nichtigkeitsklage eines Gesetzes wegen Verstoßes gegen die durch die Verfassung oder kraft derselben zur Bestimmung der jeweiligen Zuständigkeit von Staat, Gemeinschaften und Regionen festgelegten Vorschriften und wegen Verstoßes gegen die Artikel von Titel II «Die Belgier und ihre Rechte» sowie die Artikel 170, 172 und 191 der Verfassung zu befinden.

Er ist nicht befugt, Gesetzesnormen direkt anhand von allgemeinen Grundsätzen zu prüfen, kann sie aber berücksichtigen, wenn die Artikel 10 und 11 der Verfassung ebenfalls geltend gemacht werden.

In Bezug auf andere Aspekte der Zulässigkeit gewisser Klagegründe in den Rechtssachen Nrn. 4843 und 4846

B.8.1. Um den Erfordernissen nach Artikel 6 des Sondergesetzes vom 6. Januar 1989 über den Verfassungsgerichtshof zu entsprechen, müssen die in der Klageschrift vorgebrachten Klagegründe angeben, welche Vorschriften, deren Einhaltung der Hof gewährleistet, verletzt wären und welche Bestimmungen gegen diese Vorschriften verstoßen würden, und darlegen, in welcher Hinsicht diese Vorschriften durch die fraglichen Bestimmungen verletzt würden.

Wenn der Klagegrund aus einem Verstoß gegen den Grundsatz der Gleichheit und Nichtdiskriminierung, der durch die Artikel 10 und 11 der Verfassung gewährleistet wird, abgeleitet ist, muss darin präzisiert werden, welche die Kategorie von Personen ist, deren Situation mit derjenigen der Kategorie von vorgeblich diskriminierten Personen verglichen werden muss.

Im Klagegrund muss auch präzisiert werden, inwiefern die angefochtene Bestimmung zu einem diskriminierenden Behandlungsunterschied führt.

Wenn der Klagegrund jedoch aus einem Verstoß gegen den Grundsatz der Gleichheit und Nichtdiskriminierung in Verbindung mit einem anderen Grundrecht abgeleitet ist, genügt es zu präzisieren, inwiefern dieses Grundrecht verletzt wird, da die Kategorie von Personen, bei denen dieses Grundrecht verletzt würde, mit der Kategorie von Personen, bei denen dieses Grundrecht gewährleistet wird, verglichen werden muss.

B.8.2.1. In der in der Rechtssache Nr. 4843 eingereichten Nichtigkeitsklageschrift ist nicht angegeben, inwiefern die angefochtene Bestimmung nicht mit Artikel 16 der Verfassung vereinbar wäre.

Insofern er aus einem Verstoß gegen diese Bestimmung in Verbindung mit Artikel 1 des ersten Zusatzprotokolls zur Europäischen Menschenrechtskonvention abgeleitet ist, ist der erste Klagegrund in dieser Rechtssache unzulässig.

B.8.2.2. Assuralia führt an, dass der erste Klagegrund in derselben Rechtssache, insofern er aus einem Verstoß gegen die Artikel 10 und 11 der Verfassung abgeleitet sei, ebenfalls unzulässig sei, weil darin nicht ausreichend präzise die Kategorien von Personen definiert würden, um deren Vergleich der Hof gebeten werde.

Es ist anzumerken, dass ein Verstoß gegen diese Verfassungsbestimmungen in Verbindung mit dem durch Artikel 1 des ersten Zusatzprotokolls zur Europäischen Menschenrechtskonvention garantierten Grundrecht geltend gemacht wird. In der Nichtigkeitsklageschrift ist jedoch angeführt, inwiefern dieses Grundrecht verletzt würde. Es braucht also nicht präzisiert zu werden, welches diese Kategorien von Personen sind.

Insofern er aus einem Verstoß gegen die Artikel 10 und 11 der Verfassung in Verbindung mit Artikel 1 des ersten Zusatzprotokolls zur Europäischen Menschenrechtskonvention abgeleitet ist, ist der erste Klagegrund in der Rechtssache Nr. 4843 zulässig.

B.8.3. Laut der in der Nichtigkeitsklageschrift enthaltenen Formulierung wird der Hof durch den dritten Klagegrund in der Rechtssache Nr. 4843 - der aus einem Verstoß gegen die Artikel 10 und 11 der Verfassung abgeleitet ist - gebeten, sich zu dem Behandlungsunterschied zu äußern, der durch die angefochtene Bestimmung zwischen einerseits den Krankenversicherungsverträgen und andererseits den anderen Verträgen (erster Teil) und den anderen Versicherungsverträgen (zweiter Teil) eingeführt werde.

Anhand der Darlegung in der Klageschrift bezüglich dieses Klagegrunds ist es dem Hof nicht möglich, mit Sicherheit die genauen Kategorien von miteinander zu vergleichenden Personen zu bestimmen.

Der dritte Klagegrund in der Rechtssache Nr. 4843 ist unzulässig.

B.8.4. In der in der Rechtssache Nr. 4843 eingereichten Nichtigkeitsklageschrift ist nicht angegeben, welches die Kategorien von Personen sind, um deren Vergleich der Hof im vierten, aus einem Verstoß gegen die Artikel 10 und 11 der Verfassung abgeleiteten Klagegrund gebeten wird.

Der vierte Klagegrund in der Rechtssache Nr. 4843 ist unzulässig.

B.8.5. Laut der in der Nichtigkeitsklageschrift enthaltenen Formulierung wird der Hof im ersten Klagegrund in der Rechtssache Nr. 4846 gebeten, unter anderem über die Vereinbarkeit der angefochtenen Bestimmungen mit den Artikeln 10 und 11 der Verfassung in Verbindung mit der Handels- und Gewerbefreiheit, einem «allgemeinen Grundsatz der Vertragsfreiheit» und Artikel 1 des ersten Zusatzprotokolls zur Europäischen Menschenrechtskonvention zu urteilen.

In der Darlegung, die in der Klageschrift enthalten ist, wird nicht erläutert, inwiefern diese Regeln durch die angefochtenen Bestimmungen verletzt würden.

Insofern er aus einem Verstoß gegen die Artikel 10 und 11 der Verfassung in Verbindung mit der Handels- und Gewerbefreiheit, einem «allgemeinen Grundsatz der Vertragsfreiheit» und Artikel 1 des ersten Zusatzprotokolls zur Europäischen Menschenrechtskonvention abgeleitet ist, ist der erste Klagegrund in der Rechtssache Nr. 4846 unzulässig.

B.8.6. In dem ersten Klagegrund in der Rechtssache Nr. 4846 wird der Hof auch gebeten, über die Vereinbarkeit der angefochtenen Bestimmungen mit den Artikeln 10 und 11 der Verfassung, getrennt betrachtet, zu urteilen, insofern darin zwischen einerseits den Versicherungsunternehmen, die Krankenversicherungsverträge abschließen, auf die diese Bestimmungen Anwendung fänden, und andererseits den Versicherungsunternehmen, die andere Versicherungsverträge abschließen, ein Behandlungsunterschied eingeführt werde.

Die Darlegung in der Klageschrift bezüglich dieses Klagegrunds ermöglicht es dem Hof nicht, mit Sicherheit die zweite Kategorie von Versicherungsunternehmen präzise zu bestimmen.

Insofern er sich auf den vorerwähnten Behandlungsunterschied bezieht, ist der erste Klagegrund in der Rechtssache Nr. 4846 unzulässig.

B.8.7. In dem fünften Klagegrund in der Rechtssache Nr. 4846 wird der Hof gebeten, über die Vereinbarkeit der angefochtenen Bestimmungen unter anderem mit den Artikeln 10 und 11 der Verfassung in Verbindung mit Artikel 1 des ersten Zusatzprotokolls zur Europäischen Menschenrechtskonvention zu urteilen.

In der Darlegung, die in der Klageschrift enthalten ist, wird nicht erläutert, inwiefern diese Regeln durch die angefochtenen Bestimmungen verletzt würden.

Insofern er aus einem Verstoß gegen die Artikel 10 und 11 der Verfassung in Verbindung mit Artikel 1 des ersten Zusatzprotokolls zur Europäischen Menschenrechtskonvention abgeleitet ist, ist der fünfte Klagegrund in der Rechtssache Nr. 4846 unzulässig.

B.8.8. In dem fünften Klagegrund in der Rechtssache Nr. 4846 wird der Hof auch gebeten, über die Vereinbarkeit der angefochtenen Bestimmungen unter anderem mit den Artikeln 10 und 11 der Verfassung in Verbindung mit Artikel 13 der Europäischen Menschenrechtskonvention zu urteilen.

Artikel 13 der Europäischen Menschenrechtskonvention, mit der Überschrift «Recht auf wirksame Beschwerde», bestimmt:

«Sind die in der vorliegenden Konvention festgelegten Rechte und Freiheiten verletzt worden, so hat der Verletzte das Recht, eine wirksame Beschwerde bei einer nationalen Instanz einzulegen, selbst wenn die Verletzung von Personen begangen worden ist, die in amtlicher Eigenschaft gehandelt haben».

Damit ein Klagegrund, der aus einem Verstoß gegen die Artikel 10 und 11 der Verfassung in Verbindung mit Artikel 13 der Europäischen Menschenrechtskonvention abgeleitet ist, zulässig ist, muss plausibel angegeben werden, gegen welches andere, durch diese Konvention garantierte Recht ein Verstoß droht.

In der Klageschrift ist jedoch nicht auf plausible Weise angegeben, welches das durch diese Konvention geschützte Recht ist, dessen Verletzung durch die wirksame Beschwerde, deren Fehlen in dem Klagegrund angeprangert wird, geltend gemacht werden könnte.

Insofern er aus einem Verstoß gegen die Artikel 10 und 11 der Verfassung in Verbindung mit Artikel 13 der Europäischen Menschenrechtskonvention abgeleitet ist, ist der fünfte Klagegrund in der Rechtssache Nr. 4846 unzulässig.

Zur Hauptsache in der Rechtssache Nr. 4843

In Bezug auf den ersten Klagegrund

B.9.1. Aus der Darlegung in der Nichtigkeitsklageschrift in der Rechtssache Nr. 4843 geht hervor, dass der Hof gebeten wird, über die Vereinbarkeit von Artikel 21octies § 2 Absatz 2 des Gesetzes vom 9. Juli 1975 - eingefügt durch Artikel 12 des Gesetzes vom 17. Juni 2009 - mit den Artikeln 10 und 11 der Verfassung in Verbindung mit Artikel 1 des ersten Zusatzprotokolls zur Europäischen Menschenrechtskonvention zu urteilen, insofern diese Bestimmung die CBFA ermächtigt, es einem Versicherungsunternehmen zu erlauben, künftig die Klauseln eines Versicherungsvertrags im Sinne dieser Bestimmung abzuändern zum Nachteil des Versicherten dieses Vertrags.

B.9.2. Artikel 1 des ersten Zusatzprotokolls zur Europäischen Menschenrechtskonvention bestimmt:

«Jede natürliche oder juristische Person hat ein Recht auf Achtung ihres Eigentums. Niemandem darf sein Eigentum entzogen werden, es sei denn, dass das öffentliche Interesse es verlangt, und nur unter den durch Gesetz und durch die allgemeinen Grundsätze des Völkerrechts vorgesehenen Bedingungen.

Die vorstehenden Bestimmungen beeinträchtigen jedoch in keiner Weise das Recht des Staates, diejenigen Gesetze anzuwenden, die er für die Regelung der Benutzung des Eigentums im Einklang mit dem Allgemeininteresse oder zur Sicherung der Zahlung der Steuern oder sonstigen Abgaben oder von Geldstrafen für erforderlich hält».

«Eigentum» im Sinne dieser Bestimmung sind Vermögenswerte, wie Forderungen, aufgrund deren ihre Inhaber geltend machen können, dass sie zumindest eine legitime und vernünftige Hoffnung haben können, die tatsächliche Nutznießung eines Eigentumsrechts zu erhalten (EuGHMR, 27. November 2007, *Hamer* gegen Belgien, § 75; EuGHMR, Große Kammer, 29. März 2010, *Depalle* gegen Frankreich, § 63; EuGHMR, 18. Mai 2010, *Plalam S.P.A.* gegen Italien, § 36), wobei diese Erwartung auf einer «ausreichenden Grundlage im innerstaatlichen Recht» beruhen muss (EuGHMR, Große Kammer, 28. September 2004, *Kopecky* gegen Slowakei, § 52; EuGHMR, Große Kammer, 29. März 2010, *Depalle* gegen Frankreich, § 63).

B.9.3. Anhand der Darlegung des Klagegrunds ist es dem Hof nicht möglich, die Forderung zu bestimmen, die ein Eigentum - im Sinne dieser Bestimmung - des Versicherten sein könnte, dessen Achtung durch die angefochtene Bestimmung in Frage gestellt wurde.

B.9.4. Der erste Klagegrund ist unbegründet.

In Bezug auf den zweiten Klagegrund

B.10.1. Aus der Darlegung in der Nichtigkeitsklageschrift in der Rechtssache Nr. 4843 geht hervor, dass der Hof gebeten wird, über die Vereinbarkeit von Artikel 21octies § 2 Absatz 2 des Gesetzes vom 9. Juli 1975 - eingefügt durch Artikel 12 des Gesetzes vom 17. Juni 2009 - mit den Artikeln 10 und 11 der Verfassung in Verbindung mit Artikel 1 des ersten Zusatzprotokolls zur Europäischen Menschenrechtskonvention zu urteilen, insofern diese Bestimmung einen Behandlungsunterschied zwischen dem Versicherten und dem Versicherungsunternehmen einführt, da sie es dem Ersteren nicht ermöglicht, die CBFA um eine Änderung der Bedingungen des in dieser Bestimmung erwähnten Versicherungsvertrags zu bitten, wenn er finanzielle Schwierigkeiten habe.

B.10.2. Die angefochtene Bestimmung ermächtigt ein Versicherungsunternehmen, die CBFA um eine Genehmigung zu bitten, um «Maßnahmen zu ergreifen, um [seine] Tarife ins Gleichgewicht zu bringen». Diese Genehmigung wird nur unter bestimmten Bedingungen erteilt. Diese Maßnahmen können in einer «Anpassung der Deckungsbedingungen» bestehen (Artikel 21octies § 2 Absatz 2 zweiter Satz des Gesetzes vom 9. Juli 1975).

Vor dem Inkrafttreten der angefochtenen Bestimmung war die CBFA bereits ermächtigt, von einem Versicherungsunternehmen zu verlangen, dass es «einen Tarif ins Gleichgewicht bringt», wenn es feststellte, dass «die Anwendung dieses Tarifs zu Verlusten führt» (Artikel 21octies § 2 erster Satz des Gesetzes vom 9. Juli 1975). Diese Regel - die durch Artikel 21octies § 2 Absatz 1, eingefügt durch Artikel 12 des Gesetzes vom 17. Juni 2009, bestätigt wird - ist Bestandteil der Kontrolle der Rentabilität der Versicherungsunternehmen (*Parl. Dok.*, Kammer, 1990-1991, Nr. 1587/1, SS. 2, 8-9), die es ermöglicht, einem «Unternehmen in Schwierigkeiten» eine sofortige - selbst zeitweilige - Erhöhung von Tarifen aufzuerlegen, wenn diese Tarife «offensichtlich zu niedrig sind und langfristig die Gesundheit des Unternehmens gefährden» (ebenda, Nr. 1587/4, SS. 24 und 38).

Die angefochtene Bestimmung bezweckt, «es den Versicherungsunternehmen, die außergewöhnliche und schwerwiegende Verluste erleiden, zu ermöglichen,» bei der CBFA die Genehmigung zu beantragen, «ihre Tarife zu erhöhen», um «das finanzielle Gleichgewicht wiederzufinden» (*Parl. Dok.*, Kammer, 2008-2009, DOC 52-1662/004, S. 35). Sie betrifft nur «spezifische und besondere Situationen» (ebenda, S. 35). Diese Bestimmung «dient auch zum Schutz des Verbrauchers, denn dieser würde am stärksten unter dem etwaigen Konkurs seines Versicherers leiden» (*Parl. Dok.*, Senat, 2008-2009, Nr. 4-1235/3, S. 17).

Der Antrag, den ein Versicherungsunternehmen auf der Grundlage der angefochtenen Bestimmung an die CBFA richten kann, hat eine Tragweite, die über ein bestimmtes vertragliches Verhältnis zwischen diesem Unternehmen und einem bestimmten Versicherungsnehmer hinausgeht.

B.10.3. Angesichts der Zielsetzung der angefochtenen Bestimmung entbehrt der vorerwähnte Behandlungsunterschied nicht einer vernünftigen Rechtfertigung.

B.10.4. Der zweite Klagegrund ist unbegründet.

Zur Hauptsache in der Rechtssache Nr. 4846

In Bezug auf den ersten Klagegrund

B.11.1. Aus der Darlegung des ersten Klagegrunds geht hervor, dass der Hof gebeten wird, über die Vereinbarkeit von Artikel 138bis-4 §§ 1 bis 4 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 (ersetzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 17. Juni 2009) und von Artikel 21octies § 2 Absatz 2 des Gesetzes vom 9. Juli 1975 (eingefügt durch Artikel 12 des Gesetzes vom 17. Juni 2009) mit den Artikeln 10 und 11 der Verfassung zu urteilen, insofern diese Bestimmungen einen Behandlungsunterschied einführen zwischen einerseits dem Versicherer, der einen lebenslangen, nicht berufsgebundenen Krankenversicherungsvertrag geschlossen habe, und andererseits der Krankenkasse, die einen «Dienst ' Krankenhausversicherung ' » organisiere.

Die Bedingungen für die Erhöhung der finanziellen Gegenleistung für die in Ausführung dieses Vertrags oder im Rahmen dieses Dienstes zu erbringende Leistung sowie die Bedingungen für die Änderung der «Deckungsbedingungen» in Verbindung mit diesem Vertrag oder diesem Dienst seien für die Krankenkasse flexibler als für den Versicherer, insofern die Krankenkasse diese Gegenleistung erhöhen oder diese «Deckungsbedingungen» ändern könne durch einen einfachen Beschluss ihrer Generalversammlung, ohne die Zustimmung des Nutznießers ihres Dienstes zu erhalten.

B.11.2.1. Eine Krankenkasse ist eine Vereinigung natürlicher Personen, die «die Pflege des physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens in einem Geist der Fürsorge, gegenseitigen Unterstützung und Solidarität zum Ziel» hat und ihre Tätigkeiten «ohne Gewinnerzielungsabsicht» ausübt (Artikel 2 § 1 des Gesetzes vom 6. August 1990 über die Krankenkassen und Krankenkassenlandesverbände).

B.11.2.2. Der von einer Krankenkasse eingerichtete «Dienst ' Krankenhausversicherung ' » stellt eine «finanzielle Beteiligung» für ihre «Mitglieder» und die «Personen zu deren Lasten» dar, die darin besteht, «bei einem Krankenhausaufenthalt entweder eine Pauschalentschädigung pro Pflage tag oder eine Entschädigung entsprechend den tatsächlich getragenen Kosten in Sachen Krankenhauspflege» zu bewilligen (Artikel 9 § 1ter Nr. 1 in Verbindung mit Artikel 3 Absatz 1 Buchstabe b) des Gesetzes vom 6. August 1990).

B.11.3. Durch das Gesetz vom 26. April 2010 «zur Festlegung verschiedener Bestimmungen im Bereich der Organisation der Zusatzkrankenversicherung (I)» werden verschiedene Änderungen an der Regelung über den «Dienst ' Krankenhausversicherung ' » eingeführt. Die meisten Bestimmungen dieses Gesetzes sind am 1. März 2010 in Kraft getreten (Artikel 75 Absatz 1 des Gesetzes vom 26. April 2010).

Es steht jedoch den Krankenkassen, die bei diesem Inkrafttreten bestanden, weiterhin frei, diesen Dienst weiter «unter Einhaltung der Bestimmungen des Gesetzes vom 6. August 1990 und seiner Ausführungsmaßnahmen, die am Tag vor [diesem] Inkrafttreten galten», bis zum 31. Dezember 2011 zu organisieren, ohne die durch das Gesetz vom 26. April 2010 vorgenommenen Abänderungen zu berücksichtigen (Artikel 75 Absätze 2 bis 4 des Gesetzes vom 26. April 2010; Artikel 1 des königlichen Erlasses vom 21. Januar 2011 «zur Ausführung von Artikel 75 Absatz 4 des Gesetzes vom 26. April 2010 zur Festlegung verschiedener Bestimmungen im Bereich der Organisation der Zusatzkrankenversicherung (I)»).

Unter Berücksichtigung des Datums des Einreichens der Nichtigkeitsklageschrift (8. Januar 2010) wird der Hof im ersten Klagegrund gebeten, die Regelung bezüglich der Krankenkassen zu berücksichtigen, die vor dem Inkrafttreten des Gesetzes vom 26. April 2010 galt. Es muss ebenfalls der in B.11.1 erwähnte Behandlungsunterschied im Lichte der durch dieses Gesetz vorgenommenen Abänderungen geprüft werden.

B.11.4.1. Eine Krankenkasse darf den Betrag der Beiträge eines «Dienstes ' Krankenhausversicherung ' » in nur drei Fällen erhöhen, und zwar um ihn dem «Gesundheitsindex» anzupassen, «wenn die reale und bedeutende Erhöhung der Kosten für die garantierten Leistungen oder die Entwicklung der zu deckenden Risiken dies erfordert» oder «bei bedeutenden und außergewöhnlichen Umständen» (Artikel 9 § 1quinquies Absatz 5 des Gesetzes vom 6. August 1990, eingefügt durch Artikel 2 Nr. 4 des Gesetzes vom 11. Mai 2007 «zur Abänderung des Gesetzes vom 6. August 1990 über die Krankenkassen und Krankenkassenlandesverbände»). Die «tatsächliche und bedeutende Erhöhung der Kosten für die garantierten Leistungen», die «Entwicklung der zu deckenden Risiken» und die «bedeutenden und außergewöhnlichen Umstände» werden vom Kontrollamt der Krankenkassen und Krankenkassenlandesverbände als solche eingeschätzt (Artikel 9 § 1quinquies Absatz 6 des Gesetzes vom 6. August 1990, eingefügt durch Artikel 2 Nr. 4 des Gesetzes vom 11. Mai 2007).

Zudem dürfen die «Bedingungen in Sachen Deckung» der Mitglieder einer Krankenkasse, die einen «Dienst ' Krankenhausversicherung ' » einrichtet, «nur aufgrund nachhaltiger objektiver Faktoren und im Verhältnis zu diesen Faktoren», die «der Beurteilung durch das Kontrollamt [der Krankenkassen und Krankenkassenlandesverbände] unterliegen, abgeändert werden» (Artikel 9 § 1quinquies Absatz 7 des Gesetzes vom 6. August 1990, eingefügt durch Artikel 2 Nr. 4 des Gesetzes vom 11. Mai 2007).

B.11.4.2. Sowohl eine Erhöhung des Betrags der Beiträge als auch eine Änderung der «Deckungsbedingungen» eines «Dienstes ' Krankenhausversicherung ' » setzt eine Satzungsänderung der Krankenkasse voraus (Artikel 9 § 1 Absatz 1 Nr. 4 des Gesetzes vom 6. August 1990 vor seiner Abänderung durch Artikel 5 Nr. 1 des Gesetzes vom 26. April 2010), d.h. grundsätzlich einen Beschluss der Generalversammlung der Krankenkasse, der mit Zweidrittelmehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst wird (Artikel 10 des Gesetzes vom 6. August 1990; Artikel 15 § 1 Nr. 1 desselben Gesetzes). Die Generalversammlung kann jedoch für einen (erneuerbaren) Zeitraum von einem Jahr dem Verwaltungsrat der Krankenkasse die Befugnis übertragen, «Beitragsanpassungen zu beschließen» (Artikel 15 § 3 Absätze 1 und 2 des Gesetzes vom 6. August 1990).

Ungeachtet dessen, ob sie von der Generalversammlung oder vom Verwaltungsrat beschlossen wird, muss eine Satzungsänderung bezüglich einer Erhöhung des Betrags der Beiträge des «Dienstes ' Krankenhausversicherung ' » vom Kontrollamt der Krankenkassen und Krankenkassenlandesverbände gebilligt werden, das prüfen soll, ob «die vorgesehene Erhöhung der Beitragsmasse im Verhältnis steht zur Erhöhung der Ausgaben im betreffenden Dienst» (Artikel 11 § 2 Nr. 3 des Gesetzes vom 6. August 1990, in der Fassung nach seiner Ersetzung durch Artikel 3 des Gesetzes vom 11. Mai 2007; Artikel 15 § 3 Absatz 3 des Gesetzes vom 6. August 1990, ersetzt durch Artikel 139 Nr. 3 des Gesetzes vom 12. August 2000 zur Festlegung von sozialen, Haushalts- und sonstigen Bestimmungen).

Eine Satzungsänderung bezüglich einer Änderung der «Bedingungen für die Deckung» eines «Dienstes ' Krankenhausversicherung ' » muss ebenfalls vom Kontrollamt der Krankenkassen und Krankenkassenlandesverbände gebilligt werden, das prüfen soll, ob «diese Änderung auf nachhaltigen objektiven Faktoren beruht und im Verhältnis zu diesen Faktoren steht» (Artikel 11 § 2 Nr. 4 des Gesetzes vom 6. August 1990).

Gemäß den Vorarbeiten zum Gesetz vom 11. Mai 2007 - mit dem in das Gesetz vom 6. August 1990 die Bestimmungen zur Regelung der Bedingungen eingefügt wurden, unter denen eine Krankenkasse den Betrag der Beiträge erhöhen und die Deckungsbedingungen des «Dienst ' Krankenhausversicherung ' » ändern darf - unterscheidet sich das Verhältnis zwischen einer Krankenkasse und einem ihrer Mitglieder von demjenigen, dass zwischen den Parteien eines Versicherungsvertrags besteht, insofern es sich nicht um ein «individuelles vertragliches Verhältnis», sondern um ein «statutarisches Verhältnis auf der Grundlage des Solidaritätsgrundsatzes» handelt. Es wurde präzisiert, dass das Mitglied einer Krankenkasse durch die Unterzeichnung des Beitrittsformulars an deren Satzung und ihren Änderungen gebunden ist (*Parl. Dok.*, Kammer, 2006-2007, DOC 51-3057/001, S. 9; ebenda, DOC 51-3057/002, S. 5; *Parl. Dok.*, Senat, 2006-2007, Nr. 2439/2, S. 4).

B.11.4.3. Die Generalversammlung einer Krankenkasse setzt sich zusammen aus «Vertretern, die von den Mitgliedern und Personen zu deren Lasten, die volljährig oder für mündig erklärt sind und in Belgien wohnen, aus ihrer Mitte für eine Dauer von sechs Jahren gewählt werden» (Artikel 14 § 1 des Gesetzes vom 6. August 1990).

Während der vorerwähnten Vorarbeiten zum Gesetz vom 11. Mai 2007 wurde auch hervorgehoben, dass «davon auszugehen ist, dass der Beschluss der Generalversammlung zur Änderung der Satzung aufgrund einer Ermächtigung durch die Mitglieder gefasst wird» (*Parl. Dok.*, Kammer, 2006-2007, DOC 51-3057/001, S. 9).

B.11.4.4. Aus dem Vorstehenden geht hervor, dass die Erhöhung des Beitrags für einen «Dienst ' Krankenhausversicherung ' » und die Änderung der «Deckungsbedingungen» eines solchen Dienstes grundsätzlich die indirekte Zustimmung des Nutznießers dieses Dienstes erfordern.

B.11.5. Das Gesetz vom 26. April 2010 hat die vorerwähnten Regeln nicht geändert.

B.11.6. Insofern sich der in B.11.1 beschriebene Behandlungsunterschied aus der Feststellung ergibt, dass die Krankenkasse den Beitrag für den «Dienst ' Krankenhausversicherung ' » erhöhen oder dessen «Deckungsbedingungen» ändern könnte, ohne die Zustimmung des Nutznießers ihres Dienstes zu erhalten, beruht er folglich auf einer falschen Auslegung der auf die Krankenkassen anwendbaren Regeln, sowohl vor als auch nach dem Inkrafttreten des Gesetzes vom 26. April 2010.

B.11.7. Der erste Klagegrund ist unbegründet.

In Bezug auf den zweiten Klagegrund

B.12.1. Aus der Darlegung des zweiten Klagegrunds geht hervor, dass der Hof gebeten wird, über die Vereinbarkeit von Artikel 138bis-4 §§ 1 bis 4 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 und von Artikel 21octies § 2 Absatz 2 des Gesetzes vom 9. Juli 1975 mit den Artikeln 10 und 11 der Verfassung in Verbindung mit Artikel 8 Absatz 3 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)» und mit den Artikeln 29 und 39 Absätze 2 und 3 der Richtlinie 92/49/EWG des Rates vom 18. Juni 1992 «zur Koordinierung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften für die Direktversicherung (mit Ausnahme der Lebensversicherung) sowie zur Änderung der Richtlinien 73/239/EWG und 88/357/EWG» zu urteilen, insofern die betreffenden Bestimmungen die Freiheit des Versicherers, der einen lebenslangen, nicht berufsgebundenen Krankenversicherungsvertrag geschlossen hat, die «technischen Grundlagen der Prämie» und die «Deckungsbedingungen» dieses Vertrags zu ändern, einschränken.

B.12.2.1. Die Artikel 6 bis 12a der Richtlinie 73/239/EWG sind Teil von Abschnitt A («Bedingungen für die Aufnahme der Versicherungstätigkeit») von Kapitel II («Vorschriften für Unternehmen mit Sitz in der Gemeinschaft») dieser Richtlinie, während die Artikel 13 bis 21 derselben Richtlinie Abschnitt B («Bedingungen für die Ausübung der Versicherungstätigkeit») und Artikel 22 Abschnitt C («Widerruf der Zulassung») desselben Kapitels bilden.

Artikel 6 der Richtlinie 73/239/EWG - ersetzt durch Artikel 4 der Richtlinie 92/49/EWG - bestimmt, dass die «Aufnahme der Direktversicherungstätigkeit [...] von einer vorherigen behördlichen Zulassung abhängig» ist, die «bei den Behörden des Herkunftsmitgliedstaats beantragt werden [muss]», und zwar entweder von «Unternehmen, die ihren Sitz im Staatsgebiet dieses Mitgliedstaats begründen» oder von «Unternehmen, die die [vorerwähnte] Zulassung [...] erhalten haben und ihre Tätigkeit auf einen ganzen Versicherungszeitraum oder auf andere Versicherungszweige ausdehnen».

Artikel 8 Absätze 1 bis 2 derselben Richtlinie - ersetzt durch Artikel 6 der Richtlinie 92/49/EWG und zuletzt abgeändert durch Artikel 1 der Richtlinie 2006/101/EG des Rates vom 20. November 2006 «zur Anpassung der Richtlinien 73/239/EWG, 74/557/EWG und 2002/83/EG im Bereich freier Dienstleistungsverkehr anlässlich des Beitritts Bulgariens und Rumäniens» - erwähnt verschiedene Bedingungen, die von einem Versicherungsunternehmen, das diese Zulassung beantragt, zu erfüllen sind.

Artikel 8 Absatz 3 der Richtlinie 73/239/EWG - ersetzt durch Artikel 6 der Richtlinie 92/49/EWG - bestimmt:

«Diese Richtlinie steht der Möglichkeit nicht entgegen, dass die Mitgliedstaaten Rechts- oder Verwaltungsvorschriften einführen oder beibehalten, die die Genehmigung der Satzung und die Übermittlung aller für die ordnungsgemäße Aufsicht erforderlichen Dokumente vorschreiben.

Jedoch sehen die Mitgliedstaaten keine Vorschriften vor, in denen eine vorherige Genehmigung oder eine systematische Übermittlung der allgemeinen und besonderen Versicherungsbedingungen, der Tarife sowie der Formblätter und sonstigen Druckstücke, die das Unternehmen im Verkehr mit den Versicherungsnehmern zu verwenden beabsichtigt, verlangt wird.

Die Mitgliedstaaten dürfen die vorherige Mitteilung oder die Genehmigung der vorgeschlagenen Tarifierhebungen nur als Element eines allgemeinen Preiskontrollsystems beibehalten oder einführen.

[...].

B.12.2.2. Artikel 29 der Richtlinie 92/49/EWG, der zu Kapitel 3 von Titel III («Harmonisierung der Bedingungen für die Ausübung der Tätigkeit») gehört, bestimmt:

«Die Mitgliedstaaten sehen keine Vorschriften vor, in denen eine vorherige Genehmigung oder eine systematische Übermittlung der allgemeinen und besonderen Versicherungsbedingungen, der Tarife sowie der Formblätter und sonstigen Druckstücke, die das Unternehmen im Verkehr mit den Versicherungsnehmern zu verwenden beabsichtigt, verlangt wird. Um die Einhaltung der nationalen Rechtsvorschriften über die Versicherungsverträge zu überwachen, können sie nur die nicht-systematische Übermittlung dieser Bedingungen und sonstigen Dokumente verlangen, ohne dass dies für das Unternehmen eine Voraussetzung für die Ausübung seiner Tätigkeit darstellen darf.

Die Mitgliedstaaten dürfen die vorherige Mitteilung oder die Genehmigung der vorgeschlagenen Tarifierhebungen nur als Bestandteil eines allgemeinen Preiskontrollsystems beibehalten oder einführen».

B.12.2.3. Artikel 39 der Richtlinie 92/49/EWG ist Teil von Titel IV («Bestimmungen über die freie Niederlassung und den freien Dienstleistungsverkehr») und bestimmt:

«(1) Artikel 18 der Richtlinie 88/357/EWG wird aufgehoben.

(2) Der Mitgliedstaat der Zweigniederlassung oder der Dienstleistung sieht keine Vorschriften vor, in denen eine vorherige Genehmigung oder eine systematische Übermittlung der allgemeinen und besonderen Versicherungsbedingungen, der Tarife sowie der Formblätter und sonstigen Druckstücke, die das Unternehmen im Verkehr mit den Versicherungsnehmern zu verwenden beabsichtigt, verlangt wird. Um die Einhaltung der nationalen Rechtsvorschriften über die Versicherungsverträge zu überwachen, kann er von jedem Unternehmen, das in seinem Staatsgebiet im Rahmen der Niederlassungs- oder der Dienstleistungsfreiheit tätig werden will, nur die nicht-systematische Übermittlung dieser Bedingungen und sonstigen Dokumente verlangen, ohne dass dies für das Unternehmen eine Voraussetzung für die Ausübung seiner Tätigkeit darstellen darf.

(3) Der Mitgliedstaat der Zweigniederlassung oder der Dienstleistung darf die vorherige Mitteilung oder die Genehmigung der vorgeschlagenen Tarifierhöhungen nur als Bestandteil eines allgemeinen Preiskontrollsystems beibehalten oder einführen».

B.12.2.4. Die Richtlinie 92/49/EWG, mit der die vorerwähnten Bestimmungen eingefügt wurden, bezweckt, den «freien Vertrieb» von Versicherungsprodukten zu verwirklichen (EuGH, 11. Mai 2000, C-296/98, *Kommission der Europäischen Gemeinschaften gegen Französische Republik*, Randnr. 29; EuGH, Große Kammer, 25. Februar 2003, C-59/01, *Kommission der Europäischen Gemeinschaften gegen Italienische Republik*, Randnr. 26). Ziel ist es, dass «alle in der [Union] angebotenen Versicherungsprodukte ungehindert auf [dem] Hoheitsgebiet [des Mitgliedstaats] vertrieben werden können», damit der Versicherungsnehmer «Zugang zu einer möglichst weiten Palette von [diesen Produkten] hat» (Erwägungsgrund 19 der Richtlinie 92/49/EWG), wobei den Mitgliedstaaten die «Möglichkeit [belassen wird], die Anwendung ihres eigenen Rechts für Versicherungsverträge vorzuschreiben, die in ihrem Staatsgebiet belegene Risiken decken, [damit] eine hinreichende Sicherung für diejenigen Versicherungsnehmer [geboten wird], die einen besonderen Schutz benötigen» (Erwägungsgrund 18 derselben Richtlinie).

Die vorerwähnten Bestimmungen der Richtlinie 73/239/EWG und der Richtlinie 92/49/EWG bezwecken jedoch nicht, das vertragliche Verhältnis zwischen einem Versicherungsunternehmen und einem Versicherungsnehmer zu regeln. Sie verbieten es einem Staat, die vorherige Übermittlung von Informationen oder Dokumenten zu verlangen, die ein Versicherungsunternehmen in dieser Art von Verhältnis «zu verwenden beabsichtigt». Indem darauf hingewiesen wird, dass eine der Ausnahmen zu diesem Verbot «für das Unternehmen [keine] Voraussetzung für die Ausübung seiner Tätigkeit darstellen darf», wird in Artikel 29 Absatz 1 und Artikel 39 Absatz 2 der Richtlinie 92/49/EWG daran erinnert, dass dieses Verbot Übermittlungen vor der Entstehung gleich welcher vertraglichen Beziehung zwischen diesem Unternehmen und dem Versicherungsnehmer betrifft. Die in Artikel 8 Absatz 3 der Richtlinie 73/239/EWG enthaltenen Regeln sind ihrerseits Bestandteil einer Bestimmung, in der Zulassungsbedingungen angeführt sind, denen die Aufnahme der Versicherungstätigkeit unterliegt.

Die vorerwähnten Bestimmungen der Richtlinie 73/239/EWG und der Richtlinie 92/49/EWG verbieten ebenfalls nicht jede nationale Maßnahme, die Auswirkungen auf die Tarife haben kann (EuGH, Große Kammer, 7. September 2004, C-346/02, *Kommission der Europäischen Gemeinschaften gegen Großherzogtum Luxemburg*, Randnrn. 24-25; EuGH, Große Kammer, 7. September 2004, C-347/02, *Kommission der Europäischen Gemeinschaften gegen Französische Republik*, Randnrn. 25-26; EuGH, Große Kammer, 28. April 2009, C-518/06, *Kommission der Europäischen Gemeinschaften gegen Italienische Republik*, Randnrn. 105-106).

Aus dem Vorstehenden geht hervor, dass diese Bestimmungen es einem Staat nicht verbieten, die Genehmigung, die Mitteilung oder die Notifizierung von Änderungen an bereits geschlossenen Verträgen vorzuschreiben. Sie betreffen nur Verträge, die noch nicht geschlossen wurden.

B.12.3. Die angefochtenen Bestimmungen verbieten es dem Versicherer, der einen lebenslangen, nicht berufsgebundenen Krankenversicherungsvertrag geschlossen hat, die «technischen Grundlagen der Prämie» und die «Deckungsbedingungen» dieses Vertrags zu ändern, verbinden diesen Grundsatz jedoch gleichzeitig mit mehreren Ausnahmen.

Sie verpflichten den Versicherer nicht, die «technischen Grundlagen der Prämie» oder die «Deckungsbedingungen» von noch nicht geschlossenen Verträgen mitzuteilen, zu notifizieren oder den Behörden zur vorherigen Genehmigung zu unterbreiten, selbst wenn diese Elemente von zu schließenden Verträgen nicht identisch sind mit denjenigen der bereits geschlossenen Verträge.

Die angefochtenen Bestimmungen enthalten folglich keine Maßnahmen, die nicht mit Artikel 8 Absatz 3 der Richtlinie 73/239/EWG und mit den Artikeln 29 und 39 Absätze 2 und 3 der Richtlinie 92/49/EWG vereinbar wären.

B.12.4. Der zweite Klagegrund ist unbegründet.

In Bezug auf den dritten Klagegrund

B.13.1. Aus der Darlegung des dritten Klagegrunds geht hervor, dass der Hof gebeten wird, über die Vereinbarkeit von Artikel 138bis-4 §§ 1 bis 4 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 und von Artikel 21octies § 2 Absatz 2 des Gesetzes vom 9. Juli 1975 (eingefügt durch Artikel 12 des Gesetzes vom 17. Juni 2009) mit den Artikeln 10 und 11 der Verfassung in Verbindung mit den Artikeln 43 und 49 des Vertrags zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft zu urteilen, insofern diese Bestimmungen die Niederlassungsfreiheit und die Dienstleistungsfreiheit der in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union niedergelassenen Versicherungsunternehmen, die lebenslange, nicht berufsgebundene Krankenversicherungsverträge schließen möchten, einschränkten.

B.13.2.1. Die in Artikel 43 des Vertrags zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft erwähnten Regeln sind seit dem 1. Dezember 2009 - dem Tag des Inkrafttretens des Vertrags «zur Änderung des Vertrags über die Europäische Union und des Vertrags zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft», unterzeichnet in Lissabon am 13. Dezember 2007 - in Artikel 49 des Vertrags über die Arbeitsweise der Europäischen Union (weiter unten AEUV) enthalten, der bestimmt:

«Die Beschränkungen der freien Niederlassung von Staatsangehörigen eines Mitgliedstaats im Hoheitsgebiet eines anderen Mitgliedstaats sind nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen verboten. Das Gleiche gilt für Beschränkungen der Gründung von Agenturen, Zweigniederlassungen oder Tochtergesellschaften durch Angehörige eines Mitgliedstaats, die im Hoheitsgebiet eines Mitgliedstaats ansässig sind.

Vorbehaltlich des Kapitels über den Kapitalverkehr umfasst die Niederlassungsfreiheit die Aufnahme und Ausübung selbstständiger Erwerbstätigkeiten sowie die Gründung und Leitung von Unternehmen, insbesondere von Gesellschaften im Sinne des Artikels 54 Absatz 2, nach den Bestimmungen des Aufnahmestaats für seine eigenen Angehörigen».

B.13.2.2. Die in Artikel 49 des Vertrags zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft erwähnten Regeln sind seit dem 1. Dezember 2009 in Artikel 56 des AEUV enthalten, der bestimmt:

«Die Beschränkungen des freien Dienstleistungsverkehrs innerhalb der Union für Angehörige der Mitgliedstaaten, die in einem anderen Mitgliedstaat als demjenigen des Leistungsempfängers ansässig sind, sind nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen verboten.

Das Europäische Parlament und der Rat können gemäß dem ordentlichen Gesetzgebungsverfahren beschließen, dass dieses Kapitel auch auf Erbringer von Dienstleistungen Anwendung findet, welche die Staatsangehörigkeit eines dritten Landes besitzen und innerhalb der Union ansässig sind».

B.13.2.3. Artikel 54 Absatz 2 des AEUV definiert Gesellschaften als «die Gesellschaften des bürgerlichen Rechts und des Handelsrechts einschließlich der Genossenschaften und die sonstigen juristischen Personen des öffentlichen und privaten Rechts mit Ausnahme derjenigen, die keinen Erwerbzweck verfolgen». Er findet ebenfalls auf das in Artikel 56 des Vertrags geregelte Sachgebiet Anwendung (Artikel 62 des AEUV).

B.13.3. Die Beschränkungen im Sinne der Artikel 49 und 56 des AEUV sind von einem Mitgliedstaat der Europäischen Union ergriffene Maßnahmen, die die Ausübung der Niederlassungsfreiheit oder des freien Dienstleistungsverkehrs verbieten, behindern oder weniger attraktiv machen (EuGH, Große Kammer, 28. April 2009, C-518/06, *Kommission der Europäischen Gemeinschaften* gegen Italienische Republik, Randnr. 62; EuGH, Große Kammer, 1. Juni 2010, C-570/07 und C-571/07, *Blanco Pérez und Chao Gómez*, Randnr. 53; EuGH, 7. Oktober 2010, C-515/08, *dos Santos Palhota u.a.*, Randnr. 29). Dabei handelt es sich unter anderem um Maßnahmen, die, obwohl sie unterschiedslos auf Unternehmen aus diesem Staat und aus Unternehmen aus anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union anwendbar sind, den Marktzugang von letzteren Unternehmen betreffen und somit den innergemeinschaftlichen Handel behindern (EuGH, Große Kammer, 28. April 2009, C-518/06, *Kommission der Europäischen Gemeinschaften* gegen Italienische Republik, Randnr. 64).

Eine Regelung eines Mitgliedstaats stellt nicht allein deshalb eine Beschränkung dar, weil andere Mitgliedstaaten in ihrem Gebiet ansässige Erbringer gleichartiger Dienstleistungen weniger strengen oder wirtschaftlich interessanteren Vorschriften unterwerfen (EuGH, Große Kammer, 28. April 2009, C-518/06, *Kommission der Europäischen Gemeinschaften* gegen Italienische Republik, Randnr. 64).

B.13.4. Eine Beschränkung der Niederlassungsfreiheit und des freien Dienstleistungsverkehrs in einem Bereich, der nicht Gegenstand einer Harmonisierung auf Ebene der Europäischen Union ist, kann zugelassen werden, wenn sie zwingenden Gründen des Allgemeininteresses entspricht, geeignet ist, die Erreichung des mit ihr verfolgten Ziels zu gewährleisten, und nicht über das hinausgeht, was zur Erreichung dieses Ziels erforderlich ist (EuGH, Große Kammer, 1. April 2008, C-212/06, *Regierung der Französischen Gemeinschaft und Wallonische Regierung*, Randnr. 55; EuGH, 13. Dezember 2007, C-250/06, *United Pan-Europe Communications Belgium u.a.*, Randnr. 39; EuGH, Große Kammer, 28. April 2009, C-518/06, *Kommission der Europäischen Gemeinschaften* gegen Italienische Republik, Randnr. 72; EuGH, 7. Oktober 2010, C-515/08, *dos Santos Palhota u.a.*, Randnr. 45).

Zu diesen zwingenden Gründen des Allgemeininteresses gehört der Verbraucherschutz (EuGH, 4. Dezember 1986, 205/84, *Kommission der Europäischen Gemeinschaften* gegen Bundesrepublik Deutschland, Randnrn. 30-33; EuGH, Große Kammer, 6. März 2007, C-338/04, C-359/04 und C-360/04, *Placanica u.a.*, Randnr. 46; EuGH, 18. November 2010, C-458/08, *Europäische Kommission* gegen Portugiesische Republik, Randnr. 89).

B.13.5. Die angefochtenen Bestimmungen gehören nicht zu einem Bereich, der Gegenstand einer Harmonisierung durch die Europäische Union war.

B.13.6. Ohne dass geprüft werden muss, ob diese Bestimmungen Einschränkungen im Sinne der Artikel 49 und 56 des AEUV darstellen, genügt die Feststellung, dass sie den in B.13.4 erwähnten Kriterien entsprechen.

B.13.7.1. Das Gesetz vom 17. Juni 2009 bezweckt nämlich, praktische Probleme zu lösen, die durch die Anwendung des Gesetzes vom 20. Juli 2007 entstanden waren, das bezweckte, «gewisse bedeutende Garantien» im bedeutenden Sektor der «privaten Krankenversicherung» zu bieten (*Parl. Dok.*, Kammer, 2008-2009, DOC 52-1662/001, S. 4; ebenda, DOC 52-1662/004, S. 3; *Parl. Dok.*, Senat, 2008-2009, Nr. 4-1235/3, S. 2).

Die angefochtenen Bestimmungen sind Bestandteil eines «für den Schutz des Versicherten wesentlichen» Regelwerks (*Parl. Dok.*, Senat, 2008-2009, Nr. 4-1235/3, S. 6), das dem Schutz des Verbrauchers dient (ebenda, Nr. 4-1235/3, S. 5).

B.13.7.2. Die Bestimmungen sind geeignet, die Verwirklichung dieses Ziels zu gewährleisten.

Durch die Festlegung von Grenzen, in denen der Versicherer gewisse Bestandteile des Vertrags anpassen kann, bezweckt Artikel 138bis-4 §§ 1 bis 3 des Gesetzes vom 25. Juni 1992, etwaige Prämienhöhungen zu verhindern, die über eine Erhöhung der tatsächlichen Kosten der erbrachten Leistungen hinausgehen und sich in «plötzlichen Erhöhungen mit oft katastrophalen Folgen» für die Versicherten ausdrücken (*Parl. Dok.*, Kammer, 2008-2009, DOC 52-1662/004, S. 3; *Parl. Dok.*, Senat, 2008-2009, Nr. 4-1235/3, S. 2). Er bezweckt ebenfalls, «ebenso bedeutenden wie unerwarteten Prämienhöhungen» (ebenda, Nr. 4-1235/3, S. 5) sowie «Verteuerungen der Versicherungspolice», die in den beiden Jahren vor der Annahme der angefochtenen Bestimmungen festgestellt wurden (ebenda, Nr. 4-1235/3, SS. 13-14), ein Ende zu setzen, sowie die Versicherer daran zu hindern, «langfristig nicht haltbare Einführungspreise» mit anschließenden «Aufholmaßnahmen» zu praktizieren (ebenda, Nr. 4-1235/3, S. 5), um dem Versicherten ungeachtet seines Alters eine «reelle Tarifsicherheit» zu gewährleisten (ebenda).

B.13.7.3. Die angefochtenen Bestimmungen gehen nicht über das hinaus, was zum Erreichen der Zielsetzung notwendig ist.

Der Versicherer behält das Recht, die Vertragselemente - wie den Betrag der Prämie - zum Zeitpunkt des Abschlusses frei zu bestimmen und dabei gegebenenfalls «attraktive Preise» unter «wirtschaftlich realistischen Bedingungen» anzubieten (*Parl. Dok.*, Senat, 2008-2009, Nr. 4-1235/5, S. 5).

Außerdem ist vorgesehen, dass diese Vertragselemente nach dem Abschluss des Vertrags jedes Jahr den Kosten der durch diesen Vertrag gedeckten Dienste angepasst werden können auf der Grundlage von Indizes, die anhand von objektiven und repräsentativen Parametern (Artikel 138bis-4 § 3 des Gesetzes vom 25. Juni 1992) nach einer soliden Methode bestimmt werden, die deren «wissenschaftliche Gültigkeit» gewährleistet (*Parl. Dok.*, Kammer, 2008-2009, DOC 52-1662/004, S. 5; *Parl. Dok.*, Senat, 2008-2009, Nr. 4-1235/3, S. 4).

Wenn die Anpassung dieser Vertragselemente auf der Grundlage dieser spezifischen Indizes oder auf der Grundlage des Verbraucherpreisindex es dem Versicherer nicht ermöglicht, die Gefahr von Verlusten zu vermeiden, kann dieser die CBFA um die Genehmigung bitten, Maßnahmen zu ergreifen, um seine Tarife ins Gleichgewicht zu bringen, wie eine Anpassung seiner Deckungsbedingungen (Artikel 138bis-4 § 4 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 in Verbindung mit Artikel 21octies § 2 Absatz 2 des Gesetzes vom 9. Juli 1975). Diese Vorgehensweise fügt sich in das Konzept von «spezifischen und besonderen Situationen» (*Parl. Dok.*, Kammer, 2008-2009, DOC 52-1662/004, S. 35) oder von «außergewöhnlichen Umständen» (*Parl. Dok.*, Senat, 2008-2009, Nr. 4-1235/3, S. 5) ein und dient «zum Schutz des Verbrauchers, denn dieser würde am stärksten unter dem etwaigen Konkurs seines Versicherers leiden» (ebenda, S. 17).

Schließlich können auch andere Elemente des Vertrags nach dem Abschluss durch den Versicherer - auf angemessene und proportionale Weise sowie unter bestimmten Bedingungen - den Veränderungen in der Situation des Versicherten hinsichtlich des Berufes, des Einkommens oder seines Sozialversicherungsstatuts angepasst werden (Artikel 138bis-4 § 5 des Gesetzes vom 25. Juni 1992).

B.13.8. Die angefochtenen Bestimmungen sind folglich mit den Artikeln 10 und 11 der Verfassung in Verbindung mit den Artikeln 49 und 56 des AEUV vereinbar.

B.13.9. Der dritte Klagegrund ist unbegründet.

In Bezug auf den vierten Klagegrund

B.14.1. Aus der Darlegung des vierten Klagegrunds geht hervor, dass der Hof gebeten wird, über die Vereinbarkeit von Artikel 138bis-4 §§ 1 bis 4 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 und von Artikel 21octies § 2 Absatz 2 des Gesetzes vom 9. Juli 1975 mit den Artikeln 10 und 11 der Verfassung in Verbindung mit Artikel 15 der Richtlinie 73/239/EWG vom 24. Juli 1973 und mit Artikel 56 der Richtlinie 91/674/EWG des Rates vom 19. Dezember 1991 «über den Jahresabschluss und den konsolidierten Abschluss von Versicherungsunternehmen» zu urteilen, insofern die betreffenden Bestimmungen ein durch lebenslange, nicht berufsgebundene Krankenversicherungsverträge gebundenes Versicherungsunternehmen daran hinderten, ausreichende technische Rückstellungen zu bilden.

B.14.2. Ersetzt durch Artikel 17 der Richtlinie vom 18. Juli 1992 und anschließend abgeändert durch Artikel 57 Nummer 3 der Richtlinie 2005/68/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. November 2005 «über die Rückversicherung und zur Änderung der Richtlinien 73/239/EWG, 92/49/EWG des Rates sowie der Richtlinien 98/78/EG und 2002/83/EG», bestimmt Artikel 15 der Richtlinie 73/239/EWG:

«(1) Der Herkunftsmitgliedstaat verpflichtet jedes Versicherungsunternehmen, ausreichende versicherungstechnische Rückstellungen für seine gesamte Geschäftstätigkeit zu bilden.

Die Höhe dieser versicherungstechnischen Rückstellungen wird gemäß den in der Richtlinie 91/674/EWG enthaltenen Vorschriften festgelegt.

(2) Der Herkunftsmitgliedstaat verpflichtet jedes Versicherungsunternehmen, die versicherungstechnischen Rückstellungen und die Schwankungsrückstellung gemäß Artikel 15a dieser Richtlinie durch kongruente Vermögenswerte im Einklang mit Artikel 6 der Richtlinie 88/357/EWG zu bedecken. In Bezug auf Risiken in der Gemeinschaft müssen diese Vermögenswerte im Gebiet der Gemeinschaft belegen sein. Die Mitgliedstaaten verlangen von den Versicherungsunternehmen nicht, dass ihre Vermögenswerte in einem bestimmten Mitgliedstaat belegen sein müssen. Der Herkunftsmitgliedstaat kann jedoch Lockerungen hinsichtlich der Belegenheit der Vermögenswerte zulassen.

(3) Ist der Rückversicherer ein gemäß der Richtlinie 2005/68/EG zugelassenes Rückversicherungsunternehmen oder ein gemäß dieser Richtlinie oder der Richtlinie 2002/83/EG zugelassenes Versicherungsunternehmen, so sehen die Mitgliedstaaten davon ab, ein System von versicherungstechnischen Bruttorekstellungen durch die Besicherung von Vermögenswerten zur Bedeckung noch nicht verdienter Prämien und noch nicht abgewickelter Schadensfälle beizubehalten oder einzuführen.

Gestattet der Herkunftsmitgliedstaat die Bedeckung versicherungstechnischer Rückstellungen durch Forderungen gegen einen Rückversicherer, der weder ein gemäß der Richtlinie 2005/68/EG zugelassenes Rückversicherungsunternehmen noch ein gemäß dieser Richtlinie oder der Richtlinie 2002/83/EG zugelassenes Versicherungsunternehmen ist, so legt er die Bedingungen fest, unter denen dies zulässig ist».

Diese Bestimmung ist Teil von Abschnitt B («Bedingungen für die Ausübung der Versicherungstätigkeit») von Kapitel II («Vorschriften für Unternehmen mit Sitz in der Gemeinschaft») dieser Richtlinie.

Artikel 56 der Richtlinie 91/674/EWG des Rates vom 19. Dezember 1991 «über den Jahresabschluss und den konsolidierten Abschluss von Versicherungsunternehmen» bestimmt:

«Versicherungstechnische Rückstellungen

Die versicherungstechnischen Rückstellungen müssen jederzeit gewährleisten, dass das Versicherungsunternehmen alle seine aus Versicherungsverträgen resultierenden Verpflichtungen im Rahmen dessen, was bei vernünftiger Betrachtungsweise vorhersehbar ist, erfüllen kann».

Diese Bestimmung ist Teil von Abschnitt 7 («Bewertungsregeln») dieser Richtlinie.

B.14.3. Die angefochtenen Bestimmungen erlauben es dem Versicherer, der sich durch den Abschluss eines nicht berufsgebundenen Krankenversicherungsvertrags gebunden hat, gewisse Elemente dieses Vertrags während des Ausführungszeitraums des Vertrags unter gewissen, darin beschriebenen Bedingungen zu ändern. Sie ermöglichen es dem Versicherer unter anderem, jährlich innerhalb bestimmter Grenzen die Beträge der Prämie, Franchise und Leistung, die von den Parteien bei Vertragsabschluss frei vereinbart worden waren, anzupassen, um insbesondere der allgemeinen Entwicklung der Preise und der Kosten der durch diesen Vertrag gedeckten Dienste Rechnung zu tragen (Artikel 138bis-4 §§ 2 und 3 des Gesetzes vom 25. Juni 1992). Sie erlauben es ihm ebenfalls, bei der Kommission für das Bank-, Finanz- und Versicherungswesen die Genehmigung zum Ergreifen von Maßnahmen zu beantragen, «um [seine] Tarife ins Gleichgewicht zu bringen», wenn die Anwendung seiner Tarife «verlustbringend ist oder droht, verlustbringend zu sein» (Artikel 21octies § 2 Absatz 2 des Gesetzes vom 9. Juli 1975).

Diese Bestimmungen verletzen jedoch nicht das Recht des Versicherers, einseitig die Höhe der Beträge zu bestimmen, die er einer Person anbietet, die bei ihm einen Vertrag abschließen möchte. Es steht ihm weiterhin frei, den Wert dieser Beträge festzusetzen, unter anderem unter Berücksichtigung seiner Buchführungsverpflichtungen.

Die angefochtenen Bestimmungen bezwecken also nicht, die Buchführung der Versicherungsunternehmen zu regeln, und verletzen nicht deren Recht, den Betrag der buchhalterischen Rückstellungen unter Einhaltung der in den vorerwähnten europäischen Bestimmungen vorgesehenen Anforderungen festzusetzen.

Es kann also nicht davon ausgegangen werden, dass sie nicht mit der Verpflichtung für die durch lebenslange, nicht berufsgebundene Krankenversicherungsverträge gebundene Versicherungsunternehmen zur Bildung ausreichender technischer Rückstellungen, die sich aus den vorerwähnten europäischen Bestimmungen ergibt, vereinbar wären.

B.14.4. Der vierte Klagegrund ist unbegründet.

In Bezug auf den fünften Klagegrund

B.15.1. Aus der Darlegung des fünften Klagegrunds geht hervor, dass der Hof gebeten wird, über die Vereinbarkeit von Artikel 21octies § 2 Absatz 2 des Gesetzes vom 9. Juli 1975 (eingefügt durch Artikel 12 des Gesetzes vom 17. Juni 2009) mit den Artikeln 10 und 11 der Verfassung in Verbindung mit deren Artikel 13, mit den Artikeln 6 und 14 der Europäischen Menschenrechtskonvention und mit dem allgemeinen Rechtsgrundsatz des Rechtes auf wirksame gerichtliche Beschwerde zu urteilen, insofern diese Bestimmung einem Versicherer, der durch einen lebenslangen, nicht berufsgebundenen Krankenversicherungsvertrag gebunden sei, einerseits das Recht auf gerichtliches Gehör entziehe, wenn die CBFA es unterlasse, über den bei ihr in Anwendung dieser Bestimmung eingereichten Antrag zu entscheiden, und andererseits das Recht auf wirksame Beschwerde, wenn die CBFA sich weigere, diesem Antrag stattzugeben.

B.15.2.1. Artikel 13 der Verfassung bestimmt:

«Niemand darf gegen seinen Willen seinem gesetzlichen Richter entzogen werden».

Diese Bestimmung gewährleistet - so wie Artikel 6 Absatz 1 der Europäischen Menschenrechtskonvention - ein Recht auf Zugang zum zuständigen Richter, das den Anforderungen eines fairen Verfahrens entspricht.

B.15.2.2. Artikel 14 der Europäischen Menschenrechtskonvention bestimmt:

«Verbot der Benachteiligung

Der Genuss der in der vorliegenden Konvention festgelegten Rechte und Freiheiten muss ohne Unterschied des Geschlechts, der Rasse, Hautfarbe, Sprache, Religion, politischen oder sonstigen Anschauungen, nationaler oder sozialer Herkunft, Zugehörigkeit zu einer nationalen Minderheit, des Vermögens, der Geburt oder des sonstigen Status gewährleistet werden».

B.15.3.1. Artikel 14 § 1 der am 12. Januar 1973 koordinierten Gesetze über den Staatsrat, ersetzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 15. Mai 2007 «zur Abänderung von Artikel 14 der am 12. Januar 1973 koordinierten Gesetze über den Staatsrat», bestimmt:

«Die Verwaltungsstreitsachenabteilung [des Staatsrates] befindet im Wege von Entscheiden über Nichtigkeitsklagen wegen Verletzung entweder wesentlicher oder unter Androhung der Nichtigkeit auferlegter Formvorschriften, wegen Befugnisüberschreitung oder wegen Befugnismissbrauch, die eingeleitet werden gegen Akte und Verordnungen:

1. der verschiedenen Verwaltungsbehörden,
[...].

Artikel 14 § 3 derselben am 12. Januar 1973 koordinierten Gesetze, ersetzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 25. Mai 1999 «zur Abänderung der am 12. Januar 1973 koordinierten Gesetze über den Staatsrat, des Gesetzes vom 5. April 1955 über die Gehälter der Inhaber eines Amtes beim Staatsrat sowie des Gerichtsgesetzbuches», bestimmt:

«Muss eine Verwaltungsbehörde eine Entscheidung treffen und hat sie nach Ablauf einer viermonatigen Frist, nachdem der Interessenshabende ihr eine entsprechende Aufforderung notifiziert hat, keine Entscheidung getroffen, gilt das Stillschweigen der Behörde als Abweisungsentscheidung, gegen die Beschwerde eingelegt werden kann. Diese Bestimmung beeinträchtigt nicht die Sonderbestimmungen, in denen eine andere Frist vorgesehen ist oder die mit dem Stillschweigen der Verwaltungsbehörde andere Folgen verbinden».

B.15.3.2. Das in der angefochtenen Bestimmung verwendete Wort «kann» bedeutet, dass die CBFA, wenn sie mit einem Antrag eines Versicherungsunternehmens befasst wird, der zu der in dieser Bestimmung beschriebenen Feststellung Anlass gibt, nicht verpflichtet ist, diesem Unternehmen die Erlaubnis zu erteilen, die Maßnahmen im Hinblick auf den Ausgleich seiner Tarife zu ergreifen. Die CBFA verfügt über einen gewissen Ermessensspielraum.

Wie der Ministerrat anführt, bedeutet das Wort «kann» also nicht, dass die CBFA nicht verpflichtet ist, über jeden Antrag zu befinden, der durch Versicherungsunternehmen auf der Grundlage der angefochtenen Bestimmung an sie gerichtet wird.

B.15.4.1. Artikel 21*octies* §§ 1 und 3 des Gesetzes vom 9. Juli 1975, eingefügt durch Artikel 12 des Gesetzes vom 19. Juli 1991 «zur Abänderung des Gesetzes vom 9. Juli 1975 über die Kontrolle der Versicherungsunternehmen und zur Festlegung gewisser Bestimmungen über die Arbeitsweise des Versicherungskontrollamtes», anschließend abgeändert durch Artikel 26 des königlichen Erlasses vom 23. März 2003 «zur Ausführung von Artikel 45 § 2 des Gesetzes vom 2. August 2002 über die Aufsicht über den Finanzsektor und die Finanzdienstleistungen» - königlicher Erlass bestätigt durch Artikel 23 des Programmgesetzes vom 5. August 2003 -, bestimmte:

«§ 1. Unbeschadet der Anwendung von Artikel 19*bis* verlangt die CBFA die Rücknahme oder die Abänderung vertraglicher oder werbemäßiger Dokumente, bei denen sie feststellt, dass sie nicht den im Gesetz oder aufgrund desselben vorgesehenen Bestimmungen entsprechen.

[...]

§ 3. Das Unternehmen kann gegen die in §§ 1 und 2 erwähnten Entscheidungen die Klage im Sinne von Artikel 7 beim Staatsrat einreichen. Diese Klage hat keine aufschiebende Wirkung».

Vor seiner Aufhebung durch Artikel 10 des königlichen Erlasses vom 3. März 2011 «über die Entwicklung der Kontrollstrukturen für den Finanzsektor» bestimmte Artikel 7 des Gesetzes vom 9. Juli 1975:

«Ein Unternehmen, dessen Zulassung verweigert wird, kann nach einem vereinfachten, durch den König festzulegenden Verfahren eine Klage beim Staatsrat einreichen».

Die letztgenannte Bestimmung entspricht dem Bemühen, «zu vermeiden, dass ein allzu langsames Verfahren die wirtschaftlichen Interessen der Unternehmen gefährden würde, die im Anschluss an eine Verweigerung rechtmäßig eine Nichtigerklärung der Entscheidung beanspruchen können» (*Parl. Dok.*, Senat, 1970-1971, Nr. 570, S. 22). Artikel 21*octies* § 3 ist seinerseits gerechtfertigt durch den Willen, «zu vermeiden, dass dem Unternehmen auf ungerechtfertigte Weise ein schwerer wirtschaftlicher Schaden entsteht» (*Parl. Dok.*, Kammer, 1990-1991, Nr. 1587/4, S. 38).

Angenommen in Ausführung von Artikel 7 des Gesetzes vom 9. Juli 1975, bestimmte Artikel 8 des königlichen Erlasses vom 22. Februar 1991 «zur Einführung einer allgemeinen Regelung über die Kontrolle der Versicherungsunternehmen», abgeändert durch Artikel 4 des königlichen Erlasses vom 22. November 1994 und durch Artikel 26 des königlichen Erlasses vom 25. März 2003:

«§ 1. In den Artikeln 7 und 43 des Gesetzes erwähnte Beschwerden müssen zur Vermeidung der Nichtigkeit innerhalb fünfzehn Tagen nach Notifizierung des beanstandeten Beschlusses eingereicht werden.

Der Staatsrat wird anhand eines Antrags, der von den Personen, die satzungsmäßig befugt sind das Versicherungsunternehmen gerichtlich zu vertreten, oder von einem im Verzeichnis der Rechtsanwaltskammer eingetragenen Rechtsanwalt unterzeichnet ist, mit der Beschwerde befasst. Dieser Antrag wird dem Staatsrat zusammen mit vier beglaubigten Kopien und einer Kopie des Beschlusses, gegen den Beschwerde eingelegt wird, per Einschreiben zugesandt. Dem Antrag wird ein Verzeichnis der Begründungsunterlagen mit vier beglaubigten Kopien beigelegt.

§ 2. Innerhalb dreier Tage nach Empfang des Antrags übermittelt der Greffier dem Minister und der CBFA per Einschreiben eine Kopie aller bei ihm gemäß § 1 eingereichten Anträge.

Innerhalb dreier Tage nach Empfang der Kopie übermitteln der Minister und die CBFA der Kanzlei des Staatsrates ihre Akte.

§ 3. Ein Mitglied des Auditorats erstellt innerhalb eines Monats nach seiner Bestimmung seinen Bericht.

§ 4. Wenn die Kammer innerhalb zweier Monate nach Einreichung des Antrags und nach Einsichtnahme des Berichts über den Stand der Sache befindet, dass die Sache verhandlungsreif ist, legt der Präsident das Datum fest, an dem die Sache anberaumt wird. Ist die Kammer der Meinung, dass neue Aufträge angeordnet werden müssen, bestimmt sie zu diesem Zweck einen Staatsrat oder ein Mitglied des Auditorats, der/das innerhalb zwanzig Tagen nach seiner Bestimmung einen zusätzlichen Bericht verfasst. Dieser Bericht wird datiert, unterzeichnet und der Kammer übermittelt.

Die Anordnung zur Anberaumung der Sache oder ihrer Verweisung für weitere Untersuchungen erfolgt innerhalb acht Tagen nach Einreichung des Berichts.

Die Anordnung zur Anberaumung der Sache wird dem Antragsteller, dem Minister und der CBFA zusammen mit den Berichten notifiziert. Sie enthält die Anberaumung der Sache innerhalb acht Tagen.

§ 5. Der Entscheid muss innerhalb fünfzehn Tagen nach Schließung der Verhandlungen ergehen. Diese Frist kann nach Stellungnahme des Generalauditors auf Anordnung der Kammer verlängert werden, ohne dass die Gesamtdauer der Verlängerungen einen Monat überschreiten darf.

§ 6. Der Entscheid wird dem Antragsteller, dem Minister und der CBFA mitgeteilt.

§ 7. Auf das in vorliegendem Artikel geregelte Verfahren sind die Artikel 2 § 1 Nr. 1 und 2, 5, 12, 16, 17, 25 bis 27, 29, 33 bis 35, 37, 40 bis 51, 59, 61 bis 65, 72, 77, 84, 86 Absatz 2, 87, 88 und 91 des Erlasses des Regenten vom 23. August 1948 zur Festlegung des Verfahrens vor der Verwaltungsabteilung des Staatsrates anwendbar».

B.15.4.2. Artikel 122 Nr. 13 des Gesetzes vom 2. August 2002 «über die Aufsicht über den Finanzsektor und die Finanzdienstleistungen», eingefügt durch Artikel 21 des königlichen Erlasses vom 25. März 2003 und anschließend abgeändert durch Artikel 186 Nr. 1 des Gesetzes vom 27. Oktober 2006 «über die Kontrolle der Einrichtungen der betrieblichen Altersversorgung», bestimmte:

«Eine Klage beim Staatsrat kann nach einem beschleunigten, durch den König festzulegenden Verfahren eingereicht werden:

[...]

13. durch ein Versicherungsunternehmen gegen Tariferhöhungsbeschlüsse, die von der CBFA aufgrund von Artikel 21*octies* des vorerwähnten Gesetzes vom 9. Juli 1975 gefasst wurden;».

Artikel 30 § 2*bis* der am 12. Januar 1973 koordinierten Gesetze über den Staatsrat, eingefügt durch Artikel 4 § 1 des Gesetzes vom 2. August 2002 «zur Ergänzung des Gesetzes vom 2. August 2002 über die Aufsicht über den Finanzsektor und die Finanzdienstleistungen in Bezug auf die Rechtsmittel gegen Beschlüsse des Ministers, der CBF, des VKA und der Marktunternehmen und in Bezug auf den Beitritt der CBF und des VKA vor Strafgerichten und zur Abänderung verschiedener anderer Gesetzesbestimmungen», bestimmte:

«Der König legt durch einen im Ministerrat beratenen Erlass, wenn nötig in Abweichung von § 1 und von den Artikeln 14, 17, 18, 21, 21*bis* und 90, die Regeln für das beschleunigte Verfahren fest, das auf die in Artikel 122 des Gesetzes vom 2. August 2002 über die Aufsicht über den Finanzsektor und die Finanzdienstleistungen erwähnten Beschwerden anwendbar ist.

Insbesondere bestimmt Er die Frist, in der der Kläger zur Vermeidung des Verfalls die Beschwerde einreichen muss, die Fristen, in denen jede Partei ihren Schriftsatz übermitteln muss, und die Frist, in der der Staatsrat befinden muss.

Er kann besondere Regeln für die Zusammensetzung der Kammern festlegen. Er kann für die in Artikel 122 des vorerwähnten Gesetzes vom 2. August 2002 erwähnten Beschwerden unterschiedliche Regeln festlegen.

Er kann Kläger verpflichten, vor Einreichung der Beschwerde beim Direktionsausschuss der CBF [zu lesen ist: CBFA] Rücknahme oder Änderung des beanstandeten Beschlusses zu beantragen».

Das in dieser Bestimmung und im vorerwähnten Artikel 122 Nr. 13 des Gesetzes vom 2. August 2002 vorgesehene beschleunigte Verfahren wird durch den königlichen Erlass vom 15. Mai 2003 «zur Regelung des beschleunigten Verfahrens im Falle der Klage beim Staatsrat gegen gewisse Entscheidungen der Kommission für das Bank-, Finanz- und Versicherungswesen» geregelt, der gemäß seinem Artikel 6 am 1. Juni 2003 in Kraft getreten ist.

Bei dem Inkrafttreten des vorerwähnten Artikels 122 Nr. 13 des Gesetzes vom 2. August 2002 bestimmte Artikel 21*octies* § 2 des Gesetzes vom 9. Juli 1975, eingefügt durch Artikel 12 des Gesetzes vom 19. Juli 1991 und abgeändert durch Artikel 26 des königlichen Erlasses vom 25. März 2003:

«Die CBFA kann verlangen, dass ein Unternehmen einen Tarif ins Gleichgewicht bringt, wenn es feststellt, dass die Anwendung dieses Tarifs zu Verlusten führt. Die Tariferhöhung ist auf Verträge anwendbar, die nach Notifizierung der Entscheidung der CBFA abgeschlossen wurden, und ist unbeschadet des Kündigungsrechts des Versicherungsnehmers auch auf Prämien und Beiträge bestehender Verträge anwendbar, die ab dem ersten Tag des zweiten Monats nach Notifizierung der Entscheidung der CBFA fällig werden. Die Tariferhöhung ist nicht der Verpflichtung der Preiserhöhungsmeldung unterworfen wie erwähnt im Gesetz vom 22. Januar 1945 über die Wirtschaftsregelung und die Preise und in seinen Ausführungserlassen. Die CBFA setzt die Preiskommission über die Entscheidung zur Tariferhöhung in Kenntnis. Diese Entscheidung wird erst fünfzehn Tage nach dieser Inkenntnissetzung wirksam und gilt nur für eine von der CBFA bestimmte Frist».

Der erste und der zweite Satz der letztgenannten Bestimmung stellen die Absätze 1 beziehungsweise 3 von Artikel 21*octies* § 2 des Gesetzes vom 9. Juli 1975, ersetzt durch Artikel 12 des Gesetzes vom 17. Juni 2009, dar, während die letzten zwei Sätze den letzten Absatz dieser neuen Bestimmung bilden.

B.15.4.3. Aus dem Vorstehenden ergibt sich, dass ein «Tariferhöhungsbeschluss» im Sinne von Artikel 122 Nr. 13 des Gesetzes vom 2. August 2002 nur ein Beschluss sein konnte, der von der CBFA auf der Grundlage von Absatz 1 von Artikel 21*octies* § 2 des Gesetzes vom 9. Juli 1975, in der Fassung nach seiner Ersetzung durch Artikel 12 des Gesetzes vom 17. Juni 2009, gefasst wurde.

Der von der CBFA auf der Grundlage von Absatz 2 von Artikel 21*octies* § 2 des Gesetzes vom 9. Juli 1975 - ersetzt durch Artikel 12 des Gesetzes vom 17. Juni 2009 - gefasste Beschluss stellte also nicht einen solchen «Tariferhöhungsbeschluss» dar, der Gegenstand einer Klage beim Staatsrat sein konnte, welche nach den im königlichen Erlass vom 15. Mai 2003 beschriebenen Verfahrensregeln geprüft werden musste.

Dennoch konnte ein Versicherungsunternehmen in Anwendung der vorerwähnten Artikel 7 und 21*octies* § 3 des Gesetzes vom 9. Juli 1975 beim Staatsrat nach einem vereinfachten Verfahren eine Klage gegen eine Entscheidung der CBFA einreichen, mit der sie sich weigerte, dem Antrag, den es auf der Grundlage von Artikel 21*octies* § 2 Absatz 2 desselben Gesetzes eingereicht hatte, stattzugeben. Dieses Verfahren wurde durch Artikel 8 des königlichen Erlasses vom 22. Februar 1991 geregelt.

B.15.4.4. Aus dem Vorstehenden ergibt sich auch, dass keine der vorerwähnten Bestimmungen ein Versicherungsunternehmen, das feststellte, dass sich die CBFA zu einem Antrag im Sinne von Artikel 21*octies* § 2 Absatz 2 des Gesetzes vom 9. Juli 1975, den es bei dieser Behörde eingereicht hatte, in Stillschweigen hüllte, daran hinderte, dieser eine Aufforderung in Anwendung von Artikel 14 § 3 der am 12. Januar 1973 koordinierten Gesetze zuzusenden, bevor es gegebenenfalls beim Staatsrat eine Klage gegen die Verweigerungsentscheidung der CBFA, die auf ihrem weiteren Stillschweigen beruhte, einreichte.

B.15.5. Die angefochtene Bestimmung bezweckt, der CBFA eine neue Befugnis zu verleihen.

Die Klagen gegen Entscheidungen dieser Behörde auf der Grundlage der betreffenden Bestimmung werden durch andere Gesetzes- oder Ordnungsbestimmungen geregelt, die nicht in der vorliegenden, beim Hof anhängig gemachten Nichtigkeitsklage erwähnt sind.

Die Verfassungsmäßigkeitskritik, auf der der fünfte Klagegrund beruht, insofern er aus der fehlenden Wirksamkeit der besagten Beschwerden abgeleitet ist, bezieht sich jedoch auf die Weise, auf die diese durch Gesetzes- oder Ordnungsbestimmungen, die nicht Gegenstand der vorliegenden Nichtigkeitsklage sind, organisiert werden. Ihre Prüfung würde den Hof dazu führen, über die Verfassungsmäßigkeit von nicht angefochtenen Bestimmungen zu urteilen.

B.15.6. Der fünfte Klagegrund ist unbegründet.

In Bezug auf den sechsten Klagegrund

B.16. Aus der Darlegung des sechsten Klagegrunds geht hervor, dass der Hof zunächst gebeten wird, über die Vereinbarkeit von Artikel 15 des Gesetzes vom 17. Juni 2009 mit den Artikeln 10 und 11 der Verfassung in Verbindung mit dem Grundsatz der Rechtssicherheit zu urteilen, insofern er bestimme, dass Artikel 138*bis*-4 des Gesetzes vom 25. Juni 1992, ersetzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 17. Juni 2009, mit 1. Juli 2007 wirksam werde und somit Versicherern, die nach diesem Datum, jedoch vor der Veröffentlichung dieser neuen Fassung von Artikel 138*bis*-4 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 entweder einen seit dem 1. Juli 2007 den Regeln der vorherigen Fassung dieses Artikels unterliegenden Krankenversicherungsvertrag oder einen diesen Regeln nicht unterliegenden Krankenversicherungsvertrag geschlossen hätten, Verpflichtungen auferlege.

B.17.1. Eingefügt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 20. Juli 2007, bestimmte Artikel 138*bis*-4 des Gesetzes vom 25. Juni 1992:

«Tarif- und Vertragsänderungen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- an Änderungen im Beruf des Versicherten, was Gesundheitspflegeversicherung, Arbeitsunfähigkeitsversicherung, Invalidenversicherung und Pflegeversicherung betrifft, und/oder
- an das Einkommen des Versicherten, was Arbeitsunfähigkeitsversicherung und Invalidenversicherung betrifft, oder
- an den Wechsel der Rechtsstellung des Versicherten in der Regelung der sozialen Sicherheit, was Gesundheitspflegeversicherung und Arbeitsunfähigkeitsversicherung betrifft,

sofern diese Änderungen einen bedeutenden Einfluss auf Risiko und/oder Kosten oder Umfang der garantierten Leistungen haben».

Eingefügt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 20. Juli 2007, bestimmte Artikel 138*bis*-2 des Gesetzes vom 25. Juni 1992:

«Anwendungsbereich

Die Bestimmungen des vorliegenden Abschnitts sind anwendbar auf individuelle Krankenversicherungsverträge.

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

Als Teil desselben Abschnitts wie die letztgenannte Bestimmung, fand Artikel 138*bis*-4 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 - eingefügt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 20. Juli 2007 - also damals nur Anwendung auf individuelle Krankenversicherungsverträge.

B.17.2. Artikel 6 des Gesetzes vom 17. Juni 2009 ersetzt diese Bestimmung - in der die Bedingungen beschrieben sind, unter denen die Versicherer gewisse Elemente des individuellen Krankenversicherungsvertrags während dessen Ausführungszeitraums ändern können - durch einen neuen Text, der diese Bedingungen erheblich ändert.

Außerdem ersetzt Artikel 4 Nr. 1 des Gesetzes vom 17. Juni 2009 in Absatz 1 des vorerwähnten Artikels 138*bis*-2 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 das Wort «individuelle» durch die Wörter «nicht berufsgebundene», so dass die in Artikel 138*bis*-4 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 festgelegten Regeln nunmehr sowohl auf individuelle nicht berufsgebundene Krankenversicherungsverträge, als auch auf kollektive nicht berufsgebundene Krankenversicherungsverträge, die also zugunsten mehrerer Personen geschlossen wurden, Anwendung finden.

B.17.3. Aufgrund von Artikel 15 des Gesetzes vom 17. Juni 2009 sind die Artikel 4 Nr. 1 und 6 des Gesetzes vom 17. Juni 2009 mit 1. Juli 2007 wirksam.

Weder ein Versicherer, der nach diesem Datum, aber vor der Veröffentlichung des Gesetzes vom 17. Juni 2009 einen individuellen Krankenversicherungsvertrag geschlossen hat, noch derjenige, der während dieses Zeitraums einen kollektiven nicht berufsgebundenen Krankenversicherungsvertrag geschlossen hat, konnte während dieses Zeitraums vorhersehen, dass gewisse Elemente dieses Vertrags nur unter den Bedingungen, die in Artikel 138bis-4 des Gesetzes vom 25. Juni 1992, ersetzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 17. Juni 2009, beschrieben sind, abgeändert werden durften.

Artikel 15 des Gesetzes vom 17. Juni 2009 verleiht also in diesem Maße der Ersetzung von Artikel 138bis-4 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 rückwirkende Kraft.

B.18. Die Nichtrückwirkung der Gesetze ist eine Garantie, die dazu dient, Rechtsunsicherheit zu vermeiden.

Diese Garantie erfordert es, dass der Rechtsinhalt vorhersehbar und zugänglich ist, damit der Rechtsunterworfenen in einem vernünftigen Maße die Folgen eines bestimmten Handelns zum Zeitpunkt der Ausführung dieser Handlung vorhersehen kann. Die Rückwirkung ist nur dann gerechtfertigt, wenn sie zur Verwirklichung einer Zielsetzung allgemeinen Interesses unerlässlich ist.

B.19. In Bezug auf die Bestimmung des Gesetzesvorentwurfs, der Artikel 15 des Gesetzes vom 17. Juni 2009 zugrunde liegt, hat die Gesetzgebungsabteilung des Staatsrates in ihrem Gutachten vom 19. Juni 2008 angemerkt, dass die «Rückwirkung [...] Anlass zu Einwänden gibt, insofern sie Anbietern von Krankenversicherungsverträgen, die zum ersten Mal [durch das Gesetz vom 17. Juni 2009] der Anwendung der Artikel 138bis-1 ff. des Gesetzes vom 25. Juni 1992 unterliegen, für die Vergangenheit bestimmte Verpflichtungen auferlegt» (*Parl. Dok., Kammer, 2008-2009, DOC 52-1662/001, S. 20*).

In der Begründung zum Gesetzentwurf, aus dem das Gesetz vom 17. Juni 2009 entstanden ist, heißt es diesbezüglich, durch den besagten «Entwurf soll die bisherige mangelhafte Präzision bezüglich des Anwendungsbereichs von Kapitel IV [des Gesetzes vom 25. Juni 1992] behoben werden», und es «ist daher logisch, dass die vorgenommenen Korrekturen an demselben Datum wirksam werden» wie das Gesetz vom 20. Juli 2007, mit dem dieses Kapitel eingefügt wurde, «nämlich am 1. Januar 2007» (ebenda, S. 11).

Es ist also nicht ersichtlich, welches die Zielsetzung allgemeinen Interesses ist, deren Verwirklichung die vorerwähnte Rückwirkung unerlässlich macht.

B.20. Insofern er auf Artikel 6 des Gesetzes vom 17. Juni 2009 Anwendung findet, ist Artikel 15 dieses Gesetzes also nicht mit den Artikeln 10 und 11 der Verfassung in Verbindung mit dem Grundsatz der Rechtssicherheit vereinbar.

B.21. Insofern er sich auf diese Bestimmung bezieht, ist der sechste Klagegrund begründet.

B.22. Aus der Darlegung des sechsten Klagegrunds geht hervor, dass der Hof anschließend gebeten wird, über die Vereinbarkeit von Artikel 3 § 2 Absätze 1 und 2 des Gesetzes vom 20. Juli 2007 (ersetzt durch Artikel 13 des Gesetzes vom 17. Juni 2009) mit den Artikeln 10 und 11 der Verfassung zu urteilen, insofern diese Bestimmung einen Behandlungsunterschied zwischen zwei Kategorien von Versicherungsunternehmen einführe, die vor dem 1. Juli 2007 einen nicht berufsgebundenen Krankenversicherungsvertrag im Sinne von Artikel 138bis-2 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 in der durch Artikel 4 des Gesetzes vom 17. Juni 2009 abgeänderten Fassung geschlossen hätten, und zwar einerseits denjenigen, die einen individuellen Vertrag geschlossen hätten, und andererseits denjenigen, die einen kollektiven Vertrag, also zugunsten mehrerer Personen geschlossen hätten.

Die angefochtene Bestimmung gewähre der zweiten Kategorie von Unternehmen nicht die zweijährige Frist, in deren Genuss die erste Kategorie von Unternehmen habe gelangen können, um ihren Vertrag den Regeln der Artikel 138bis-3 und 138bis-4 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 anzupassen.

B.23. Die Anwendung der Artikel 138bis-3 und 138bis-4 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 ist Gegenstand von Absatz 2 beziehungsweise von Absatz 1 von Artikel 3 § 2 des Gesetzes vom 20. Juli 2007, ersetzt durch Artikel 13 des Gesetzes vom 17. Juni 2009.

B.24.1.1. Eingefügt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 20. Juli 2007, bestimmte Artikel 138bis-3 des Gesetzes vom 25. Juni 1992:

«Dauer des Versicherungsvertrags

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

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

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

Als Teil desselben Abschnitts wie der in B.17.1 zitierte Artikel 138bis-2 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 fand Artikel 138bis-3 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 damals nur Anwendung auf individuelle Krankenversicherungsverträge.

B.24.1.2. Vor seiner Ersetzung durch Artikel 13 des Gesetzes vom 17. Juni 2009 bestimmte Artikel 3 Absatz 1 des Gesetzes vom 20. Juli 2007:

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

Das «vorliegende Gesetz», auf das sich diese Bestimmung bezieht, war das Gesetz vom 20. Juli 2007, veröffentlicht im *Belgischen Staatsblatt* vom 10. August 2007, das in Anwendung seines Artikels 4 am 1. Juli 2007 in Kraft getreten ist.

Folglich konnte ein Versicherungsunternehmen, das vor dem 1. Juli 2007 einen individuellen nicht berufsgebundenen Krankenversicherungsvertrag geschlossen hatte, über eine am 30. Juni 2009 auslaufende Frist von fast zwei Jahren verfügen, um dem Versicherungsnehmer einen neuen Krankenversicherungsvertrag gemäß den Erfordernissen von Artikel 138bis-3 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 anzubieten.

B.24.2. Durch Artikel 4 des Gesetzes vom 17. Juni 2009 wird im vorerwähnten Artikel 138bis-2 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 das in Absatz 1 verwendete Wort «individuelle» durch die Wörter «nicht berufsgebundene» und die in Absatz 2 verwendeten Wörter «und ihre Familienmitglieder, die ihrer Krankenversicherung angeschlossen sind» durch die Wörter «, Hauptversicherte und Mitversicherte» ersetzt.

Durch Artikel 5 des Gesetzes vom 17. Juni 2009 werden in Paragraph 2 von Artikel 138bis-3 die Wörter «des Versicherungsnehmers» durch die Wörter «des Hauptversicherten» ersetzt.

Diese beiden Bestimmungen des Gesetzes vom 17. Juni 2009 sind mit 1. Juli 2007 wirksam (Artikel 15 desselben Gesetzes).

Die Abänderung von Artikel 138bis-2 Absatz 1 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 hat zur Folge, dass die in Artikel 138bis-3 desselben Gesetzes festgelegten Regeln nunmehr Verpflichtungen nicht nur für Versicherungsunternehmen, die einen individuellen nicht berufsgebundenen Krankenversicherungsvertrag geschlossen haben, sondern auch für Versicherungsunternehmen, die einen kollektiven nicht berufsgebundenen Krankenversicherungsvertrag geschlossen haben, einführen.

Aus Artikel 3 § 2 Absatz 2 des Gesetzes vom 20. Juli 2007, eingefügt durch Artikel 13 des Gesetzes vom 17. Juni 2009, geht jedoch hervor, dass ein Versicherungsunternehmen, das vor dem 1. Juli 2007 einen kollektiven nicht berufsgebundenen Krankenversicherungsvertrag geschlossen hat, über eine am 30. Juni 2009 auslaufende Frist von zwei Jahren verfügte, um dem Hauptversicherten einen neuen Krankenversicherungsvertrag gemäß den Erfordernissen von Artikel 138bis-3 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 in der durch Artikel 5 des Gesetzes vom 17. Juni 2009 abgeänderten Fassung anzubieten.

Da das Gesetz vom 17. Juni 2009 erst am 8. Juli 2009 im *Belgischen Staatsblatt* veröffentlicht wurde, konnte dieses Versicherungsunternehmen nicht wirklich in den Vorteil der in Artikel 13 vorgesehenen Frist von zwei Jahren gelangen.

B.24.3. Eine Übergangsbestimmung verstößt nur gegen den in den Artikeln 10 und 11 der Verfassung verankerten Grundsatz der Gleichheit und Nichtdiskriminierung, wenn sie einen nicht vernünftig gerechtfertigten Behandlungsunterschied einführt oder wenn sie auf übermäßige Weise den Grundsatz des rechtmäßigen Vertrauens verletzt.

B.24.4. Bezüglich des Behandlungsunterschieds, der sich aus Artikel 3 § 2 Absatz 2 des Gesetzes vom 20. Juli 2007 ergibt und in B.24.1 und B.24.2 dargelegt wurde, heißt es in der Begründung zum Gesetzentwurf, der dem Gesetz vom 17. Juni 2009 zugrunde liegt, dass er nicht gerechtfertigt zu werden brauche und dass das Gesetz vom 17. Juni 2009 nicht den Anwendungsbereich von Artikel 138bis-3 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 abändere (*Parl. Dok.*, Kammer, 2008-2009, DOC 52-1662/001, S. 10).

Folglich ist nicht ersichtlich, dass dieser Behandlungsunterschied vernünftig gerechtfertigt wäre.

B.24.5. Da die Frist von zwei Jahren, die in Artikel 3 § 2 Absatz 2 des Gesetzes vom 20. Juli 2007 vorgesehen ist, sich als theoretisch erweist, verletzt diese Bestimmung auf übermäßige Weise den Grundsatz des rechtmäßigen Vertrauens, insofern das Versicherungsunternehmen nicht wirklich den Vorteil einer Frist von gleichwertiger Dauer wie die in B.24.1.2 erwähnte Frist nutzen konnte.

B.24.6. Insofern er sich auf diese Bestimmung bezieht, ist der sechste Klagegrund begründet.

B.25.1. Eingefügt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 20. Juli 2007, ist der in B.17.1 zitierte Artikel 138bis-4 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 durch Artikel 6 des Gesetzes vom 17. Juni 2009 ersetzt worden, der zahlreiche Änderungen daran vorgenommen hat.

B.25.2. Als Teil desselben Abschnitts wie der in B.17.1 zitierte Artikel 138bis-2 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 - in der Fassung vor seiner Abänderung durch Artikel 4 des Gesetzes vom 17. Juni 2009 -, fand Artikel 138bis-4 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 in der Fassung vor seiner Ersetzung durch Artikel 6 des Gesetzes vom 17. Juni 2009 nur Anwendung auf individuelle Krankenversicherungsverträge, ebenso wie Artikel 138bis-3 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 in der Fassung vor seiner Abänderung durch Artikel 5 des Gesetzes vom 17. Juni 2009.

Das Gesetz vom 20. Juli 2007 enthielt keine Übergangsbestimmung, die einem Versicherungsunternehmen, das vor dem 1. Juli 2007 einen individuellen nicht berufsgebundenen Krankenversicherungsvertrag geschlossen hatte, eine Frist von zwei Jahren gewährte, um dem Versicherungsnehmer einen neuen Krankenversicherungsvertrag gemäß den Erfordernissen von Artikel 138bis-4 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 anzubieten.

Artikel 3 § 2 Absatz 1 des Gesetzes vom 20. Juli 2007, eingefügt durch Artikel 13 des Gesetzes vom 17. Juni 2009, sieht hingegen «ab dem 1. Juli 2007 [...] für die Anwendung von Artikel 138bis-4 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 [einen] zweijährigen Übergangszeitraum» vor. Diese Bestimmung betrifft «bestehende nicht berufsgebundene Krankenversicherungsverträge», die also vor dem 1. Juli 2007 geschlossen wurden.

In dieser angefochtenen Bestimmung wird nicht zwischen den individuellen und den kollektiven Verträgen unterschieden.

Aus dem Vorstehenden ergibt sich, dass insofern, als er die Anpassung eines Vertrags an die Regeln von Artikel 138bis-4 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 betrifft, der in B.22 beschriebene Behandlungsunterschied nicht besteht.

B.25.3. Insofern er sich auf Artikel 3 § 2 Absatz 1 des Gesetzes vom 20. Juli 2007, eingefügt durch Artikel 13 des Gesetzes vom 17. Juni 2009, bezieht, ist der sechste Klagegrund unbegründet.

Aus diesen Gründen:

Der Hof

- erklärt

. in dem in B.24.5 angegebenem Maße Artikel 3 § 2 Absatz 2 des Gesetzes vom 20. Juli 2007 «zur Abänderung des Gesetzes vom 25. Juni 1992 über den Landversicherungsvertrag in Bezug auf private Krankenversicherungsverträge», so wie er durch Artikel 13 des Gesetzes vom 17. Juni 2009 «zur Abänderung des Gesetzes vom 25. Juni 1992 über den Landversicherungsvertrag in Bezug auf Krankenversicherungsverträge und des Gesetzes vom 20. Juli 2007 zur Abänderung des Gesetzes vom 25. Juni 1992 über den Landversicherungsvertrag in Bezug auf private Krankenversicherungsverträge» eingefügt wurde, und

. Artikel 15 des Gesetzes vom 17. Juni 2007 insofern, als er auf Artikel 6 desselben Gesetzes anwendbar ist, für nichtig;

- weist die Klagen im Übrigen zurück.

Verkündet in französischer, niederländischer und deutscher Sprache, gemäß Artikel 65 des Sondergesetzes vom 6. Januar 1989 über den Verfassungsgerichtshof, in der öffentlichen Sitzung vom 31. Mai 2011.

Der Kanzler,

P.-Y. Dutilleul.

Der Vorsitzende,

R. Henneuse.