

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

[C – 2016/11432]

18 SEPTEMBER 2016. — Koninklijk besluit tot goedkeuring van het reglement van de autoriteit voor financiële diensten en markten over de deugdelijke verslagen die de dienstverleners aan hun cliënten moeten verstrekken over de verzekeringsbemiddelingsdienst die zij hun aanbieden, of de verzekeringsovereenkomsten die zij met hen hebben gesloten

FILIP, Koning der Belgen,

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

Gelet op de wet van 2 augustus 2002 betreffende het toezicht op de financiële sector en de financiële diensten, artikel 64, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 3 maart 2011;

Gelet op het koninklijk besluit van 21 februari 2014 over de regels voor de toepassing van de artikelen 27 tot 28bis van de wet van 2 augustus 2002 betreffende het toezicht op de financiële sector en de financiële diensten op de verzekeringssector, bekrachtigd bij de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen, artikel 4, 8°;

Gelet op het advies van de Raad van Toezicht, gegeven op 18 juli 2016;

Op de voordracht van de Minister van Economie en Consumenten en de Minister van Financiën,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. Het reglement van de Autoriteit voor Financiële Diensten en Markten van 2 augustus 2016 over de deugdelijke verslagen die de dienstverleners aan hun cliënten moeten verstrekken over de verzekeringsbemiddelingsdienst die zij hun aanbieden, of de verzekeringsovereenkomsten die zij met hen hebben gesloten, gevoegd bij dit besluit, wordt goedgekeurd.

Art. 2. De minister bevoegd voor Economie, de minister bevoegd voor Consumenten en de minister bevoegd voor Financiën zijn, ieder wat hem betreft, belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 18 september 2016.

FILIP

Van Koningswege :

De Vice-eersteminister en Minister van Economie en
Consumenten,
K. PEETERS

De Minister van Financiën,
J. VAN OVERTVELDT

Bijlage bij het koninklijk besluit tot goedkeuring van het reglement van de Autoriteit voor Financiële Diensten en Markten van 2 augustus 2016 over de deugdelijke verslagen die de dienstverleners aan hun cliënten moeten verstrekken over de verzekeringsbemiddelingsdienst die zij hun aanbieden, of de verzekeringsovereenkomsten die zij met hen hebben gesloten

Reglement van de Autoriteit voor Financiële Diensten en Markten van 2 augustus 2016 over de deugdelijke verslagen die de dienstverleners aan hun cliënten moeten verstrekken over de verzekeringsbemiddelingsdienst die zij hun aanbieden, of de verzekeringsovereenkomsten die zij met hen hebben gesloten

DE AUTORITEIT VOOR FINANCIËLE DIENSTEN
EN MARKTEN,

Gelet op de wet van 2 augustus 2002 betreffende het toezicht op de financiële sector en de financiële diensten, artikel 64, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 3 maart 2011;

Gelet op het koninklijk besluit van 21 februari 2014 over de regels voor de toepassing van de artikelen 27 tot 28bis van de wet van 2 augustus 2002 betreffende het toezicht op de financiële sector en de financiële diensten op de verzekeringssector, bekrachtigd bij de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen, artikel 4, 8°;

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

[C – 2016/11432]

18 SEPTEMBRE 2016. — Arrêté royal portant approbation du règlement de l'Autorité des services et marchés financiers relatif aux rapports adéquats que les prestataires de services doivent transmettre à leurs clients sur le service d'intermédiation en assurances qu'ils fournissent ou sur les contrats d'assurance souscrits auprès d'eux

PHILIPPE, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi du 2 août 2002 relative à la surveillance du secteur financier et aux services financiers, l'article 64, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 3 mars 2011 ;

Vu l'arrêté royal du 21 février 2014 relatif aux modalités d'application au secteur des assurances des articles 27 à 28bis de la loi du 2 août 2002 relative à la surveillance du secteur financier et aux services financiers, confirmé par la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, l'article 4, 8° ;

Vu l'avis du Conseil de surveillance, donné le 18 juillet 2016. ;

Sur la proposition du Ministre de l'Economie et des Consommateurs et du Ministre des Finances,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. Le règlement de l'Autorité des services et marchés financiers du 2 août 2016 relatif aux rapports adéquats que les prestataires de services doivent transmettre à leurs clients sur le service d'intermédiation en assurances qu'ils fournissent ou sur les contrats d'assurance souscrits auprès d'eux, annexé au présent arrêté, est approuvé.

Art. 2. Le ministre qui a l'Economie dans ses attributions, le ministre qui a la Protection des consommateurs dans ses attributions et le ministre qui a les Finances dans ses attributions sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 18 septembre 2016.

PHILIPPE

Par le Roi :

Le Vice-Premier Ministre et Ministre de l'Economie et des
Consommateurs,
K. PEETERS

Le Ministre des Finances,
J. VAN OVERTVELDT

Annexe à l'arrêté royal portant approbation du règlement de l'Autorité des services et marchés financiers du 2 août 2016 relatif aux rapports adéquats que les prestataires de services doivent transmettre à leurs clients sur le service d'intermédiation en assurances qu'ils fournissent ou sur les contrats d'assurance souscrits auprès d'eux

Règlement de l'Autorité des services et marchés financiers du 2 août 2016 relatif aux rapports adéquats que les prestataires de services doivent transmettre à leurs clients sur le service d'intermédiation en assurances qu'ils fournissent ou sur les contrats d'assurance souscrits auprès d'eux

L'AUTORITE DES SERVICES
ET MARCHES FINANCIERS,

Vu la loi du 2 août 2002 relative à la surveillance du secteur financier et aux services financiers, l'article 64, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 3 mars 2011 ;

Vu l'arrêté royal du 21 février 2014 relatif aux modalités d'application au secteur des assurances des articles 27 à 28bis de la loi du 2 août 2002 relative à la surveillance du secteur financier et aux services financiers, confirmé par la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, l'article 4, 8° ;

Gelet op het advies van de Raad van Toezicht, gegeven op 18 juli 2016,

Besluit :

Hoofdstuk I. — *Algemene bepalingen*

Afdeling 1. — Definities

Artikel 1. Voor de toepassing van dit reglement wordt verstaan onder:

1° “dienstverlener”: een dienstverlener als gedefinieerd in artikel 1, 11°, van het KB N1;

2° “verzekeringsonderneming”: een verzekeringsonderneming als gedefinieerd in artikel 1, 4°, van het KB N1;

3° “andere verzekeringstussenpersoon dan een verbonden verzekeringsagent”: een verzekeringstussenpersoon als gedefinieerd in artikel 1, 9°, van het KB N1;

4° “verbonden verzekeringsagent”: een verzekeringsagent als gedefinieerd in artikel 1, 8°, van het KB N1;

5° “verzekering uit de groep activiteiten “niet-leven””: een verzekering als gedefinieerd in artikel 5, 11°, van de wet van 4 april 2014;

6° “verzekering uit de groep activiteiten “leven””: een verzekering als gedefinieerd in artikel 5, 12°, van de wet van 4 april 2014;

7° “spaarverzekering”: een spaarverzekering als gedefinieerd in artikel 1, 14°, van het KB N1;

8° “beleggingsverzekering”: een beleggingsverzekering als gedefinieerd in artikel 1, 15°, van het KB N1;

9° “grote risico’s”: de risico’s als gedefinieerd in artikel 5, 39°, van de wet van 4 april 2014;

10° “duurzame drager”: een instrument als bedoeld in artikel 1, 17°, van het KB N2;

11° “wet van 4 april 2014”: de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen;

12° “KB N1”: het koninklijk besluit van 21 februari 2014 over de regels voor de toepassing van de artikelen 27 tot 28bis van de wet van 2 augustus 2002 betreffende het toezicht op de financiële sector en de financiële diensten op de verzekeringssector, bekrachtigd bij de wet van 4 april 2014;

13° “KB N2”: het koninklijk besluit van 21 februari 2014 inzake de krachtens de wet vastgestelde gedragsregels en regels over het beheer van belangenconflicten, wat de verzekeringssector betreft.

Afdeling 2. — Doel en toepassingsgebied

Art. 2. Conform artikel 4, 8°, van het KB N1 ontvangt de cliënt deugdelijke verslagen:

i) van de dienstverlener die een andere verzekeringstussenpersoon dan een verbonden verzekeringsagent is, over de verzekeringsovereenkomsten die de cliënt via zijn tussenkomst heeft gesloten;

ii) van de dienstverlener die een verzekeringsonderneming is, over de verzekeringsovereenkomsten die de cliënt rechtstreeks bij die dienstverlener en zijn verbonden verzekeringsagenten heeft gesloten.

Art. 3. Dit reglement is niet van toepassing op de deugdelijke verslagen die de dienstverleners aan hun cliënten moeten verstrekken over de volgende verzekeringsovereenkomsten:

1° de verzekeringsovereenkomsten over de dekking van grote risico’s;

2° de collectieve verzekeringsovereenkomsten die een verzekeringnemer uitsluitend heeft gesloten met het oog op de dekking van de risico’s waaraan een geheel van personen zijn blootgesteld die een band van dezelfde aard met de verzekeringnemer hebben, en die, via de verzekeringnemer, contractueel zijn toetgetreden om in aanmerking te komen voor de geboden dekking.

Vu l’avis du Conseil de surveillance, donné le 18 juillet 2016,

Arrête :

Chapitre 1^{er}. — *Dispositions générales*

Section 1^{re}. — Définitions

Article 1^{er}. Pour l’application du présent règlement, il y a lieu d’entendre par :

1° « prestataire de services » : un prestataire de services tel que défini à l’article 1, 11°, de l’AR N1 ;

2° « entreprise d’assurances » : une entreprise d’assurances telle que définie à l’article 1^{er}, 4°, de l’AR N1 ;

3° « intermédiaire d’assurances autre qu’un agent d’assurances lié » : un intermédiaire d’assurances tel que défini à l’article 1^{er}, 9°, de l’AR N1 ;

4° « agent d’assurances lié » : un agent d’assurances tel que défini à l’article 1^{er}, 8°, de l’AR N1 ;

5° « assurance du groupe d’activité « non-vie » » : une assurance telle que définie à l’article 5, 11°, de la loi du 4 avril 2014 ;

6° « assurance du groupe d’activité « vie » » : une assurance telle que définie à l’article 5, 12°, de la loi du 4 avril 2014 ;

7° « assurance d’épargne » : une assurance d’épargne telle que définie à l’article 1^{er}, 14°, de l’AR N1 ;

8° « assurance d’investissement » : une assurance d’investissement telle que définie à l’article 1^{er}, 15°, de l’AR N1 ;

9° « grands risques » : les risques définis à l’article 5, 39°, de la loi du 4 avril 2014 ;

10° « support durable » : un instrument visé à l’article 1, 17°, de l’AR N2 ;

11° « loi du 4 avril 2014 » : la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances ;

12° « AR N1 » : l’arrêté royal du 21 février 2014 relatif aux modalités d’application au secteur des assurances des articles 27 à 28bis de la loi du 2 août 2002 relative à la surveillance du secteur financier et aux services financiers, confirmé par la loi du 4 avril 2014 ;

13° « AR N2 » : l’arrêté royal du 21 février 2014 relatif aux règles de conduite et aux règles relatives à la gestion des conflits d’intérêts, fixées en vertu de la loi, en ce qui concerne le secteur des assurances.

Section 2. — Objet et champ d’application

Art. 2. Conformément à l’article 4, 8° de l’AR N1, le client reçoit des rapports adéquats :

i) de la part du prestataire de services qui est un intermédiaire d’assurances autre qu’un agent d’assurances lié, sur les contrats d’assurance que le client a souscrits par son intermédiaire ;

ii) de la part du prestataire de services qui est une entreprise d’assurances, sur les contrats d’assurance qu’il a souscrits directement auprès de ce prestataire et auprès de ses agents d’assurances liés.

Art. 3. Le présent règlement n’est pas applicable aux rapports adéquats que les prestataires de services doivent transmettre à leurs clients sur les contrats d’assurance suivants :

1° les contrats d’assurance portant sur la couverture de grands risques ;

2° les contrats d’assurance collective souscrits par un preneur d’assurance exclusivement en vue de couvrir des risques auxquels sont exposés un ensemble de personnes présentant un lien de même nature avec le preneur d’assurance et qui sont affiliés contractuellement, via le preneur d’assurance, afin de bénéficier de la couverture offerte.

Hoofdstuk II. — *Inhoud van de verslagen die de dienstverleners aan hun cliënten moeten verstrekken*

Art. 4. § 1. De verslagen die de dienstverleners aan hun cliënten moeten verstrekken, bevatten minstens de volgende elementen:

1° een algemeen overzicht van de portefeuille van verzekeringsovereenkomsten met de volgende informatie:

- i) de identificatie van de dienstverlener,
- ii) de identificatiegegevens van de verzekeringnemer (de naam, de voornamen, het adres en de geboortedatum van de verzekeringnemers-natuurlijke personen, en de benaming en het adres als de verzekeringnemer een rechtspersoon is),
- iii) de naam en voornamen van de echtgeno(o)t(e) of de wettelijk samenwonende partner van de verzekeringnemer, naargelang het geval, of de naam en voornamen van zijn kinderen, als die informatie pertinent is gelet op de aard van de via die dienstverlener gesloten lopende verzekeringsovereenkomst(en);
- iv) het aantal op 31 december van het voorbije kalenderjaar lopende verzekeringsovereenkomsten van elk type;
- v) het aantal tijdens het voorbije kalenderjaar opgezegde verzekeringsovereenkomsten van elk type;
- vi) een waarschuwing, die luidt als volgt:
 - i) als het verslag uitgaat van de in artikel 2, i), bedoelde dienstverlener: "De informatie in dit verslag betreft enkel de verzekeringsovereenkomst(en) die u via ons hebt gesloten.",
 - ii) als het verslag uitgaat van de in artikel 2, ii), bedoelde dienstverlener: "De informatie in dit verslag betreft enkel de verzekeringsovereenkomst(en) die u rechtstreeks bij onze onderneming en onze verbonden verzekeringsagenten hebt gesloten.";

2° een inventaris van de op 31 december van het voorbije kalenderjaar lopende verzekeringsovereenkomsten, waarbij een onderscheid wordt gemaakt tussen:

- A. de verzekeringen uit de groep activiteiten "niet-leven",
- B. de spaarverzekeringen,
- C. de beleggingsverzekeringen,
- D. de andere verzekeringen uit de groep activiteiten "leven" dan de spaar- en de beleggingsverzekeringen.

§ 2. De inventaris van de verzekeringsovereenkomsten bevat, voor elke overeenkomst, minstens de in artikel 5 bedoelde informatie.

In afwijking van het vorige lid kan de informatie die jaarlijks aan de betrokken cliënten moet worden gerapporteerd krachtens andere wettelijke en reglementaire bepalingen, uit de inventaris van de verzekeringsovereenkomsten worden weggelaten, als voor elke betrokken verzekeringsovereenkomst een waarschuwing wordt opgenomen die luidt als volgt:

"Dit verslag moet worden gelezen in combinatie met de informatie die u moet worden verstrekt in het kader van andere jaarlijkse rapporteringen die krachtens andere wettelijke of reglementaire bepalingen worden opgesteld."

Art. 5. § 1. Voor elke verzekering uit de groep activiteiten "niet-leven" bevat de inventaris de volgende informatie:

- i) de benaming van de overeenkomst en het nummer van de verzekeringspolis,
- ii) het type overeenkomst,
- iii) de identiteit van de verzekeringsonderneming,
- iv) de datum waarop de overeenkomst ingaat, en de vervaldatum van de overeenkomst, alsook een waarschuwing, die luidt als volgt:
 - "Behalve als u zich daar ten minste drie maanden vóór de vervaldag van de overeenkomst tegen verzet, wordt deze stilzwijgend verlengd voor op opeenvolgende periodes van één jaar.",
- v) het voorwerp van het (de) verzekerde risico(s),
- vi) de wijzigingen die tijdens het kalenderjaar in de waarborgen van de verzekeringsovereenkomst zijn aangebracht, alsook een waarschuwing die luidt als volgt:

"Dit verslag vermeldt uitsluitend de wijzigingen die tijdens het kalenderjaar in de waarborgen van de overeenkomst zijn aangebracht. Voor een volledig overzicht van de gedekte risico's wordt u verzocht de voorwaarden van de overeenkomst te raadplegen."

Chapitre II. — *Contenu des rapports que les prestataires de services doivent transmettre à leurs clients*

Art. 4. § 1^{er}. Les rapports que les prestataires de services doivent transmettre à leurs clients comportent au moins les éléments suivants :

1° un aperçu général du portefeuille des contrats d'assurance incluant les informations suivantes :

- i) l'identification du prestataire de services,
- ii) les données d'identification du preneur d'assurance (nom, prénoms, adresse et date de naissance pour les preneurs personnes physiques, et dénomination et adresse pour les preneurs personnes morales),
- iii) les nom et prénoms du conjoint ou du cohabitant légal du preneur d'assurance, selon le cas, de même que les nom et prénoms de ses enfants, si ces informations sont pertinentes compte tenu du/des type(s) de contrat(s) d'assurance en cours souscrits à l'intervention du prestataire de services,
- iv) le nombre de contrats d'assurance de chaque type, en cours au 31 décembre de l'année civile écoulée ;
- v) le nombre de contrats d'assurance de chaque type, résiliés au cours de l'année civile écoulée ;
- vi) un avertissement rédigé comme suit :
 - i) Lorsque le rapport émane du prestataire de services visé à l'article 2, i) : « Les informations de ce rapport sont limitées au(x) contrat(s) d'assurance que vous avez souscrit(s) par notre intermédiaire. »,
 - ii) Lorsque le rapport émane du prestataire de services visé à l'article 2, ii) : « Les informations de ce rapport sont limitées au(x) contrat(s) d'assurance que vous avez souscrit(s) directement auprès de notre entreprise et auprès de nos agents d'assurances liés. ».

2° un inventaire des contrats d'assurance en cours au 31 décembre de l'année civile écoulée opérant une distinction entre :

- A. les assurances du groupe d'activité « non vie »,
- B. les assurances d'épargne,
- C. les assurances d'investissement,
- D. les assurances du groupe d'activité « vie » autres que les assurances d'épargne et les assurances d'investissement.

§ 2. L'inventaire des contrats d'assurance comporte, pour chaque contrat, au moins les informations prévues à l'article 5.

Par dérogation à l'alinéa qui précède, les informations qui doivent faire l'objet d'un reporting annuel aux clients concernés, en vertu d'autres dispositions légales et réglementaires, peuvent être omises de l'inventaire des contrats à condition d'insérer, pour chaque contrat concerné, un avertissement rédigé comme suit :

« Le présent rapport doit être lu en combinaison avec les informations qui doivent vous être fournies dans le cadre des autres reportings annuels qui sont établis en vertu d'autres dispositions légales ou réglementaires. ».

Art. 5. § 1^{er}. Pour chaque assurance du groupe d'activité "non vie", l'inventaire comporte les informations suivantes :

- i) l'intitulé du contrat et le numéro de la police d'assurance,
- ii) le type de contrat,
- iii) l'identité de l'entreprise d'assurances,
- iv) la date de prise d'effet du contrat et sa date d'échéance, ainsi qu'un avertissement rédigé comme suit :
 - « A moins que vous ne vous y opposiez au moins trois mois avant l'arrivée du terme du contrat, celui-ci est reconduit tacitement pour des périodes consécutives d'un an. »,
- v) l'objet du ou des risque(s) assuré(s),
- vi) les modifications apportées aux garanties du contrat d'assurance au cours de l'année civile, ainsi qu'un avertissement rédigé comme suit :

« le présent rapport mentionne uniquement les modifications apportées aux garanties du contrat au cours de l'année civile écoulée. Pour un aperçu complet des risques couverts, vous êtes invité à consulter les conditions du contrat. »,

vii) de verzekerde bedragen wanneer de verzekeringnemer ter zake een keuze heeft gemaakt, of, als de verzekeringnemer ter zake geen keuze heeft gemaakt, een waarschuwing die luidt als volgt:

“Dit verslag vermeldt uitsluitend de verzekerde bedragen waarvoor u een keuze hebt gemaakt. Voor meer informatie over de andere verzekerde bedragen wordt u verzocht de voorwaarden van de overeenkomst te raadplegen.”,

viii) het totaalbedrag van de tijdens het voorbije kalenderjaar gestorte premies,

ix) het bedrag en het soort franchise dat van toepassing is wanneer de verzekeringnemer ter zake een keuze heeft gemaakt, of, als de verzekeringnemer dat niet heeft gedaan, een waarschuwing die luidt als volgt:

“Dit verslag vermeldt uitsluitend de franchises waarvoor u een keuze hebt gemaakt. Gelieve de voorwaarden van de overeenkomst te raadplegen voor meer informatie over de andere franchises.”,

x) het aantal tijdens het voorbije kalenderjaar aangegeven schadegevallen,

xi) de bedragen die tijdens het voorbije kalenderjaar aan de verzekeringnemer of aan derden zijn gestort ter uitvoering van de overeenkomst, behalve als de aan derden gestorte bedragen ter uitvoering van een verplichte verzekeringsovereenkomst zijn gestort.

§ 2. Voor elke spaarverzekering bevat de inventaris de volgende informatie:

i) de benaming van de overeenkomst en het nummer van de verzekeringspolis,

ii) het type overeenkomst,

iii) de identiteit van de verzekeringsonderneming,

iv) de identiteit van de verzekerde,

v) de begunstigde(n) van de overeenkomst, met vermelding van:

a) de identificatiegegevens van de begunstigde(n) (naam en voor-naam of, als het een rechtspersoon betreft, benaming), als de dienstverlener over die informatie beschikt, of

b) als de sub a) bedoelde informatie niet beschikbaar is, het(de) criterium(criteria) dat(die) het mogelijk maakt(maken) de begunstigde(n) te identificeren, als de dienstverlener over die informatie beschikt, tenzij het(de) betrokken criterium(criteria) in een notariële akte werd(en) vastgelegd, of

c) als de sub a) bedoelde informatie niet beschikbaar is, en het(de) sub b) criterium(criteria) in een notariële akte werd(en) vastgelegd, de verwijzing naar de betrokken notariële akte als de dienstverlener over die informatie beschikt, of

d) als punten a), b) en c) niet van toepassing zijn, de vermelding “niet beschikbaar”.

In de sub b) en c) bedoelde gevallen voegt de dienstverlener een waarschuwing toe die luidt als volgt:

“Wij beschikken niet over informatie die het mogelijk maakt de begunstigde(n) van de overeenkomst bij naam te identificeren. Gelieve te controleren of uw eerder gemaakte keuze van begunstigde(n) nog aansluit bij uw huidige situatie.”,

vi) de datum waarop de overeenkomst ingaat, en de vervaldatum van de overeenkomst,

vii) het totaalbedrag van de tijdens het voorbije kalenderjaar gestorte premies,

viii) het gewaarborgde rendement voor de tijdens het voorbije kalenderjaar gestorte premies,

ix) het tijdens het voorbije kalenderjaar aan de overeenkomst toegekende bedrag van de winstdeelneming,

x) de afkoopwaarde van de overeenkomst op 31 december van het voorbije kalenderjaar.

§ 3. Voor elke beleggingsverzekering bevat de inventaris de volgende informatie:

i) de benaming van de overeenkomst en het nummer van de verzekeringspolis,

ii) het type overeenkomst,

iii) de identiteit van de verzekeringsonderneming,

iv) de identiteit van de verzekerde,

v) de begunstigde(n) van de overeenkomst, met vermelding van:

vii) les montants assurés lorsque ces montants ont fait l’objet d’un choix de la part du preneur d’assurance ou, si ces montants n’ont pas fait l’objet d’un choix de la part du preneur d’assurance, un avertissement rédigé comme suit :

« le présent rapport mentionne uniquement les montants assurés ayant fait l’objet d’un choix de votre part. Pour prendre connaissance des autres montants assurés, vous êtes invité à consulter les conditions du contrat. »,

viii) le montant total des primes versées au cours de l’année civile écoulée,

ix) le montant et le type de franchise applicable lorsque cette franchise a fait l’objet d’un choix de la part du preneur d’assurance ou, si les franchises n’ont pas fait l’objet d’un choix de la part du preneur d’assurance, un avertissement rédigé comme suit :

« le présent rapport mentionne uniquement les franchises ayant fait l’objet d’un choix de votre part. Pour prendre connaissance des autres franchises, vous êtes invité à consulter les conditions du contrat. »

x) le nombre de sinistres déclarés au cours de l’année civile écoulée,

xi) les montants versés au preneur ou à des tiers en exécution du contrat au cours de l’année civile écoulée, sauf si les montants versés à des tiers l’ont été en exécution d’un contrat d’assurance obligatoire.

§ 2. Pour chaque assurance d’épargne, l’inventaire comporte les informations suivantes :

i) l’intitulé du contrat et le numéro de la police d’assurance,

ii) le type de contrat,

iii) l’identité de l’entreprise d’assurances,

iv) l’identité de l’assuré,

v) le(s) bénéficiaire(s) du contrat, en indiquant :

a) les données d’identification (nom et prénom ou dénomination s’il s’agit d’une personne morale) du ou des bénéficiaires si le prestataire de services dispose de cette information, ou

b) à défaut de disposer de l’information visée sous a), le(s) critère(s) permettant d’identifier le(s) bénéficiaire(s) si le prestataire de services dispose de cette information, à moins que le(s) critère(s) concernés n’ait(en)t été établi(s) dans un acte notarié, ou

c) à défaut de disposer de l’information visée sous a) et lorsque le(s) critère(s) visé(s) sous b) a(ont) été établi(s) dans un acte notarié, la référence à cet acte notarié si le prestataire dispose de cette information, ou

d) si les points a), b) et c) ne sont pas applicables, la mention « non disponible ».

Dans les cas visés sous b) et c), le prestataire ajoute un avertissement rédigé comme suit :

« Nous ne disposons pas des informations permettant d’identifier nommément le(s) bénéficiaire(s) du contrat. Vous êtes invité à vérifier que le(s) bénéficiaire(s) que vous avez choisi(s) correspond(ent) toujours à votre situation actuelle. »,

vi) la date de prise d’effet du contrat et sa date d’échéance,

vii) le montant total des primes versées au cours de l’année civile écoulée,

viii) le rendement garanti pour les primes versées au cours de l’année civile écoulée,

ix) le montant de la participation bénéficiaire attribuée au contrat au cours de l’année civile écoulée,

x) la valeur de rachat du contrat au 31 décembre de l’année civile écoulée.

§ 3. Pour chaque assurance d’investissement, l’inventaire comporte les informations suivantes :

i) l’intitulé du contrat et le numéro de la police d’assurance,

ii) le type de contrat,

iii) l’identité de l’entreprise d’assurances,

iv) l’identité de l’assuré,

v) le(s) bénéficiaire(s) du contrat, en indiquant :

a) de identificatiegegevens van de begunstigde(n) (naam en voor-naam of, als het een rechtspersoon betreft, benaming), als de dienstverlener over die informatie beschikt, of

b) als de sub a) bedoelde informatie niet beschikbaar is, het(de) criterium(criteria) dat(die) het mogelijk maakt(maken) de begunstigde(n) te identificeren, als de dienstverlener over die informatie beschikt, tenzij het(de) betrokken criterium(criteria) in een notariële akte werd(en) vastgelegd, of

c) als de sub a) bedoelde informatie niet beschikbaar is, en het(de) sub b) criterium(criteria) in een notariële akte werd(en) vastgelegd, de verwijzing naar de betrokken notariële akte als de dienstverlener over die informatie beschikt, of

d) als punten a), b) en c) niet van toepassing zijn, de vermelding “niet beschikbaar”.

In de sub b) en c) bedoelde gevallen voegt de dienstverlener een waarschuwing toe die luidt als volgt:

“Wij beschikken niet over informatie die het mogelijk maakt de begunstigde(n) van de overeenkomst bij naam te identificeren. Gelieve te controleren of uw eerder gemaakte keuze van begunstigde(n) nog aansluit bij uw huidige situatie.”,

vi) de datum waarop de overeenkomst ingaat, en de vervaldatum van de overeenkomst,

vii) het totaalbedrag van de tijdens het voorbije kalenderjaar gestorte premies,

viii) het aantal eenheden van het beleggingsfonds die de belegging vertegenwoordigen die is uitgevoerd sinds de datum waarop de overeenkomst is ingegaan,

ix) de netto-inventariswaarde van het beleggingsfonds op 31 december van het voorbije kalenderjaar,

x) de waarde van de overeenkomst op 31 december van het voorbije kalenderjaar, alsook de vermelding dat die waarde werd berekend door vermenigvuldiging van de netto-inventariswaarde met het aantal rechten van deelneming als bedoeld sub vii).

§ 4. Voor elke andere verzekering uit de groep activiteiten “leven” dan de spaar- en de beleggingsverzekeringen bevat de inventaris de volgende informatie:

i) de benaming van de overeenkomst en het nummer van de verzekeringspolis,

ii) het type overeenkomst,

iii) de identiteit van de verzekeringsonderneming,

iv) de identiteit van de verzekerde,

v) de begunstigde(n) van de overeenkomst, met vermelding van:

a) de identificatiegegevens van de begunstigde(n) (naam en voor-naam of, als het een rechtspersoon betreft, benaming), als de dienstverlener over die informatie beschikt, of

b) als de sub a) bedoelde informatie niet beschikbaar is, het(de) criterium(criteria) dat(die) het mogelijk maakt(maken) de begunstigde(n) te identificeren, als de dienstverlener over die informatie beschikt, tenzij het(de) betrokken criterium(criteria) in een notariële akte werd(en) vastgelegd, of

c) als de sub a) bedoelde informatie niet beschikbaar is, en het(de) sub b) criterium(criteria) in een notariële akte werd(en) vastgelegd, de verwijzing naar de betrokken notariële akte als de dienstverlener over die informatie beschikt, of

d) als punten a), b) en c) niet van toepassing zijn, de vermelding “niet beschikbaar”.

In de sub b) en c) bedoelde gevallen, voegt de dienstverlener een waarschuwing toe die luidt als volgt:

“Wij beschikken niet over informatie die het mogelijk maakt de begunstigde(n) van de overeenkomst bij naam te identificeren. Gelieve te controleren of uw eerder gemaakte keuze van begunstigde(n) nog aansluit bij uw huidige situatie.”,

vi) de datum waarop de overeenkomst ingaat, en de vervaldatum van de overeenkomst,

vii) het totaalbedrag van de tijdens het voorbije kalenderjaar gestorte premies,

viii) het verzekerde bedrag op 31 december van het voorbije kalenderjaar,

ix) de afkoopwaarde van de overeenkomst op 31 december van het voorbije kalenderjaar.

a) les données d’identification (nom et prénom ou dénomination s’il s’agit d’une personne morale) du ou des bénéficiaires si le prestataire de services dispose de cette information, ou

b) à défaut de disposer de l’information visée sous a), le(s) critère(s) permettant d’identifier le(s) bénéficiaire(s) si le prestataire de services dispose de cette information, à moins que le(s) critère(s) concernés n’ai(en)t été établi(s) dans un acte notarié, ou

c) à défaut de disposer de l’information visée sous a) et lorsque le(s) critère(s) visé(s) sous b) a(ont) été établi(s) dans un acte notarié, la référence à cet acte notarié si le prestataire dispose de cette information, ou

d) si les points a), b) et c) ne sont pas applicables, la mention « non disponible ».

Dans les cas visés sous b) et c), le prestataire ajoute un avertissement rédigé comme suit :

« Nous ne disposons pas des informations permettant d’identifier nommément le(s) bénéficiaire(s) du contrat. Vous êtes invité à vérifier que le(s) bénéficiaire(s) que vous avez choisi(s) correspond (ent) toujours à votre situation actuelle. »,

vi) la date de prise d’effet du contrat et sa date d’échéance,

vii) le montant total des primes versées au cours de l’année civile écoulée,

viii) le nombre d’unités du fonds d’investissement qui représentent l’investissement effectué depuis la date de prise d’effet du contrat,

ix) la valeur nette d’inventaire du fonds d’investissement au 31 décembre de l’année civile écoulée,

x) la valeur du contrat au 31 décembre de l’année civile écoulée, ainsi que la précision que cette valeur a été calculée en multipliant la valeur nette d’inventaire par le nombre de parts visée sous le point vii).

§ 4. Pour chaque assurance du groupe d’activité « vie » autres que les assurances d’épargne et les assurances d’investissement, l’inventaire comporte les informations suivantes :

i) l’intitulé du contrat et le numéro de la police d’assurance,

ii) le type de contrat,

iii) l’identité de l’entreprise d’assurances,

iv) l’identité de l’assuré,

v) le(s) bénéficiaire(s) du contrat, en indiquant :

a) les données d’identification (nom et prénom ou dénomination s’il s’agit d’une personne morale) du ou des bénéficiaires si le prestataire de services dispose de cette information, ou

b) à défaut de disposer de l’information visée sous a), le(s) critère(s) permettant d’identifier le(s) bénéficiaire(s) si le prestataire de services dispose de cette information, à moins que le(s) critère(s) concernés n’ai(en)t été établi(s) dans un acte notarié, ou

c) à défaut de disposer de l’information visée sous a) et lorsque le(s) critère(s) visé(s) sous b) a(ont) été établi(s) dans un acte notarié, la référence à cet acte notarié si le prestataire dispose de cette information, ou

d) si les points a), b) et c) ne sont pas applicables, la mention « non disponible ».

Dans les cas visés sous b) et c), le prestataire ajoute un avertissement rédigé comme suit :

« Nous ne disposons pas des informations permettant d’identifier nommément le(s) bénéficiaire(s) du contrat. Vous êtes invité à vérifier que le(s) bénéficiaires que vous avez choisi(s) correspond (ent) toujours à votre situation actuelle. »,

vi) la date de prise d’effet du contrat et sa date d’échéance,

vii) le montant total des primes versées au cours de l’année civile écoulée,

viii) Le montant assuré au 31 décembre de l’année civile écoulée,

ix) la valeur de rachat du contrat au 31 décembre de l’année civile écoulée.

Hoofdstuk III. — *Vorm van de verslagen die de dienstverleners aan hun cliënten moeten verstrekken*

Art. 6. Elke dienstverlener ziet erop toe dat de verslagen die hij aan zijn cliënten overlegt, bondig en nauwkeurig zijn, zodat de cliënten snel een volledig overzicht van de betrokken verzekeringsovereenkomsten krijgen. Bovendien dienen de verslagen in een duidelijke en begrijpelijke taal te worden opgesteld.

Hoofdstuk IV. — *Modaliteiten voor de verstrekking van de verslagen aan de cliënten*

Art. 7. § 1. Onverminderd artikel 8, tweede lid, moeten de verslagen over een bepaald kalenderjaar jaarlijks en uiterlijk op 31 maart van het volgende jaar aan de cliënten worden verstrekt.

§ 2. De verslagen moeten gratis aan de cliënten worden verstrekt op een duurzame drager.

Een andere duurzame drager dan papier is enkel toegestaan als:

a) de verstrekking van de verslagen op die drager past in de context waarin de dienstverlener zakendoet met de cliënt;

en

b) de cliënt, na de keuze te hebben gekregen om de verslagen op papier dan wel op die andere duurzame drager te ontvangen, er specifiek voor heeft geopteerd om de verslagen op die andere duurzame drager te ontvangen.

De cliënt die ervoor heeft geopteerd om de verslagen op een andere duurzame drager dan papier te ontvangen, moet deze jaarlijks van de dienstverlener in kennis worden gesteld van de procedure die hij ter zake dient te volgen, als deze hem vraagt te kiezen tussen de verstrekking van de verslagen op papier of op een andere duurzame drager dan papier. Die mogelijkheid moet de cliënt in herinnering worden gebracht telkens wanneer hem een verslag op een andere duurzame drager dan papier wordt verstrekt.

Behalve wanneer de duurzame drager met het verslag persoonlijk aan de cliënt wordt verstrekt of geadresseerd, moet deze jaarlijks van de dienstverlener een waarschuwing ontvangen die hem meedeelt dat het verslag beschikbaar is en waar het precies beschikbaar is en waarin hij wordt verzocht dat verslag te raadplegen.

Voor de toepassing van dit besluit zal de verstrekking van het verslag via elektronische communicatiekanalen worden geacht aangepast te zijn aan de context waarin de dienstverlener zakendoet met de cliënt, als wordt bewezen dat de cliënt regelmatig toegang heeft tot internet. De mededeling door de cliënt van een e-mailadres als communicatiekanaal voor het zakendoen, zal als een bewijs van die regelmatige toegang tot internet worden beschouwd.

Hoofdstuk V. — *Slotbepalingen*

Art. 8. Dit reglement is voor het eerst van toepassing op de verslagen over het kalenderjaar 2017.

In afwijking van artikel 7, § 1, moet het verslag over het kalenderjaar 2017 uiterlijk op 31 december 2018 aan de cliënten worden verstrekt.

Art. 9. Dit reglement treedt in werking op de dag waarop het koninklijk besluit tot goedkeuring ervan in werking treedt.

Brussel, 2 augustus 2016.

De Voorzitter,
Jean-Paul SERVAIS

Gezien om gevoegd te worden bij Ons besluit van 18 september 2016 tot goedkeuring van het reglement van de Autoriteit voor Financiële Diensten en Markten van 2 augustus 2016 over de deugdelijke verslagen die de dienstverleners aan hun cliënten moeten verstrekken over de verzekeringsbemiddelingsdienst die zij hun aanbieden, of de verzekeringsovereenkomsten die zij met hen hebben gesloten.

FILIP

Van Koningswege :

De Vice-eersteminister en Minister van Economie en Consumenten,
K. PEETERS

De Minister van Financiën,
J. VAN OVERTVELDT

Chapitre III. — *Forme des rapports que les prestataires de services doivent transmettre à leurs clients*

Art. 6. Chaque prestataire de services veille à ce que les rapports transmis à ses clients soient succincts et précis, de manière à donner aux clients un aperçu rapide et complet des contrats d'assurance concernés. Les rapports sont par ailleurs rédigés dans un langage clair et compréhensible.

Chapitre IV. — *Modalités de transmission des rapports aux clients*

Art. 7. § 1. Sans préjudice de l'article 8, alinéa 2, les rapports relatifs à une année civile déterminée doivent être transmis annuellement aux clients, au plus tard le 31 mars de l'année qui suit.

§ 2. Les rapports doivent être transmis gratuitement aux clients sur un support durable.

Un support durable autre que le papier n'est admis qu'à la condition que :

a) la fourniture des rapports sur ce support soit adaptée au contexte dans lequel sont conduites les affaires entre le prestataire de services et le client;

et

b) le client, après s'être vu proposer le choix entre la fourniture des rapports sur papier ou cet autre support durable, opte spécifiquement pour la fourniture des rapports sur cet autre support.

Le client qui a opté pour la fourniture des rapports sur un support durable autre que le papier doit avoir la possibilité de modifier son choix ultérieurement. Il doit être informé par le prestataire de services de la procédure à suivre à cet effet lorsque celui-ci lui propose de choisir entre la fourniture des rapports sur papier ou sur un support durable autre que le papier. Cette possibilité doit également lui être rappelée lors de la transmission de chaque rapport sur un support durable autre que le papier.

Sauf si le support durable comportant le rapport est personnellement remis ou adressé au client, ce dernier doit recevoir annuellement du prestataire de services un avertissement l'informant que le rapport est disponible et l'invitant à le consulter en rappelant au client où l'information est accessible.

Pour l'application du présent arrêté, la fourniture du rapport au moyen de communications électroniques sera considérée comme adaptée au contexte dans lequel sont conduites les affaires entre le prestataire de services et le client s'il est prouvé que le client a un accès régulier à l'internet. La fourniture par le client d'une adresse électronique comme moyen de communication aux fins de la conduite de ces affaires sera interprétée comme une preuve de cet accès régulier.

Chapitre V. — *Dispositions finales*

Art. 8. Le présent règlement est applicable pour la première fois aux rapports relatifs à l'année civile 2017.

Par dérogation à l'article 7, § 1^{er}, le rapport relatif à l'année civile 2017 doit être transmis aux clients au plus tard le 31 décembre 2018.

Art. 9. Le présent règlement entre en vigueur à la date d'entrée en vigueur de l'arrêté royal qui l'approuve.

Bruxelles, le 2 août 2016.

Le Président,
Jean-Paul SERVAIS

Vu pour être annexé à Notre arrêté du 18 septembre 2016 portant approbation du règlement de l'Autorité des services et marchés financiers du 2 août 2016 relatif aux rapports adéquats que les prestataires de services doivent transmettre à leurs clients sur le service d'intermédiation en assurances qu'ils fournissent ou sur les contrats d'assurance souscrits auprès d'eux.

PHILIPPE

Par le Roi :

Le Vice-Premier Ministre et Ministre de l'Economie et des Consommateurs,
K. PEETERS

Le Ministre des Finances,
J. VAN OVERTVELDT

Toelichtende nota bij het reglement van de Autoriteit voor Financiële Diensten en Markten over de deugdelijke verslagen die de dienstverleners aan hun cliënten moeten verstrekken over de verzekeringsbemiddelingsdienst die zij hun aanbieden, of de verzekeringsovereenkomsten die zij met hen hebben gesloten

I. Toelichting bij het wettelijk kader

Dit reglement van de FSMA geeft uitvoering aan artikel 4, 8°, van het koninklijk besluit van 21 februari 2014 over de regels voor de toepassing van de artikelen 27 tot 28bis van de wet van 2 augustus 2002 betreffende het toezicht op de financiële sector en de financiële diensten op de verzekeringssector (hierna "KB N1").

Volgens die bepaling dient de cliënt van de dienstverlener deugdelijke verslagen te ontvangen over, naargelang het geval, (a) de verzekeringsbemiddelingsdienst die hij hem aanbiedt, of (b) de verzekeringsovereenkomsten die hij met hem heeft gesloten.

Artikel 4, 8°, van het KB N1 voorziet in de mogelijkheid voor de FSMA om een reglement goed te keuren waarin de inhoud en de vorm van die verslagen, alsook de modaliteiten voor de verstrekking ervan worden verduidelijkt. Dat is het doel van dit reglement.

Conform artikel 49, § 3, van de wet van 2 augustus 2002 betreffende het toezicht op de financiële sector en de financiële diensten heeft de Raad van Toezicht van de FSMA op 18 juli 2016 zijn advies verleend.

II. Toelichting bij het reglement

Dit reglement verduidelijkt de inhoud, de vorm en de modaliteiten voor de verstrekking van de verslagen die de cliënten jaarlijks moeten ontvangen over de door hen gesloten verzekeringsovereenkomsten.

De verslagen moeten aan de cliënten worden verstrekt door de dienstverlener met of via wie zij die verzekeringsovereenkomsten hebben gesloten (artikel 2 van het reglement). Als de cliënt één of meer verzekeringsovereenkomsten rechtstreeks met een verzekeringsonderneming of met een van haar verbonden agenten sluit, zal de rapportering over die overeenkomst(en) door de verzekeringsonderneming moeten worden verricht. Als de cliënt een beroep doet op een andere verzekeringsstussenpersoon dan een verbonden verzekeringsagent om één of meer verzekeringsovereenkomsten te sluiten, zal de rapportering over die overeenkomst(en) door die verzekeringsstussenpersoon moeten worden verricht. Zo zal een makelaar instaan voor de rapportering over alle via hem gesloten overeenkomsten. Artikel 4, 8°, van het KB N1 bepaalt immers dat de dienstverlener aan de cliënt verslagen moet verstrekken over, naargelang het geval, (a) de verzekeringsbemiddelingsdienst die hij de cliënt aanbiedt, of (b) de verzekeringsovereenkomsten die hij met de cliënt heeft gesloten. Bij een andere verzekeringsstussenpersoon dan een verbonden verzekeringsagent (zoals een verzekeringsmakelaar) zal het onder sub (a) bedoelde verslag over de verzekeringsbemiddelingsdienst betrekking hebben op de via hem gesloten verzekeringsovereenkomsten.

De verzekeringnemers zullen, in voorkomend geval, dus verschillende afzonderlijke verslagen ontvangen die zij samen zullen moeten bekijken om een totaalbeeld te krijgen van hun portefeuille van verzekeringsovereenkomsten. Dat is de reden waarom in de verslagen een waarschuwing zal moeten worden opgenomen, om de aandacht vestigen op hun, in voorkomend geval beperkte, draagwijdte.

Het reglement sluit bepaalde verzekeringsovereenkomsten uit zijn toepassingsgebied uit (artikel 3 van het reglement). Zo worden verzekeringsovereenkomsten over de dekking van grote risico's en collectieve verzekeringsovereenkomsten uitgesloten. De FSMA is immers van oordeel dat het niet nodig is om de inhoud, de vorm en de modaliteiten voor de verstrekking van de verslagen over dergelijke verzekeringsovereenkomsten te verduidelijken. De algemene verplichting om deugdelijke verslagen aan de cliënten over te leggen over dergelijke overeenkomsten, blijft krachtens het KB N1 echter bestaan. Er moet worden opgemerkt dat hier met "collectieve verzekering" wordt verwezen naar de overeenkomsten die een verzekeringnemer heeft gesloten met het oog op de dekking van de risico's waaraan een geheel van personen zijn blootgesteld die een band van dezelfde aard hebben met de verzekeringnemer, en die, via de verzekeringnemer, contractueel zijn geaffilieerd om in aanmerking te komen voor de geboden dekking. Hier wordt onder andere gedacht aan een werkgever die een verzekeringsovereenkomst sluit om de door zijn werknemers gelopen risico's (ongevallen, hospitalisatie) te dekken, aan de sportclub die een verzekeringsovereenkomst sluit om de door haar leden gelopen risico's (ongevallen) te dekken, aan de aanbieder van mobiele telefonie die verzekeringsovereenkomsten sluit om de door zijn cliënten gelopen risico's (verlies of beschadiging van mobiele telefoons) te dekken, enz. Daarbij doet het er niet toe of de verzekerden automatisch door de collectieve verzekering zijn gedekt, dan wel of zij die verzekering

Note explicative jointe au règlement de l'Autorité des services et marchés financiers relatif aux rapports adéquats que les prestataires de services doivent transmettre à leurs clients sur le service d'intermédiation en assurances qu'ils fournissent ou sur les contrats d'assurance souscrits auprès d'eux

I. Commentaire concernant le cadre légal

Le présent règlement de la FSMA met en œuvre l'article 4, 8° de l'arrêté royal du 21 février 2014 relatif aux modalités d'application au secteur des assurances des articles 27 à 28bis de la loi du 2 août 2002 relative à la surveillance du secteur financier et aux services financiers (ci-après l'« AR N1 »).

En vertu de cette disposition, le client doit recevoir du prestataire de services des rapports adéquats sur, selon les cas, (a) le service d'intermédiation en assurances que le prestataire lui fournit ou (b) les contrats d'assurance que le client a souscrits auprès de lui.

L'article 4, 8° de l'AR N1 prévoit la possibilité pour la FSMA d'adopter un règlement précisant le contenu et la forme de ces rapports, ainsi que leurs modalités de transmission. Tel est l'objet du présent règlement.

Conformément à l'article 49, § 3, de la loi du 2 août 2002 relative à la surveillance du secteur financier et aux services financiers, le Conseil de surveillance de la FSMA a rendu son avis le 18 juillet 2016.

II. Commentaire concernant le règlement

Le présent règlement précise le contenu, la forme et les modalités de transmission des rapports que les clients doivent recevoir annuellement à propos des contrats d'assurance qu'ils ont souscrits.

Les rapports doivent être transmis aux clients par le prestataire de services avec lequel ou par l'intermédiaire duquel ils ont souscrit leurs contrats d'assurance (article 2 du règlement). Si le client a souscrit un ou plusieurs contrats d'assurance directement auprès d'une entreprise d'assurances ou auprès d'un de ses agents d'assurances liés, le reporting sur ce(s) contrat(s) devra être effectué par l'entreprise d'assurances. Si le client s'est adressé à un intermédiaire d'assurances autre qu'un agent d'assurances lié pour souscrire un ou plusieurs contrats d'assurance, le reporting sur ce(s) contrat(s) devra être effectué par cet intermédiaire. Ainsi, un courtier devra effectuer le reporting relatif à tous les contrats souscrits par son intermédiaire. L'article 4, 8° de l'AR N1 dispose en effet que le prestataire de services fournit au client des rapports sur, selon le cas, (a) le service d'intermédiation qu'il lui fournit ou (b) les contrats que le client a souscrits auprès de lui. Dans le cas d'un intermédiaire d'assurances autre qu'un agent d'assurances lié (tel le courtier d'assurances), le rapport sur le service d'intermédiation visé sous (a) portera sur les contrats d'assurance souscrits par son intermédiaire.

Les preneurs d'assurance recevront donc le cas échéant plusieurs rapports distincts, qu'ils devront examiner conjointement afin d'avoir une vue globale de leur portefeuille de contrats d'assurance. C'est la raison pour laquelle un avertissement devra être inséré dans les rapports, afin d'attirer l'attention sur leur portée, le cas échéant limitée.

Le règlement exclut certains contrats d'assurance de son champ d'application (article 3 du règlement). C'est le cas des contrats d'assurance portant sur la couverture de grands risques, de même que des contrats d'assurance collective. La FSMA estime en effet qu'il n'est pas nécessaire de préciser le contenu, la forme et les modalités de transmission des rapports portant sur de tels contrats d'assurance. L'obligation générale de transmettre aux clients des rapports adéquats sur ces contrats subsiste néanmoins en vertu de l'AR N1. A noter que par « assurance collective », l'on entend ici les contrats souscrits par un preneur d'assurance en vue de couvrir des risques auxquels sont exposés un ensemble de personnes présentant un lien de même nature avec le preneur d'assurance et qui sont affiliés contractuellement, via le preneur d'assurance, afin de bénéficier de la couverture offerte. On pense notamment à l'employeur qui souscrit un contrat d'assurance afin de couvrir des risques (accident, hospitalisation) auxquels sont exposés ses employés, au club sportif qui souscrit un contrat d'assurance afin de couvrir des risques (accidents) auxquels ses membres sont exposés, à l'opérateur de téléphonie mobile qui souscrit des contrats afin de couvrir les risques (perte ou de détérioration des téléphones mobiles) auxquels sont exposés ses clients, etc. Peu importe que les assurés soient automatiquement couverts par l'assurance collective ou qu'ils doivent adhérer expressément à celle-ci. A noter que les contrats d'assurance qui visent à couvrir à la fois des risques auxquels le preneur d'assurance est exposé et des risques auxquels sont exposés

expliciet moeten onderschrijven. Te noteren valt dat de verzekeringsovereenkomsten die tegelijkertijd de door de verzekeringnemer gelopen risico's en de door derden gelopen risico's dekken, niet door die uitsluiting worden gevisieerd. Het gaat daarbij immers niet om collectieve verzekeringsovereenkomsten in de zin van dit reglement.

Ter herinnering: de levensverzekeringsovereenkomsten die in het kader van de eerste of de tweede pensioenpijler worden afgesloten, vallen buiten het toepassingsgebied van de gedragsregels vervat in artikel 27 tot 28bis van de wet van 2 augustus 2002 betreffende het toezicht op de financiële sector en de financiële diensten (zoals verduidelijkt door het KB N1). De huidige rapportering is dus niet van toepassing op deze overeenkomsten, aangezien die ter uitvoering van voornoemde gedragsregels wordt vastgesteld.

Dit reglement is van toepassing onverminderd de regels in andere wetteksten of reglementeringen, zoals de regels die andere rapporteringen aan de cliënten opleggen (bv. de artikelen 19 en 20 van het koninklijk besluit van 14 november 2003 betreffende de levensverzekeringsactiviteit) of ook de regels ter omkadering van de informatieverstrekking aan de cliënten (bv. de verplichting om informatie te verstrekken die correct, duidelijk en niet misleidend is, als bedoeld in artikel 26, tweede lid, van de wet van 2 augustus 2002 betreffende het toezicht op de financiële sector en de financiële diensten, artikel 277, § 1, eerste lid, van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen, en artikel 27, § 2, van voornoemde wet van 2 augustus 2002 juncto artikel 4, 1°, van het KB N1).

Om echter te voorkomen dat dezelfde informatie verschillende keren aan de cliënt zou worden verstrekt, bepaalt het reglement dat de informatie die jaarlijks aan de cliënt moet worden verstrekt krachtens andere wettelijke of reglementaire bepalingen, kan worden weggelaten uit de jaarlijkse rapportering die met toepassing van artikel 4, 8°, van het KB N1 wordt verricht (op voorwaarde dat daarover in het verslag een waarschuwing wordt ingelast) (artikel 4, § 2, van het reglement). Hier wordt de informatie gevisieerd die wordt verstrekt in het strikte en beperkte kader van andere jaarlijkse rapporteringen waarin door of krachtens een wet of een Europese verordening wordt voorzien, zoals de rapportering over de levensverzekeringsovereenkomsten die wordt verricht conform de artikelen 19 en 20 van het koninklijk besluit van 14 november 2003 betreffende de levensverzekeringsactiviteit. Zo zal een verzekeringsmakelaar uit zijn rapportering bepaalde informatie kunnen weglaten die de verzekeringsonderneming moet vermelden in de rapportering die zij krachtens de artikelen 19 en 20 van dat koninklijk besluit moet verrichten. Hij zal niet moeten nagaan of de verzekeringsonderneming die rapportering correct heeft verricht. Daarentegen zal hij wel moeten nagaan of de betrokken levensverzekeringsovereenkomst wel degelijk in die rapportering aan bod komt, en zal hij erop moeten toezien uit zijn rapportering enkel die informatie weg te laten die al in die andere rapporteringen moet worden vermeld. De door dit reglement voorgeschreven rapportering dient, met andere woorden, altijd te worden opgesteld en overgemaakt aan de cliënt. Enkel de gegevens die het voorwerp uitmaken van een andere rapportering, kunnen worden weggelaten (mits vermelding van een waarschuwing), dit om de dubbele informatieverstrekking en werkoverlast voor de dienstverleners te vermijden.

Die mogelijkheid om informatie weg te laten die in een andere rapportering aan bod moet komen, zou ook kunnen gelden voor de rapportering die in de toekomst zal moeten worden verricht krachtens de bepalingen die artikel 30.5 van Richtlijn (EU) 2016/97 van 20 januari 2016 betreffende verzekeringsdistributie (vanaf het moment waarop die rapportering effectief zal worden en rekening houdend met de verduidelijkingen die ter zake zullen worden verstrekt in de gedelegeerde handelingen die momenteel worden besproken) in Belgisch recht omzetten. Daarentegen stelt het feit dat bepaalde informatie die, krachtens dit reglement, in de jaarlijkse rapportering moet worden opgenomen, reeds in een ander kader aan de cliënt werd verstrekt (in een vervaldagbericht van een verzekeringsovereenkomst of in een brief die bij de afhandeling van een schadegeval wordt verstuurd), de dienstverlener geenszins vrij van vermelding van die informatie in de jaarlijkse rapportering.

Wat de inhoud van de te verstrekken informatie betreft, bepaalt het reglement dat het verslag uit twee afzonderlijke delen moet bestaan:

1° een eerste deel waarin een algemeen overzicht moet worden gegeven van de portefeuille van verzekeringsovereenkomsten die met of via de dienstverlener zijn gesloten. Dat algemene overzicht bevat identificatiegegevens, alsook het aantal op 31 december van het betrokken jaar lopende overeenkomsten en het aantal tijdens dat jaar vervallen overeenkomsten.

des tiers ne sont pas visés par cette exclusion. Dans ce cas, il ne s'agit en effet pas de contrats d'assurance collective au sens du présent règlement.

Pour rappel, les contrats d'assurance-vie conclus dans le cadre du 1^{er} ou du 2^{ème} pilier de pension sont exclus du champ d'application des règles de conduite prévues aux articles 27 à 28bis de la loi du 2 août 2002 relative à la surveillance du secteur financier et aux services financiers, tels que précisés par l'AR N1. Ces contrats ne sont donc pas concernés par le présent reporting, lequel est mis en place en exécution des règles de conduite susmentionnées.

Le présent règlement s'applique sans préjudice des règles prévues dans d'autres législations ou réglementations, telles que les règles imposant d'autres reportings aux clients (par exemple les articles 19 et 20 de l'arrêté royal du 14 novembre 2003 relatif à l'activité d'assurance sur la vie) ou encore les règles encadrant la fourniture d'informations aux clients (par exemple l'obligation de fournir des informations correctes, claires et non trompeuses, prévue à l'article 26, alinéa 2, de la loi du 2 août 2002 relative à la surveillance du secteur financier et aux services financiers, à l'article 277, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances et à l'article 27, § 2, de la loi du 2 août 2002 susmentionnée juncto l'article 4, 1°, de l'AR N1).

Afin cependant d'éviter que des informations identiques soient communiquées plusieurs fois au client, le règlement prévoit que les informations qui doivent déjà faire l'objet d'un reporting annuel à son intention en vertu d'autres dispositions légales ou réglementaires, peuvent être omises du reporting annuel effectué en application de l'article 4, 8° de l'AR N1 (moyennant l'insertion d'un avertissement dans le rapport) (article 4, § 2 du règlement). L'on vise ici des informations transmises dans le cadre strict et limité d'autres reportings annuels prévus par ou en vertu d'une loi ou d'un règlement européen, soit par exemple, le reporting sur les contrats d'assurance vie effectué conformément aux articles 19 et 20 de l'arrêté royal du 14 novembre 2003 relatif à l'activité d'assurance sur la vie. Ainsi, un courtier en assurances pourra omettre de son reporting certaines informations que l'entreprise d'assurances doit mentionner dans le reporting qu'elle doit effectuer en vertu des articles 19 et 20 de cet arrêté royal. Il ne devra pas vérifier que ce reporting a été correctement effectué par l'entreprise d'assurances. Par contre, il devra s'assurer que le contrat d'assurance vie concerné est bien visé par ce reporting et il devra veiller à n'omettre de son reporting que les informations qui doivent déjà être mentionnées dans cet autre reporting. Autrement dit, le reporting prescrit en vertu du présent règlement devra toujours être établi et transmis au client. Seules les informations qui doivent faire l'objet d'un autre reporting pourront en être omises (moyennant un avertissement) et ce, afin d'éviter les doublons et la surcharge de travail inutile pour les prestataires de services.

Cette possibilité d'omettre des informations qui doivent faire l'objet d'un autre reporting pourrait également viser le reporting qui devra être effectué à l'avenir en vertu des dispositions qui transposeront en droit belge l'article 30.5 de la directive 2016/97 du 20 janvier 2016 sur la distribution d'assurances (à partir du moment où ce reporting sera effectif et tenant compte des précisions qui seront fournies dans des actes délégués qui sont en cours de discussion à ce stade). Par contre, le fait que certaines informations devant figurer dans le reporting annuel en vertu du présent règlement aient déjà été transmises au client dans un autre cadre (dans un avis d'échéance d'un contrat d'assurance ou encore dans un courrier transmis lors du règlement d'un sinistre) ne dispense nullement le prestataire de services de les reprendre dans le reporting annuel.

En ce qui concerne le contenu des informations à fournir, le règlement prévoit que le rapport doit comporter deux parties distinctes :

1° une première partie destinée à fournir un aperçu général du portefeuille de contrats d'assurance conclus avec ou par l'intermédiaire du prestataire de services. Cet aperçu général comporte des données d'identification, de même que le nombre de contrats en cours au 31 décembre de l'année concernée et le nombre de contrats échus au cours de cette même année.

2° een tweede deel met een inventaris van alle lopende verzekeringsovereenkomsten, waarbij een onderscheid wordt gemaakt tussen de niet-levensverzekeringen, de spaarverzekeringen, de beleggingsverzekeringen en de andere levensverzekeringen dan de spaar- en de beleggingsverzekeringen. Voor elke overeenkomst moet ook een reeks specifieke gegevens worden verstrekt (artikel 5 van het reglement). Te noteren valt dat, als een overeenkomst de kenmerken van zowel een spaarverzekeringen als een beleggingsverzekering vertoont (een zogenaamde verzekeringsovereenkomst van tak 44), moet de vereiste informatie cumulatief worden verstrekt voor beide verzekeringstypes.

Te noteren valt dat het reglement onder andere de vermelding van het "type" overeenkomst vereist. Daarnaast is ook de vermelding vereist van het tijdens het betrokken jaar lopende of opgezegde aantal overeenkomsten "van elk type". Hier moet worden verduidelijkt om welke type verzekeringsovereenkomst in de courante betekenis van de term het gaat (bv. brandverzekering, autoverzekering, burgerlijke beroepsaansprakelijkheidsverzekering, enz.). De verwijzing naar de verzekeringstak waaronder de overeenkomst ressorteert, is voor de cliënt immers niet altijd voldoende duidelijk. Voor bepaalde overeenkomsten kan die verwijzing echter wel worden gebruikt. Daarbij wordt bijvoorbeeld gedacht aan "tak 21"- of "tak 23"-verzekeringen, namen die vrij courant worden gebruikt. Het begrip "type overeenkomst" heeft dus dezelfde betekenis als het begrip "type product" dat wordt gebruikt in het koninklijk besluit van 25 april 2014 betreffende bepaalde informatieverplichtingen bij de commercialisering van financiële producten bij niet-professionele cliënten (artikel 12, § 1, 3°). Te noteren valt dat in de rapportering het aantal overeenkomsten van elke type moet worden vermeld die tijdens het kalenderjaar werden opgezegd. Het betreft dus niet de niet-levensverzekeringsovereenkomsten van één jaar die stilzwijgend worden verlengd, maar wel de overeenkomsten die tijdens het betrokken kalenderjaar werden opgezegd. De bedoeling is de aandacht van de cliënt te vestigen op het aantal betrokken overeenkomsten zodat hij, in voorkomend geval, meer informatie over die overeenkomsten kan opzoeken als het vermelde aantal niet overeenstemt met wat hij verwachtte. Deze opgezegde overeenkomsten dienen dus niet in de inventaris te worden opgenomen.

Verder moet worden opgemerkt dat de inventaris van elke niet-levensverzekeringsovereenkomst de verzekerde bedragen en de toepasselijke franchises zal moeten verduidelijken, voor zover de verzekeringnemer die bedragen en franchises heeft gekozen. Als de verzekerde bedragen en de franchises niet door de verzekeringnemer zijn vastgesteld, is het voldoende om in de inventaris naar de voorwaarden van de overeenkomst te verwijzen (algemene voorwaarden of elk ander contractueel document).

De inventaris dient ook de eventuele aanpassingen te vermelden die tijdens het kalenderjaar in de waarborgen van de verzekeringsovereenkomsten zijn aangebracht. Te noteren valt dat deze mededeling van de in de waarborgen aangebrachte aanpassingen in geen geval als bewijs van hun aanvaarding door de cliënt zal kunnen worden gebruikt.

Ook moet de inventaris van elke overeenkomst de bedragen vermelden die tijdens het voorbije kalenderjaar aan de verzekeringnemer of aan derden zijn gestort ter uitvoering van de overeenkomst, behalve wanneer de aan derden gestorte bedragen ter uitvoering van een verplichte verzekeringsovereenkomst aan hen zijn gestort.

Een verzekering wordt als verplicht beschouwd als:

- een wettelijke of reglementaire bepaling expliciet een verzekeringsverplichting oplegt;
- een wettelijke of reglementaire bepaling bij niet-verzekering in één of meer van de hieronder opgesomde gevolgen voorziet:
 - een strafrechtelijke en/of administratieve sanctie, met inbegrip van een administratieve geldboete;
 - het verbod om een activiteit uit te oefenen of een bepaalde handeling te stellen;

2° une seconde partie comportant un inventaire de chaque contrat en cours, avec une distinction entre les assurances « non vie », les assurances d'épargne, les assurances d'investissement et les assurances « vie » autres que les assurances d'épargne ou d'investissement. Pour chaque contrat, une série d'informations spécifiques doivent être fournies (article 5 du règlement). A noter que si le contrat présente à la fois les caractéristiques d'une assurance d'épargne et d'une assurance d'investissement (contrat d'assurance dit de la branche 44), les informations requises pour les deux types d'assurances devront être fournies cumulativement.

A noter que le règlement requiert notamment l'indication du « type » de contrat. De même, il exige l'indication du nombre de contrats « de chaque type » en cours ou résiliés au cours de l'année. Il s'agit ici de préciser de quel type d'assurance il s'agit selon le sens courant du terme (par exemple « assurance incendie », « assurance auto », « assurance RC professionnelle », etc.). La référence à la branche d'assurance dont le contrat relève n'est en effet pas toujours suffisamment explicite pour le client. Pour certains contrats, cette référence pourra cependant être utilisée. On pense par exemple aux contrats de « branche 21 » ou « branche 23 » qui sont des termes assez communément utilisés. Cette notion de « type de contrat » revêt ainsi la même signification que celle de « type de produit » qui est utilisée dans l'arrêté royal du 25 avril 2014 imposant certaines obligations en matière d'information lors de la commercialisation de produits financiers auprès des clients de détail (article 12, § 1^{er}, 3°). A noter que le reporting devra mentionner le nombre de contrats de chaque type qui ont été résiliés au cours de l'année civile. Il ne s'agit donc pas des contrats d'assurance non-vie d'une durée d'un an qui sont reconduits tacitement, mais bien des contrats auxquels il aura été mis fin au cours de l'année concernée. L'objectif est d'attirer l'attention du client sur le nombre de contrats concernés afin qu'il puisse le cas échéant rechercher plus d'informations sur ces contrats si le nombre indiqué ne correspond pas à ce à quoi il s'attendait. Ces contrats échus ne doivent donc pas être repris dans l'inventaire des contrats.

A noter également que l'inventaire de chaque contrat d'assurance non vie devra préciser les montants assurés, de même que les franchises applicables dans la mesure où ces montants et franchises ont fait l'objet d'un choix par le preneur d'assurance. Lorsque les franchises et les montants assurés n'ont pas été fixés par le preneur d'assurance, l'inventaire pourra par contre se contenter de renvoyer vers les conditions du contrat (conditions générales ou tout autre document contractuel).

L'inventaire devra aussi faire mention des éventuelles modifications apportées aux garanties du contrat au cours de l'exercice écoulé. A noter que cette communication des modifications apportées aux garanties du contrat ne pourra en aucune manière servir de preuve de leur acceptation par le client.

L'inventaire de chaque contrat devra également indiquer les montants versés au preneur ou à des tiers en exécution du contrat au cours de l'année civile écoulée et ce, sauf si les montants versés à des tiers l'ont été en exécution d'un contrat d'assurance obligatoire.

Une assurance est considérée comme obligatoire si :

- une disposition légale ou réglementaire impose explicitement une obligation d'assurance ;
- une disposition légale ou réglementaire prévoit une ou plusieurs des conséquences énumérées ci-après en cas de non-assurance :
 - une sanction pénale et/ou administrative, y compris une amende administrative ;
 - l'interdiction d'exercer une activité ou d'effectuer une opération déterminée ;

- de ambtshalve aansluiting bij een overheids- of privé-instelling, kas, fonds, ... waaraan een bijdrage moet worden betaald;

- het geheel of gedeeltelijk verhalen op een verzekeringplichtige persoon van het door een overheids- of privé-instelling, kas, fonds, ... uitbetaalde bedrag.

Wordt daarentegen niet als verplicht beschouwd:

- een verzekering die als voorwaarde geldt om een subsidie of een erkenning in het kader van een mogelijke subsidiëring te ontvangen,
- een verzekering die contractueel verplicht wordt,
- een verplichte dekking in een niet-verplichte verzekering.

De FSMA publiceert op haar website een indicatieve lijst van de verplichte verzekeringen.

De verslagen moeten deugdelijk zijn, wat impliceert dat zij in een duidelijke en begrijpelijke taal moeten worden opgesteld, alsook bondig en nauwkeurig moeten zijn, zodat de cliënten snel een volledig overzicht van de verzekeringsovereenkomsten krijgen. Het staat de dienstverlener echter vrij zelf het model te kiezen dat hij daarbij gebruikt (tabel, lijst, ...).

Een dienstverlener zou zijn verslagen ook elektronisch kunnen opstellen in de vorm van een tabel waarin systematisch alle informatie over het vorige jaar (of verschillende voorbije jaren) wordt opgenomen.

De verslagen moeten gratis aan de cliënten worden verstrekt op een duurzame drager, i.e. op papier of op elke andere drager die hen in staat stelt om persoonlijk aan hen gerichte informatie op te slaan op een wijze die deze informatie gemakkelijk toegankelijk maakt voor toekomstig gebruik gedurende een periode die is afgestemd op het doel waarvoor de informatie kan dienen, en die een ongewijzigde reproductie van de opgeslagen informatie mogelijk maakt (e-mail, cd-rom, intranet met een via een "login" en een wachtwoord beveiligde toegang, enz.). De cliënt moet echter steeds de mogelijkheid krijgen om het verslag op papier te ontvangen. Bovendien moet de dienstverlener, om een andere duurzame drager dan papier te mogen gebruiken, vooraf de specifieke instemming van de cliënt verkrijgen en moet de cliënt de door hem gemaakte keuze in een later stadium kunnen wijzigen. Ook moet die andere duurzame drager aangepast zijn. De verstrekking van verslagen langs elektronische weg (e-mail, beveiligd intranet) zal als aangepast worden beschouwd als is aangetoond dat de cliënt regelmatig toegang heeft tot internet. Dat zal worden geacht zo te zijn als de cliënt de dienstverlener een e-mailadres heeft bezorgd om onderling te communiceren. Te noteren valt dat, behalve als het verslag persoonlijk aan de cliënt wordt overhandigd of geadresseerd (via post of e-mail), de cliënt jaarlijks een waarschuwing moet ontvangen (via pop-up, e-mail, ...) waarin hij wordt verzocht kennis te nemen van het verslag en die hem eraan herinnert waar dat verslag te vinden is (bv. op het beveiligde intranet van de dienstverlener). De dienstverlener zal erop toezien dat de cliënt een ontvangstbewijs ondertekent als hij hem het verslag persoonlijk overhandigt.

De dienstverleners moeten een zekere tijd krijgen om zich op de toepassing van dit reglement voor te bereiden. Daarom zal de eerste rapportering betrekking hebben op het jaar 2017 (stand van de portefeuille op 31 december 2017) en zullen de dienstverleners uitzonderlijk over een termijn van één jaar beschikken om hun cliënten een deugdelijk verslag te bezorgen. Achteraf zal de rapportering uiterlijk op 31 maart van het volgende jaar aan de cliënten moeten worden verstrekt.

De FSMA zal de voorschriften van dit reglement na verloop van tijd opnieuw onderzoeken in het licht van de opgedane ervaring en rekening houdend met de evolutie van de Europese regelgeving.

- l'affiliation d'office à un organisme, une caisse, un fonds, ... public/que ou privé(e) auquel/à laquelle une cotisation doit être payée ;

- l'exercice d'un recours total ou partiel contre la personne soumise à l'obligation d'assurance pour le montant des dommages payés par un organisme, une caisse, un fonds, ... public/que ou privé(e).

N'est par contre pas considérée comme obligatoire :

- une assurance qui conditionne l'obtention d'une subvention ou d'un agrément dans le cadre d'une possibilité de subvention,
- une assurance résultant d'une obligation contractuelle, et
- les garanties obligatoires dans une assurance dont la souscription n'est pas obligatoire.

La FSMA publie sur son site internet une liste indicative des assurances obligatoires.

Les rapports doivent être adéquats, c'est-à-dire qu'ils doivent être rédigés dans un langage clair et compréhensible et qu'ils doivent être succincts et précis, de manière à donner un aperçu rapide et complet des contrats d'assurance. Le prestataire de services est cependant libre du canevas utilisé (tableau, liste, ...).

Un prestataire pourrait aussi établir ses rapports de manière informatisée sur un tableau reprenant systématiquement les informations relative à l'année antérieure (ou à plusieurs années passées).

Les rapports doivent être transmis gratuitement aux clients et ce, sur un support durable, c'est-à-dire sur un support papier ou sur tout autre support leur permettant de stocker les informations qui leur sont adressées personnellement d'une manière qui leur permet de s'y reporter aisément à l'avenir pendant le laps de temps nécessaire et qui permet la reproduction à l'identique des données stockées (e-mail, CD-Rom, intranet avec accès sécurisé au moyen d'un « login » et d'un mot de passe, etc.). Le client doit cependant toujours se voir proposer la transmission du rapport sur un support papier. En outre, pour pouvoir utiliser un support durable autre que le papier, le prestataire de services devra avoir obtenu l'accord spécifique du client et le client aura la possibilité de modifier ce choix ultérieurement. Il faudra également que cet autre support durable soit adapté. La fourniture des rapports au moyen de communications électroniques (e-mail, intranet sécurisé) sera considérée comme adaptée s'il est prouvé que le client a un accès régulier à l'internet. Ce sera le cas si le client a fourni au prestataire de services une adresse électronique afin de communiquer avec lui. A noter que sauf si le rapport est remis en main propre au client ou qu'il lui est personnellement adressé (par la poste ou par courrier électronique), un avertissement (« pop up », courrier électronique,...) doit lui être envoyé chaque année l'invitant à consulter le rapport et lui rappelant où il se trouve (par exemple, sur l'intranet sécurisé du prestataire de services). Le prestataire de services veillera à faire signer un accusé de réception par le client s'il lui remet le rapport en main propre.

Il convient de laisser un certain délai aux prestataires de services afin qu'ils puissent se préparer à l'application du présent règlement. C'est pourquoi le premier reporting concernera l'année 2017 (état du portefeuille au 31 décembre 2017) et les prestataires disposeront exceptionnellement d'un délai d'un an pour fournir un rapport adéquat à leurs clients. Par la suite, le reporting devra être transmis aux clients au plus tard le 31 mars de l'année qui suit.

De FSMA réexaminera les règles prévues dans le présent règlement sur la base de l'expérience acquise et en tenant compte des évolutions de la réglementation européenne.

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

[C – 2016/11501]

2 DECEMBER 2016. — Ministerieel besluit tot het vastleggen van de toeslag die door de netbeheerder dient te worden toegepast ter compensatie van de reële nettokost voorvloeiend uit de verplichting tot aankoop en verkoop van groene certificaten in 2017

De Minister van Energie,

Gelet op de wet van 29 april 1999 betreffende de organisatie van de elektriciteitsmarkt, artikel 7, § 1, laatst gewijzigd bij de wet van 8 mei 2014 houdende diverse bepalingen inzake energie;

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

[C – 2016/11501]

2 DECEMBRE 2016. — Arrêté ministériel fixant la surcharge qui devra être appliquée par le gestionnaire du réseau, pour compenser le coût réel net résultant de l'obligation d'achat et de vente des certificats verts en 2017

La Ministre de l'Énergie,

Vu la loi du 29 avril 1999 relative à l'organisation du marché de l'électricité, l'article 7, § 1^{er}, modifié en dernier lieu par la loi du 8 mai 2014 portant des dispositions diverses en matière d'énergie;