

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

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

[C – 2019/40839]

4 AVRIL 2019. — Loi modifiant la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances et instaurant un droit à l'oubli pour certaines assurances de personnes (1)

PHILIPPE, Roi des Belges,
A tous, présents et à venir, Salut.

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

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

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

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

Art. 2. Dans la partie 4, titre 2, chapitre 1^{er}, de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, il est inséré une nouvelle section *Ibis*, comportant les articles 61/1 à 61/4, intitulée :

“Section *Ibis*. — Droit à l'oubli.”

Art. 3. Dans la section *Ibis* de la partie 4, titre 2, chapitre 1^{er}, de la même loi, insérée par l'article 2, il est inséré un article 61/1, rédigé comme suit :

“Art. 61/1. Les dispositions de la présente section sont applicables aux contrats d'assurance qui garantissent le remboursement du capital :

- a) d'un crédit hypothécaire tel que visé à l'article 224;
- b) d'un crédit professionnel.”

Art. 4. Dans la même section *Ibis*, il est inséré un article 61/2, rédigé comme suit :

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

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

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

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

§ 2. Le Roi peut adapter le délai, visé au paragraphe 1^{er} notamment en fonction de catégories d'âge et/ou types d'affection cancéreuse.”

Art. 5. Dans la même section *Ibis*, il est inséré un article 61/3, rédigé comme suit :

“Art. 61/3. § 1^{er}. Le Roi peut déterminer dans une grille de référence certains types de cancer, pour lesquels le délai visé à l'article 61/2 est réduit.

Après ce délai réduit, il est interdit à l'entreprise d'assurances de tenir compte de ces affections lors de la détermination de l'état de santé actuel.

§ 2. Le Roi peut également déterminer, dans une grille de référence un certain nombre de maladies chroniques pour lesquelles, le cas échéant, selon certaines modalités :

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

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

[C – 2019/40839]

4 APRIL 2019. — Wet tot wijziging van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen waarbij voor bepaalde persoonsverzekeringen een recht om vergeten te worden wordt ingevoerd (1)

FILIP, Koning der Belgen,
Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

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

HOOFDSTUK 1. — *Algemene bepaling*

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

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

Art. 2. In deel 4, titel 2, hoofdstuk 1, van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen, wordt een nieuwe afdeling *Ibis* ingevoegd, die de artikelen 61/1 tot 61/4 bevat, luidende :

“Afdeling *Ibis*. — Recht om vergeten te worden.”

Art. 3. In afdeling *Ibis* van deel 4, titel 2, hoofdstuk 1, van dezelfde wet, ingevoegd bij artikel 2, wordt een artikel 61/1 ingevoegd, luidende :

“Art. 61/1. De bepalingen van deze afdeling zijn van toepassing op verzekeringsovereenkomsten die de terugbetaling van het kapitaal waarborgen :

- a) van een hypothecair krediet zoals bedoeld in artikel 224;
- b) van een beroepskrediet.”

Art. 4. In dezelfde afdeling *Ibis* wordt een artikel 61/2 ingevoegd, luidende :

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

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

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

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

§ 2. De Koning kan de termijn, bedoeld in paragraaf 1 aanpassen, met name in functie van leeftijdscategorieën en/of het type van kankeraandoeningen.”

Art. 5. In dezelfde afdeling *Ibis* wordt een artikel 61/3 ingevoegd, luidende :

“Art. 61/3. § 1. De Koning kan in een referentierooster een aantal types van kankeraandoeningen definiëren, waarvoor de termijn bedoeld in artikel 61/2, wordt verkort.

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

§ 2. De Koning kan eveneens in een referentierooster een aantal chronische ziektes definiëren waarvoor, desgevallend, gekoppeld aan de nadere regels :

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

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

§ 3. Le Roi peut, sur proposition du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé et après avis du Bureau du suivi de la tarification visé à l'article 217, adapter la grille de référence à certains types d'affections cancéreuses, le cas échéant en déterminant les modalités suivant lesquelles, le délai visé à l'article 61/2, peut être réduit.

§ 4. Le Roi peut, sur proposition du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé et après avis du Bureau du suivi de la tarification visé à l'article 217, également adapter la grille de référence pour des affections chroniques particulières, et déterminer après quels délais et suivant quelles modalités :

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

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

§ 5. Les modalités, les délais et le niveau de la surprime, visés aux paragraphes 1 à 4 doivent être justifiés objectivement et raisonnablement, au regard de la technique médicale et assurantielle, sur base de données scientifiques.

§ 6. Tous les deux ans, le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé évalue la grille de référence en fonction du progrès médical et des données scientifiques disponibles relatives aux pathologies visées à l'article 61/2, § 1, et au paragraphe 2 du présent article. Il communique sa proposition d'adaptation de la grille de référence au Bureau du suivi de la tarification visé à l'article 217. Celui-ci transmet la proposition accompagnée de son avis au ministre ayant les Affaires Sociales dans ses attributions ainsi qu'au ministre ayant les Affaires Sociales dans ses attributions. Le Roi peut, le cas échéant, adapter la grille de référence."

Art. 6. Dans la même section *Ibis*, il est inséré un article 61/4, rédigé comme suit :

"Art. 61/4. Sans préjudice de la compétence des cours et tribunaux, les litiges relatifs à l'application des dispositions de la présente section sont d'abord soumis, par la partie la plus diligente, au Bureau du suivi de la tarification, visé à l'article 217. Le Bureau du suivi de la tarification donne son avis dans un délai de quinze jours ouvrables prenant cours à la date de la réception du dossier complet. Sur simple demande du Bureau, l'entreprise d'assurances transmet son dossier."

CHAPITRE 3. — *Disposition finale*

Art. 7. La présente loi entre en vigueur le premier jour du dixième mois qui suit sa publication au *Moniteur belge* et s'applique aux nouveaux contrats conclus à partir de cette date.

Chaque arrêté d'exécution entre en vigueur le premier jour du dixième mois qui suit sa publication au *Moniteur belge* et s'applique aux nouveaux contrats conclus à partir de cette date.

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

Donné à Bruxelles, le 4 avril 2019.

PHILIPPE

Par le Roi :

Le Ministre de l'Economie,
K. PEETERS

Scellé du sceau de l'Etat :

Le Ministre de la Justice,
K. GEENS

Note

(1) Chambre des représentants :

(www.lachambre.be)

Documents : 54-3524 (2018/2019)

Compte rendu intégral : 28 mars 2019.

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

§ 3. De Koning kan, op voorstel van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg en na advies van het Opvolgingsbureau voor de tarifiering bedoeld in artikel 217, het referentierooster aanpassen met bepaalde types van kankeraandoeningen, waarbij hij desgevallend de nadere regels bepaalt volgens dewelke de termijnen bedoeld in artikel 61/2, kunnen worden verkort.

§ 4. De Koning kan, op voorstel van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg en na advies van het Opvolgingsbureau voor de tarifiering bedoeld in artikel 217, het referentierooster eveneens aanpassen voor bepaalde chronische aandoeningen, en kan bepalen na welke termijnen en volgens welke nadere regels :

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

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

§ 5. De nadere regels, de termijnen en het niveau van de bijpremie, als bedoeld in de paragrafen 1 tot 4, moeten medisch en verzekeringstechnisch objectief en redelijk verantwoord zijn op basis van wetenschappelijke gegevens.

§ 6. Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg evalueert het referentierooster tweemaal in functie van de medische vooruitgang en de beschikbare wetenschappelijke gegevens inzake de aandoeningen, bedoeld in de artikelen 61/2, § 1, en in paragraaf 2 van dit artikel. Het deelt zijn voorstel van aanpassing van het referentierooster mee aan het Opvolgingsbureau voor de tarifiering, bedoeld in artikel 217. Dit laatste zendt het voorstel, vergezeld van zijn advies, door aan de minister bevoegd voor verzekeringen, evenals aan de minister bevoegd voor Sociale Zaken. De Koning kan, in voorkomend geval, het referentierooster aanpassen."

Art. 6. In dezelfde afdeling *Ibis* wordt een artikel 61/4 ingevoegd, luidende :

"Art. 61/4. Onverminderd de bevoegdheid van de hoven en rechtbanken, worden de geschillen met betrekking tot de toepassing van de bepalingen van deze afdeling door de meest gerede partij eerst voorgelegd aan het Opvolgingsbureau voor de tarifiering bedoeld in artikel 217. Het Opvolgingsbureau voor de tarifiering geeft zijn advies binnen vijftien werkdagen vanaf de ontvangst van het volledige dossier. Op eenvoudig verzoek van het Bureau, zendt de verzekeringsonderneming haar dossier door."

HOOFDSTUK 3. — *Slotbepaling*

Art. 7. Deze wet treedt in werking op de eerste dag van de tiende maand na de bekendmaking ervan in het *Belgisch Staatsblad* en is van toepassing op nieuwe overeenkomsten gesloten vanaf deze datum.

Elk uitvoeringsbesluit treedt in werking op de eerste dag van de tiende maand na de bekendmaking ervan in het *Belgisch Staatsblad* en is van toepassing op nieuwe overeenkomsten gesloten vanaf deze datum.

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

Gegeven te Brussel, 4 april 2019.

FILIP

Van Koningswege :

De minister van Economie,
K. PEETERS

Met 's Lands zegel gezegeld :

De minister van Justitie,
K. GEENS

Nota

(1) Kamer van volksvertegenwoordigers :

(www.dekamer.be)

Stukken : 54-3524 (2018/2019)

Integraal Verslag : 28 maart 2019.