

# **Loi du 4 avril 2014 relative aux assurances**

## **Chapitre 5. Dispositions propres à certains contrats d'assurance qui garantissent le remboursement du capital d'un crédit**

### **Art. 212**

#### § 1<sup>er</sup>

Le Roi peut, sur proposition conjointe du ministre et du ministre ayant la Santé publique dans ses attributions et après consultation de la Commission de la protection de la vie privée, fixer des dispositions d'exécution pour un ou plusieurs des points suivants:

- 1° dans quels cas et pour quels types de crédit ou pour quels montants assurés un questionnaire médical standardisé doit être complété;
- 2° le contenu du questionnaire médical standardisé, étant entendu qu'il doit être établi dans le respect de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel et de l'article 8 de la Convention de sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés fondamentales du 4 novembre 1950;
- 3° la manière dont les assureurs tiennent compte du questionnaire dans leur décision d'attribuer ou non l'assurance et pour la fixation de la prime;
- 4° les cas où les assureurs peuvent demander un examen médical complémentaire au candidat à l'assurance, ainsi que le contenu de cet examen et le droit à l'information concernant les résultats de cet examen;
- 5° le délai dans lequel les assureurs doivent communiquer leur décision relative à la demande d'assurance au candidat à l'assurance, étant entendu que la durée globale de traitement des dossiers de demande de prêt immobilier par les établissements de crédit et les assureurs ne pourra pas excéder cinq semaines à compter de la réception du dossier complet;
- 6° la manière dont les établissements de crédit prennent également en considération d'autres garanties que l'assurance du solde restant dû lors de l'octroi d'un crédit;
- 7° les conditions auxquelles les candidats à l'assurance qui se voient refuser l'accès à une assurance du solde restant dû peuvent faire appel au Bureau du suivi de la tarification visé à l'article 217, § 1<sup>er</sup>;
- 8° l'obligation dans le chef des entreprises d'assurances et des établissements de crédit de diffuser largement et de façon compréhensible l'information sur l'existence du présent mécanisme

d'assurances du solde restant dû pour les personnes présentant un risque de santé accru;

9° les cas dans lesquels une déclaration sur l'honneur doit être produite en ce qui concerne l'objet du contrat d'assurance.

Les conditions visées à l'alinéa 1<sup>er</sup>, 7°, fixent notamment le nombre de refus de la part des entreprises d'assurances que le candidat à l'assurance doit avoir essuyé avant de pouvoir s'adresser au Bureau du suivi de la tarification, ainsi que la hauteur des primes assimilées à un refus de la demande.

§ 2

Le Roi peut régler ou interdire l'utilisation des questionnaires médicaux. Le Roi peut déterminer, reformuler ou interdire des questions relatives à la santé de l'assuré. Il peut limiter la portée d'une question dans le temps.

Le Roi peut déterminer le montant assuré au-dessous duquel seul le questionnaire médical peut être utilisé.

§ 3

Nonobstant toute stipulation contraire défavorable au candidat preneur d'assurance, l'assureur est tenu de la réparation du préjudice causé par le non-respect des dispositions arrêtées en vertu du paragraphe 1<sup>er</sup>. Le préjudice causé au candidat preneur d'assurance est, sauf preuve contraire, présumé résulter du non-respect des dispositions précitées.

## **Art. 213**

L'assureur qui propose une prime au preneur d'assurance est tenu de scinder celle-ci entre la prime de base et la surprime imputée en raison de l'état de santé de l'assuré.

S'il décide de refuser l'assurance ou d'en ajourner l'octroi, d'exclure certains risques de la couverture ou d'imputer une surprime, l'assureur en avise par courrier le candidat preneur d'assurance, de façon claire et explicite, et en motivant les raisons de ses décisions. Le candidat preneur d'assurance est informé, par le même courrier, de la faculté qu'il a de prendre contact par écrit avec le médecin de l'assureur, directement ou par l'intermédiaire d'un médecin de son choix, pour connaître les raisons médicales sur lesquelles l'assureur a fondé ses décisions. Dans ce même courrier, l'assureur attire l'attention sur l'existence et mentionne les coordonnées du Bureau du suivi de la tarification et de l'organe de conciliation en matière d'assurance du solde restant dû.

L'assureur indique si la prime proposée peut être prise en considération pour l'application du mécanisme de solidarité par la Caisse de compensation visée à l'article 220.

## **Art. 214**

Le preneur d'assurance qui n'est pas d'accord avec la prime proposée en informe l'assureur. L'assureur transmet immédiatement l'ensemble du dossier au réassureur, en lui demandant de le réévaluer.

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

Le Roi peut à cet égard prévoir, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, que le réassureur ne doit pas procéder à une réévaluation des propositions de surprime lorsque cette surprime est inférieure ou égale à un pourcentage déterminé de la prime de base, fixé par le Roi. Ce pourcentage à fixer par le Roi s'élève à maximum 25 %.

## **Art. 215**

Lorsque le réassureur décide d'appliquer une surprime inférieure à celle initialement fixée par l'assureur, ce dernier modifie en ce sens la proposition d'assurance.

Dans le cas contraire, l'assureur confirme sa proposition initiale.

## **Art. 216**

Le délai entre la demande d'assurance initiale et la communication de la décision ne peut pas excéder quinze jours. Un nouveau délai de quinze jours court à dater de la prise de connaissance, par l'assureur, du refus, visé à l'article 214.

## **Art. 217**

### § 1<sup>er</sup>

Le Roi crée un Bureau du suivi de la tarification, qui a pour mission d'examiner les propositions de surprime ou les refus d'assurance, à la demande de la partie la plus diligente.

Le Roi peut, à cet égard, prévoir que le Bureau du suivi de la tarification n'examine pas les propositions de surprime lorsque cette surprime ne représente pas un ratio minimum de la prime de base.

### § 2

Le Bureau du suivi de la tarification se compose de deux membres qui représentent les entreprises d'assurances, d'un membre qui représente les consommateurs et d'un membre qui représente les patients. Les membres sont nommés par le Roi pour un terme de six ans.

Ils sont choisis sur une liste double présentée par les associations professionnelles des entreprises d'assurances et par les associations représentatives des intérêts des consommateurs et des patients.

Le Bureau est présidé par un magistrat indépendant, nommé par le Roi pour un terme de six ans.

Le Roi fixe les indemnités auxquelles le président et les membres du Bureau du suivi de la tarification ont droit ainsi que l'indemnité des experts.

Le Roi désigne également un suppléant pour le président et pour chaque membre. Les suppléants sont choisis de la même manière que les membres effectifs.

Les ministres ayant les Assurances et la Santé publique dans leurs attributions peuvent déléguer un observateur auprès du Bureau.

Le Bureau peut s'adjoindre des experts, sans voix délibérative.

#### § 3

Le Bureau examine si la surprime proposée ou le refus d'assurance se justifie objectivement et raisonnablement d'un point de vue médical et au regard de la technique de l'assurance.

Ce Bureau peut être saisi directement par le candidat à l'assurance, l'Ombudsman des assurances ou un des membres du Bureau.

Il fait une proposition qui est contraignante pour l'entreprise d'assurance concernée qui conclut un contrat avec le candidat preneur d'assurance dans un délai de quinze jours ouvrables prenant cours à la date de réception du dossier.

#### § 4

La Caisse de compensation supporte les frais de fonctionnement du Bureau du suivi de la tarification, selon les modalités déterminées par le Roi.

#### § 5

Le service ombudsman visé à l'article 322, § 1<sup>er</sup> assure le secrétariat du Bureau du suivi de la tarification.

## **Art. 218**

La Commission des Assurances, visée dans la partie 7, titre IV, est chargée d'évaluer l'application des dispositions du présent chapitre. Elle remet à cet effet, tous les quatre ans, un rapport au Roi et à la Chambre des représentants. En cas de modifications aux dispositions de ce chapitre ou de ses arrêtés d'exécution, le rapport d'évaluation est remis deux ans après leur entrée en vigueur. Elle peut associer à ses travaux les experts et représentants qu'elle désigne.

Ce rapport sera accompagné d'une étude réalisée par le Centre fédéral d'expertise des soins de santé évaluant l'adéquation des tarifs appliqués par les assureurs à l'évolution des techniques médicales et des soins de santé dans les principales pathologies concernées.

## **Accès aux assurances aux conditions proposées par le Bureau du suivi de la tarification**

### **Art. 219**

#### § 1<sup>er</sup>

Le Bureau du suivi de la tarification fixe les conditions et les primes auxquels le candidat preneur d'assurance a accès à une assurance sur la vie ou, le cas échéant, à une assurance contre l'invalidité qui garantit un crédit hypothécaire, un crédit à la consommation ou un crédit professionnel.

Le Bureau revoit ses conditions d'accès et primes tous les deux ans en fonction des données scientifiques les plus récentes relatives à l'évolution des risques de décès ou, le cas échéant, d'invalidité et à la probabilité d'une dégradation de la santé des personnes présentant un risque accru à la suite de leur état de santé.

#### § 2

L'assureur qui refuse le candidat preneur d'assurance ou qui propose une prime ou une franchise qui excède celle applicable en vertu des conditions tarifaires proposées par le Bureau du suivi de la tarification communique d'initiative au candidat preneur d'assurance les conditions d'accès et les tarifs proposés par le Bureau et l'informe qu'il peut éventuellement s'adresser à un autre assureur.

L'assureur communique par écrit et de manière claire, explicite et non équivoque les motifs du refus d'assurance ou les raisons pour lesquelles une surprime ou une franchise plus élevée sont proposées, ainsi que la composition précise de celles-ci.

### **Art. 220**

#### § 1<sup>er</sup>

Le Roi agrée, aux conditions qu'Il détermine, une Caisse de compensation qui a pour mission de répartir la charge des surprimes.

#### § 2

Le Roi approuve les statuts et règle le contrôle de l'activité de la Caisse de compensation. Il indique les actes qui doivent faire l'objet d'une publication au *Moniteur belge*. Au besoin, Il crée la Caisse de compensation.

#### § 3

Les assureurs qui pratiquent l'assurance vie comme garantie d'un crédit hypothécaire, ainsi que les prêteurs hypothécaires, sont solidairement tenus d'effectuer à la Caisse de compensation les versements nécessaires pour l'accomplissement de sa mission et pour supporter ses frais de fonctionnement.

Si la Caisse de compensation est créée par le Roi, un arrêté royal fixe chaque année les règles de calcul des versements à effectuer par les assureurs et les prêteurs hypothécaires.

#### § 4

L'agrément est retiré si la Caisse de compensation n'agit pas conformément aux lois et règlements ou à ses statuts.

Dans ce cas, le Roi peut prendre toutes mesures propres à sauvegarder les droits des preneurs d'assurance, des assurés et des personnes lésées. La Caisse de compensation reste soumise au contrôle pendant toute la durée de la liquidation.

Le Roi nomme un liquidateur spécial chargé de cette liquidation.

### **Art. 221**

*Abrogé*

### **Art. 222**

L'assureur qui impute une surprime supérieure à 200 % de la prime de base, est tenu d'offrir la garantie standardisée au preneur d'assurance. Cette garantie standardisée est d'un montant maximal de 200.000 euros si le candidat assuré souscrit seul le crédit hypothécaire. Dans le cas de co-emprunteurs, le candidat assuré peut s'assurer pour le même montant.

Le Roi peut adapter les montants déterminés au présent article afin de tenir compte de l'évolution des prix.

### **Art. 223**

L'assureur qui applique une surprime supérieure à un seuil exprimé en pourcentage de la prime de base, est tenu de faire intervenir la Caisse de compensation.

La Caisse de compensation est tenue de payer la partie de la surprime qui dépasse ce seuil, sans que pour autant, la surprime ne puisse dépasser un plafond exprimé en pourcentage de la prime de base.

La prime de base est assimilée à la prime la plus basse proposée par l'entreprise d'assurances pour une personne du même âge.

Le Roi fixe ce seuil et ce plafond afin qu'ils répondent à une nécessaire solidarité envers les preneurs d'assurance concernés, sans que ce seuil ne puisse excéder 200 % de la prime de base. L'évaluation prévue à l'article 218 fera également rapport sur ce point.

A la demande de la Caisse de compensation, l'assureur délivre un double du dossier d'assurance. Le cas échéant, il donne les explications nécessaires.

## **Art. 224**

### § 1<sup>er</sup>

Les articles 212 à 223 sont d'application aux contrats d'assurance qui garantissent le remboursement du capital d'un crédit hypothécaire contracté en vue de la construction, de la transformation ou de l'acquisition de l'habitation propre et unique du preneur d'assurance.

### § 2

Ces articles s'appliquent également sous les mêmes conditions, lorsqu'un crédit hypothécaire est contracté par une personne qui possède déjà une autre habitation,

- 1<sup>o</sup> soit en pleine propriété, soit en usufruit, et qu'il s'engage à vendre cette autre habitation ou à céder ses droits y afférents dans un délai de deux ans à compter de la conclusion du contrat d'assurance;
- 2<sup>o</sup> soit en nue-propriété suite à un héritage ou à une donation par une personne physique.

Le délai visé à l'alinéa 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, peut, à la demande du preneur d'assurance, être prolongé d'un an au maximum, à la condition qu'il démontre que la vente de l'autre habitation ou la cession de ses droits y afférent a subi un retard pour des raisons indépendantes de sa volonté. Le preneur d'assurance introduit sa demande de prolongation par écrit auprès de l'entreprise d'assurances avant l'expiration du délai de deux ans à compter de la conclusion du contrat d'assurance.

Le preneur d'assurance fournit la preuve de la vente de l'autre habitation ou de la cession de ses droits y afférents dans les délais précités.

### § 3

Pour l'application du présent chapitre, sont assimilés à une habitation les bâtiments tels que visés à l'article 2, alinéa 1<sup>er</sup>, de la loi du 26 mars 2012 concernant l'immatriculation des bâtiments de navigation intérieure autres que les bateaux de la navigation intérieure visés à l'article 271, du livre II du Code de commerce.

### § 4

Le Roi peut étendre le champ d'application de ces articles à d'autres contrats d'assurance qui garantissent le remboursement du capital d'un crédit.