

Wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen

Hoofdstuk 5. Nadere bepalingen betreffende sommige verzekeringsovereenkomsten die de terugbetaling van het kapitaal van een krediet waarborgen

Art. 212

§ 1

De Koning kan, op gezamenlijk voorstel van de minister en de minister bevoegd voor de Volksgezondheid, na advies van de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer, uitvoeringsbepalingen vaststellen voor één of meerdere van volgende punten:

- 1° in welke gevallen en voor welke soorten krediet of welke verzekerde bedragen een standaard medische vragenlijst moet worden ingevuld;
- 2° de inhoud van de standaard medische vragenlijst, met dien verstande dat die moet worden bepaald met inachtneming van de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens, alsook van artikel 8 van het Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden van 4 november 1950;
- 3° op welke wijze de verzekeraars bij hun beslissing over het al dan niet toekennen van de verzekering en het bepalen van de premie rekening houden met de vragenlijst;
- 4° de gevallen waarin de verzekeraars een bijkomend medisch onderzoek mogen vragen aan de kandidaat-verzekerde, evenals de inhoud van dit onderzoek en het recht op informatie over de resultaten van deze onderzoeken;
- 5° de termijn waarbinnen de verzekeraars hun beslissing over de aanvraag van de verzekering aan de kandidaat-verzekerde moeten meedelen, met dien verstande dat de totale duur van de behandeling door de kredietinstellingen en de verzekeraars van de aanvraagdossiers voor een woonkrediet niet meer dan vijf weken mag bedragen, te rekenen van de ontvangst van het volledige dossier;
- 6° op welke wijze de kredietinstellingen ook andere waarborgen dan de schuldsaldoverzekering in overweging nemen bij het verstrekken van een krediet;
- 7° onder welke voorwaarden de kandidaat-verzekerden een beroep kunnen doen op het in artikel 217, § 1, bedoelde Opvolgingsbureau voor de tarifiering, indien hen een schuldsaldoverzekering wordt geweigerd;
- 8° de verplichting voor de verzekeringsmaatschappijen en de kredietinstellingen om de informatie over het bestaan van dit mechanisme van schuldsaldoverzekering voor personen met een

verhoogd gezondheidsrisico ruim en op begrijpelijke wijze te verspreiden;

9° in welke gevallen een verklaring op eer over het voorwerp van de verzekeringsovereenkomst moet worden afgelegd.

De in het eerste lid, 7°, bedoelde voorwaarden definiëren onder meer na hoeveel door de verzekeringsinstellingen geweigerde aanvragen een kandidaat-verzekerde zich kan wenden tot het Opvolgingsbureau voor de tarifiering, evenals de hoogte van de premies die met een weigering van de aanvraag gelijkgesteld worden.

§ 2

De Koning kan het gebruik van medische vragenlijsten regelen of verbieden.

De Koning kan vragen die betrekking hebben op de gezondheidstoestand van de verzekerde bepalen, herformuleren of verbieden. Hij kan de draagwijdte van een vraag in de tijd beperken.

De Koning kan het verzekerde bedrag vaststellen waaronder enkel de medische vragenlijst kan worden gebruikt.

§ 3

Niettegenstaande elk andersluidend beding in het nadeel van de kandidaat-verzekeringnemer is de verzekeraar verplicht tot herstel van het nadeel veroorzaakt door het niet-naleven van de bepalingen die worden vastgesteld krachtens paragraaf 1. Het nadeel dat aan de kandidaat-verzekeringnemer wordt berokkend, wordt, behoudens tegenbewijs, geacht het gevolg te zijn van de niet-naleving van vermelde bepalingen.

Art. 213

De verzekeraar die aan de verzekeringnemer een premie voorstelt, is er toe gehouden die premie op te splitsen in de basispremie en de bijpremie die om reden van de gezondheidstoestand van de verzekerde wordt aangerekend.

Zo de verzekeraar beslist de verzekering te weigeren of de toekenning ervan uit te stellen, bepaalde risico's van de dekking uit te sluiten of een bijpremie aan te rekenen, stelt hij de kandidaat-verzekeringnemer daarvan duidelijk en uitdrukkelijk per brief in kennis, waarbij hij de redenen motiveert waarop hij zijn beslissingen steunt. In diezelfde brief wordt de kandidaat-verzekeringnemer meegedeeld dat hij, rechtstreeks of via een arts naar keuze, schriftelijk contact kan opnemen met de arts van de verzekeraar, om te vernemen op welke medische gronden de verzekeraar zijn beslissingen heeft gesteund. In zijn brief wijst de verzekeraar op het bestaan van het Opvolgingsbureau voor de tarifiering en van de bemiddelingsinstantie inzake schuldsaldoverzekeringen en vermeldt hij de contactgegevens ervan.

De verzekeraar deelt mee of de voorgestelde premie in aanmerking komt voor de toepassing van het solidariteitsmechanisme door de Compensatiekas, bedoeld in artikel 220.

Art. 214

De verzekeringnemer die niet akkoord gaat met de voorgestelde premie brengt hiervan de verzekeraar op de hoogte. De verzekeraar zendt onverwijld het hele dossier over aan de herverzekeraar met het verzoek het opnieuw te beoordelen.

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

De Koning kan hierbij, via een in de Ministerraad overlegd besluit, bepalen dat de herverzekeraar geen herbeoordeling moet verrichten van voorstellen van bijpremie wanneer deze bijpremie kleiner of gelijk is aan een door de Koning bepaald percentage van de basispremie. Dit door de Koning te bepalen percentage bedraagt maximaal 25 %.

Art. 215

Wanneer de herverzekeraar tot een bijpremie besluit die lager is dan de oorspronkelijk door de verzekeraar voorgestelde bijpremie, past de verzekeraar in die zin zijn voorstel aan.

In het tegengestelde geval bevestigt de verzekeraar zijn oorspronkelijk aanbod.

Art. 216

De termijn tussen de oorspronkelijke verzekeringsaanvraag en het meedelen van de beslissing mag vijftien dagen niet te boven gaan. Een nieuwe termijn van vijftien dagen loopt vanaf het ogenblik waarop de verzekeraar kennisneemt van de in artikel 214 bedoelde weigering.

Art. 217

§ 1

De Koning richt een Opvolgingsbureau voor de tarifiering op dat tot taak heeft op verzoek van de meest gereede partij de voorstellen tot bijpremie of de weigeringen van de verzekeringen te onderzoeken.

De Koning kan hierbij bepalen dat het Opvolgingsbureau voor tarifiering geen onderzoek voert naar voorstellen van bijpremie wanneer deze bijpremie geen minimale ratio van de basispremie vertegenwoordigt.

§ 2

Het Opvolgingsbureau voor de tarifiering is samengesteld uit twee leden die de verzekeringsondernemingen vertegenwoordigen, een lid dat de consumenten vertegenwoordigt en een lid dat de patiënten vertegenwoordigt. De leden worden door de Koning benoemd voor een termijn van zes jaar.

Zij worden gekozen uit een dubbele lijst die wordt voorgesteld door de beroepsverenigingen van de verzekeringsondernemingen en de

verenigingen die de belangen van de consumenten en de patiënten vertegenwoordigen.

Het Opvolgingsbureau wordt voorgezeten door een onafhankelijk magistraat, die door de Koning wordt benoemd voor een termijn van zes jaar.

De Koning bepaalt de vergoedingen waarop de voorzitter en de leden van het Opvolgingsbureau recht hebben, alsook de vergoeding van de deskundigen.

De Koning wijst eveneens voor de voorzitter en voor ieder lid een plaatsvervanger aan. De plaatsvervangers worden op dezelfde manier gekozen als de effectieve leden.

De ministers bevoegd voor Verzekeringen en Volksgezondheid kunnen een waarnemer in het Opvolgingsbureau afvaardigen.

Het Opvolgingsbureau kan zich laten bijstaan door deskundigen, die evenwel geen stemrecht hebben.

§ 3

Het Opvolgingsbureau gaat na of de voorgestelde bijpremie dan wel de weigering van de verzekering medisch en verzekeringstechnisch objectief en redelijk verantwoord is.

Het kan rechtstreeks worden aangezocht door de kandidaat-verzekeringnemer, de Ombudsman van de verzekeringen of een van de leden van het Opvolgingsbureau.

Het doet binnen een tijdspanne van vijftien werkdagen te rekenen van de ontvangst van het dossier, een voorstel, dat bindend is voor de betrokken verzekeringsonderneming die met de kandidaat-verzekeringnemer een overeenkomst sluit.

§ 4

De Compensatiekas draagt de werkingskosten van het Opvolgingsbureau voor de tarifiering, volgens de door de Koning vastgestelde modaliteiten.

§ 5

De ombudsdienst bedoeld in artikel 322, § 1 staat in voor het secretariaat van het Opvolgingsbureau voor tarifiering.

Art. 218

De Commissie voor verzekeringen zoals bedoeld in deel 7, titel IV is ermee belast de toepassing van de bepalingen van dit hoofdstuk te evalueren. Met dat doel bezorgt zij vierjaarlijks een verslag aan de Koning en aan de Kamer van volksvertegenwoordigers. In geval van wijzigingen aan de bepalingen van dit hoofdstuk of van zijn uitvoeringsbesluiten, wordt het evaluatieverslag twee jaar na de inwerkingtreding ervan bezorgd. Zij kan de door haar aangestelde deskundigen bij haar werkzaamheden betrekken.

Dit verslag gaat vergezeld van een door het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg verrichte studie, waarin wordt beoordeeld of de tarieven die de verzekeraars hanteren afgestemd zijn op de evolutie van de geneeskundige technieken en van de gezondheidszorg aangaande de belangrijkste betrokken ziektebeelden.

Toegang tot verzekeringen onder de door het Opvolgingsbureau voor de tarifiering voorgestelde voorwaarden

Art. 219

§ 1

Het Opvolgingsbureau voor de tarifiering bepaalt onder welke voorwaarden en premies de kandidaat-verzekeringnemer toegang heeft tot een levensverzekering, desgevallend invaliditeitsverzekering, die een hypothecair krediet, consumentenkrediet of professioneel krediet waarborgt.

Het Opvolgingsbureau herziet om de twee jaar zijn toegangsvoorwaarden en premies rekening houdend met de meest recente wetenschappelijke gegevens inzake de evolutie van de risico's op overlijden, desgevallend invaliditeit, en de kans op een verslechtering van de gezondheid van personen met een verhoogd risico ingevolge hun gezondheidstoestand.

§ 2

De verzekeraar die de kandidaat-verzekeringnemer weigert of die een premie of een vrijstelling voorstelt die hoger ligt dan die welke van toepassing is krachtens de tariefvoorwaarden die het Opvolgingsbureau voor de tarifiering heeft voorgesteld, informeert de kandidaat-verzekeringnemer op eigen initiatief over de toegangsvoorwaarden en tarieven die het Bureau heeft voorgesteld, en deelt hem mee dat hij zich eventueel kan wenden tot een andere verzekeraar.

De verzekeraar deelt schriftelijk en op duidelijke, uitdrukkelijke en ondubbelzinnige wijze mee om welke redenen de verzekering geweigerd wordt of waarom een bijpremie of verhoogde vrijstelling wordt voorgesteld en hoe deze precies zijn samengesteld.

Art. 220

§ 1

De Koning erkent, onder de voorwaarden die Hij bepaalt, een Compensatiekas die tot taak heeft de last van de bijpremies te verdelen.

§ 2

De Koning keurt de statuten goed en regelt de controle op de activiteit van de Compensatiekas. Hij wijst de handelingen aan die in het *Belgisch Staatsblad* moeten worden bekendgemaakt. Zo nodig stelt Hij de Compensatiekas in.

§ 3

De verzekeraars die levensverzekeringen als waarborg voor kredieten aanbieden, alsook de hypothecaire kredietgevers, zijn hoofdelijk gehouden aan de Compensatiekas de stortingen te doen die nodig zijn voor het volbrengen van haar opdracht en om haar werkingskosten te dragen.

Indien de kas door de Koning is ingesteld, legt een koninklijk besluit jaarlijks de regels vast voor het berekenen van de stortingen die door de verzekeraars en de hypothecaire kredietgevers moeten worden gedaan.

§ 4

De erkenning wordt ingetrokken indien de Compensatiekas niet handelt overeenkomstig de wetten, reglementen of haar statuten.

In dat geval kan de Koning alle passende maatregelen nemen tot vrijwaring van de rechten van de verzekeringnemers, de verzekerden en de benadeelden.

Zolang de vereffening duurt, blijft de Compensatiekas aan de controle onderworpen.

Voor deze vereffening benoemt de Koning een bijzonder vereffenaar.

Art. 221

Opgeheven

Art. 222

De verzekeraar die een bijpremie aanreket die meer dan 200 % van de basispremie bedraagt, is ertoe gehouden de gestandaardiseerde waarborg aan te bieden aan de verzekeringnemer.

Deze gestandaardiseerde waarborg bedraagt maximaal 200.000 euro indien de kandidaat-verzekerde het hypothecaire krediet alleen aangaat. Indien er een mede-kredietnemer is, kan de kandidaat-verzekerde zich verzekeren tot hetzelfde bedrag.

De Koning kan het in dit artikel vermelde bedrag aanpassen om rekening te houden met de prijzevolutie.

Art. 223

De verzekeraar die een bijpremie aanreket die hoger ligt dan een in een percentage van de basispremie uitgedrukte drempel, is ertoe gehouden de tussenkomst van de Compensatiekas te vragen.

De Compensatiekas is ertoe gehouden het deel van de bijpremie te betalen dat deze drempel overschrijdt, zonder dat de bijpremie echter hoger mag liggen dan een in een percentage van de basispremie uitgedrukt maximumbedrag.

De basispremie is gelijkgesteld met de laagste premie die de verzekeringsonderneming aanbiedt voor een persoon van dezelfde leeftijd.

De Koning bepaalt die drempel en dat maximumbedrag zodat ze beantwoorden aan een noodzakelijke solidariteit ten aanzien van de betrokken verzekeringnemers, zonder dat die drempel echter hoger mag liggen dan 200 % van de basispremie. De in artikel 218 bedoelde evaluatie zal ook daarover rapporteren.

Op vraag van de Compensatiekas bezorgt de verzekeraar een afschrift van het verzekeringsdossier. Hij verstrekt in voorkomend geval de nodige uitleg.

Art. 224

§ 1

De artikelen 212 tot 223 zijn van toepassing op de verzekeringsovereenkomsten die de terugbetaling waarborgen van het kapitaal van een hypothecair krediet dat wordt aangegaan voor de bouw, verbouwing of verwerving van de eigen en enige gezinswoning van de verzekeringnemer.

§ 2

Onder dezelfde voorwaarden zijn deze artikelen ook van toepassing bij het aangaan van een hypothecair krediet door de persoon die al een andere woning bezit,

1° hetzij in volle eigendom, hetzij in vruchtgebruik, en er zich toe verbindt deze woning te verkopen of zijn rechten erop over te dragen binnen twee jaar na het sluiten van de verzekeringsovereenkomst;

2° hetzij in naakte eigendom als gevolg van een erfenis of van een schenking door een natuurlijke persoon.

De termijn bedoeld in het eerste lid, 1°, kan op verzoek van de verzekeringnemer met maximaal één jaar worden verlengd op voorwaarde dat hij kan aantonen dat de verkoop van de andere woning of de overdracht van zijn rechten erop om redenen buiten zijn wil vertraging hebben opgelopen. De verzekeringnemer dient zijn aanvraag tot verlenging schriftelijk in bij de verzekeringsonderneming voor het verstrijken van de periode van twee jaar vanaf de sluiting van de verzekeringsovereenkomst.

De verzekeringnemer levert het bewijs van verkoop van de andere woning of van de overdracht van zijn rechten erop binnen de voormelde termijnen.

§ 3

Worden voor de toepassing van dit hoofdstuk gelijkgesteld met een woning de binnenvaartuigen zoals bedoeld in artikel 2, eerste lid, van de wet van 26 maart 2012 betreffende de teboekstelling van binnenvaartuigen andere dan binnenschepen als bedoeld in artikel 271 van boek II van het Wetboek van Koophandel.

§ 4

De Koning kan het toepassingsgebied van die artikelen uitbreiden tot andere verzekeringsovereenkomsten die de terugbetaling van het kapitaal van een krediet waarborgen.