

SÉNAT DE BELGIQUE

SESSION DE 2004-2005

4 JUILLET 2005

Proposition de résolution visant à garantir une meilleure assurabilité des malades chroniques et des personnes handicapées

(Déposée par Mme Stéphanie Anseeuw et consorts)

DÉVELOPPEMENTS

1. Introduction

Un assureur estime le risque de survenance d'un sinistre et traduit ce risque dans le prix du service d'assurance, c'est-à-dire dans la prime. La différenciation ou la segmentation des risques, c'est-à-dire leur classification dans un maximum de catégories homogènes définies en fonction de types le plus similaires possibles de sinistres (sinistralité) est inhérente à toute activité d'assurance (1).

Un contrat d'assurance est une convention aléatoire, non pas une forme de redistribution des revenus. Une assurance garantit une forme de sécurité contre le paiement d'une prime qui est calculée au prorata du risque mis en commun.

La segmentation — ou différenciation — est propre à la technique de l'assurance. Elle vise à adapter autant que possible la prime d'assurance au profil de risque de l'assuré.

La «classification» des risques n'est rien d'autre qu'un élément de la technique d'assurance qui garantit une gestion saine. Nous retrouvons cette différenciation dans la définition des assurances: celui qui supporte un risque élevé et qui souhaite avoir l'assurance de ne pas devoir assumer seul le dommage

(1) Bernauw, K, «*De Wet Bestrijding Discriminatie en verzekeringen*» in: *De wet Bestrijding Discriminatie in de praktijk*, éd. Marc De Vos en Eva Brems, Intersentia, p. 227.

BELGISCHE SENAAAT

ZITTING 2004-2005

4 JULI 2005

Voorstel van resolutie betreffende een betere verzekerbaarheid van chronische zieken en gehandicapten

(Ingediend door mevrouw Stéphanie Anseeuw c.s.)

TOELICHTING

1. Inleiding

Een verzekeraar schat de kans op een schadegeval van een risico in en vertaalt dit in de kostprijs voor de verzekeringsdienst, met name de premie. Het is inherent aan elke verzekeringsactiviteit om de risico's te differentiëren of te segmenteren, dit wil zeggen te rangschikken in zoveel mogelijk homogene categorieën, waarbinnen de kansen op schadegevallen (sinistraliteit) elkaar zo dicht mogelijk benaderen (1).

Een verzekeringscontract is een kansovereenkomst en niet een vorm van inkomensherverdeling. Een verzekering verkoopt zekerheid, waarvoor men een premie betaalt naar rata van het in de gemeenschap gebrachte risico.

De segmentatie of differentiëring is eigen aan de verzekeringstechniek. Zij is erop gericht om zoveel mogelijk de verzekeringspremie af te stemmen op het risicoprofiel van de verzekerde.

De risico-«classificatie» is niets anders dan een element van de verzekeringstechniek dat garant staat voor de gezonde bedrijfsvoering. Die differentiatie vinden we terug in de definitie van de verzekeringen: wie een hoog risico draagt, en zekerheid wil dat hij, indien dat risico zich voordoet, de schade niet alleen

(1) Bernauw, K, «*De Wet Bestrijding Discriminatie en verzekeringen*» in: *De wet Bestrijding Discriminatie in de praktijk*, ed. Marc De Vos en Eva Brems, Intersentia, blz. 227.

qui résulterait de la réalisation du risque en question, devra, pour ce faire, payer un prix plus élevé (1). C'est l'expression normale d'une équité correcte.

Si les assureurs imposent à tout le monde une prime identique pour la couverture d'un risque déterminé (p. ex. décès ou hospitalisation), ils courent le risque de faire de l'antisélection et d'ouvrir la porte au « hasard moral ».

Le risque d'antisélection (ou d'autosélection du côté des assurés) vient du fait que, si l'assuré à faible risque doit verser la même prime qu'un assuré à risque élevé, il préférera se retirer du portefeuille de l'assureur.

On parle de « risque moral » (ou hasard moral) lorsque, de par l'existence d'une assurance, l'assuré veille moins à prévenir la survenance du risque et relâche les précautions qu'il prend jusq'au niveau à partir duquel l'assureur est en mesure de les contrôler.

Il est très important de souligner que les assureurs ne sont soumis à aucune obligation légale de garantir une assurance et, dès lors, que personne, pas même celui qui souffre d'une maladie ou d'un handicap, ne dispose d'un droit d'être assuré.

La solidarité est, certes, une caractéristique fondamentale des assurances, mais, en l'espèce, il est question d'une solidarité aléatoire entre chanceux et malchanceux, au sens où on l'entend dans le domaine des assurances.

Les assurances jouent un rôle de plus en plus important. En effet, chaque personne et chaque famille a besoin d'une protection financière correcte, adaptée et abordable, sous la forme d'une assurance-vie, d'une assurance-hospitalisation ou de toute autre assurance soins de santé, d'une assurance de solde restant dû (principalement dans le cadre d'un emprunt hypothécaire), d'une assurance familiale et de certains autres types d'assurances en responsabilité (2).

Les personnes en bonne santé peuvent facilement conclure des contrats d'assurance. En revanche, les personnes atteintes de maladies chroniques ou d'un handicap, ainsi que leur famille, sont considérées par les assureurs comme des personnes à risque élevé, et ne peuvent souvent ni obtenir un contrat d'assurance ni faire face au coût d'un tel contrat.

L'enquête sur les forces de travail réalisée en 2002 par l'Institut national de statistique a montré que 16,2 % des personnes âgées de 15 à 64 ans souffrent

(1) Thiery, Y., « *De antidiscriminatiewet: verzekeren over dezelfde kam?* », TBA, 2003/8.

(2) Point de vue de la *Vlaams patiëntenplatform VZW*, « *Verzekeringsproblemen van mensen met een chronische ziekte of handicap en hun omgeving* ».

moet dragen, moet daarvoor een hogere prijs betalen (1). Dit is een normale uiting van een correcte rechtvaardigheid.

Indien de verzekeraars voor de dekking van een bepaald risico (bijvoorbeeld overlijden of hospitalisatie) iedereen dezelfde premie laten betalen, loert het gevaar van antisselectie en « moral hasard ».

Het gevaar van antisselectie (zelfselectie aan de kant van de verzekerden) bestaat erin dat indien de verzekerde met een laag risico dezelfde premie moet betalen als een verzekerde met een hoog risico, hij zich liever uit de portefeuille van de verzekeraar terugtrekt.

Het gevaar voor « moral hasard » bestaat erin dat door het voorhanden zijn van een verzekering, de verzekerde er minder zorg voor zal dragen dat het risico zich niet voordoet en hij de genomen zorg vermindert tot het niveau waarop dit voor de verzekeraar controleerbaar is.

Van zeer groot belang is dat er voor verzekeraars geen enkele wettelijke verzekeringsplicht bestaat. Anders gezegd betekent dit dus dat er geen enkel recht op verzekering bestaat voor om het even wie, met of zonder ziekte of handicap.

Solidariteit is in wezen wel kenmerkend voor de verzekeringen, doch het gaat hier om een kanssolidariteit tussen de geluksvogels en de pechvogels, die de pure verzekerings solidariteit uitmaakt.

Verzekeringen spelen een steeds belangrijkere rol. Elke persoon of gezin heeft immers behoefte aan een behoorlijke, aangepaste en betaalbare financiële beveiliging via de levensverzekering, de hospitalisatie- en andere gezondheidsverzekeringen, de schuldsaldo-verzekering (voornamelijk bij het lenen voor de aankoop van een woning), familiale en andere aansprakelijkheidsverzekeringen (2).

Gezonde mensen kunnen gemakkelijk verzekeringen afsluiten. Personen met een chronische ziekte of handicap en hun gezin, worden door verzekeraars echter als een « hoger » risico beschouwd en kunnen daarom vaak geen verzekeringsovereenkomst bekomen of betalen.

Uit de enquête naar de arbeidskrachten van het Nationaal Instituut voor de Statistiek in 2002 blijkt dat 16,2 % van de personen tussen 15 en 64 jaar te

(1) Thiery, Y., « *De antidiscriminatiewet: verzekeren over dezelfde kam?* », TBA, 2003/8.

(2) Standpunt van het *Vlaams patiëntenplatform VZW*, « *Verzekeringsproblemen van mensen met een chronische ziekte of handicap en hun omgeving* ».

d'un handicap ou de problèmes de santé de longue durée. Ces problèmes concernent donc une catégorie non négligeable de la population.

Les auteurs de la présente proposition de résolution souscrivent aux principes de l'assurance, qui se concrétisera toujours par un contrat aléatoire, mais ils estiment que le risque doit être évalué de manière réaliste et que l'accès aux assurances doit être le plus large possible.

Les auteurs souhaitent obtenir un large consensus social, parce que c'est le seul moyen, selon eux, d'offrir aux malades chroniques et aux personnes handicapées un meilleur accès à des assurances financièrement abordables. L'approche qui a été privilégiée en France dans le cadre de la « Convention Belorgey » est la bonne. Un groupe de travail a été constitué à l'initiative des pouvoirs publics, au sein duquel les ministres compétents, les consommateurs, les associations de patients pour malades chroniques et pour handicapés, et les assureurs, ont œuvré ensemble à l'élaboration d'une convention.

Au chapitre suivant, nous passerons en revue, exemples concrets à l'appui, les divers éléments qui font des malades chroniques et des personnes handicapées les parents pauvres de l'assurance. Suivra ensuite un aperçu des initiatives législatives en la matière et des raisons pour lesquelles celles-ci sont insuffisantes. Nous examinerons également les effets de la loi tendant à lutter contre la discrimination. Enfin, dans le dernier chapitre seront exposés les objectifs concrets de la proposition de résolution.

Il y aura toujours des risques inassurables, mais, comme nous le verrons plus loin, la balance penche trop en faveur des assureurs à l'heure actuelle. Il faut qu'ils réagissent plus rapidement et qu'ils soient plus inventifs. Ils doivent, entre autres, tenir compte plus rapidement des tableaux de mortalité les plus récents et de l'évolution de la médecine. La présente proposition de résolution vise à les y inciter.

2. Cas dans lesquels aucune assurance adaptée ne peut être contractée à des primes ou à des conditions acceptables

2.1. Aperçu des assurances concernées

L'ancienne commissaire du gouvernement à la sécurité sociale, Mme Greet van Gool, a donné l'aperçu suivant des problèmes que rencontrent les malades chroniques et les personnes handicapées dans le cadre des assurances.

Le problème le plus aigu se pose en matière d'assurance-hospitalisation et d'assurance-vie et, de manière plus générale, dans diverses assurances concernant la maladie, l'invalidité et les soins de santé

kampen heeft met een handicap of een langdurig gezondheidsprobleem. Het gaat dus om een niet te verwaarlozen groep binnen de bevolking.

Indieners van de resolutie onderschrijven de principes van de verzekering; het is en blijft een kanscontract, doch het risico moet realistisch worden ingeschat en de toegang tot de verzekeringen moet zo breed mogelijk zijn.

Indieners wensen een brede maatschappelijke consensus na te streven: enkel daardoor zal men een grotere toegankelijkheid bekomen voor de chronisch zieken en de gehandicapten tot betaalbare verzekeringen. De aanpak die werd gehanteerd bij de « Convention Belorgey » in Frankrijk is de juiste. Op initiatief van de overheid werd een werkgroep opgezet waarin de vakministers, de consumenten en patiëntenverenigingen voor chronisch zieken en gehandicapten en de verzekeringen samen een conventie opstelden.

In het volgend hoofdstuk zullen de diverse pijnpunten worden overlopen waardoor chronisch zieken en gehandicapten uit de boot vallen qua verzekeringen. Dit zal worden geïllustreerd aan de hand van concrete voorbeelden. Daarop volgt een overzicht van de wetgevende initiatieven hieromtrent en de reden waarom zij tekortschieten. Tevens zullen de effecten van de Wet Bestrijding Discriminatie worden besproken. Een laatste hoofdstuk zet de concrete doelstellingen van het voorstel van resolutie uiteenzet.

Er zullen altijd onverzekerbare risico's zijn, doch zoals hierna zal blijken is de slinger te ver in het voordeel van de verzekeraars uitgeslagen. De verzekeraars moeten korter op de bal spelen en innovatiever zijn. Zij moeten onder meer sneller rekening houden met de jongste mortaliteitstabellen en de medische evolutie. Deze resolutie wil hiertoe een aanzet zijn.

2. Gevallen waarin geen aangepaste verzekering tegen aanvaardbare premie en andere voorwaarden kunnen worden gesloten

2.1. Overzicht van de betrokken verzekeringen

Voormalig regeringscommissaris voor de Sociale Zekerheid, mevrouw Greet Van Gool, gaf volgend overzicht van de pijnpunten inzake verzekeringen voor chronisch zieken en gehandicapten.

Het meest nijpende probleem rijst inzake hospitalisatieverzekeringen en levensverzekeringen en meer in het algemeen allerlei verzekeringen met betrekking tot ziekte en invaliditeits- of gezondheidszorgen voor

pour les (la plupart des) personnes malades ou handicapées, surtout lorsqu'elles déclarent leur maladie ou leur handicap et même lorsque leur état de santé est stabilisé (au moyen de médicaments) ou a été déclaré « sous contrôle » ou rétabli depuis longtemps, souvent depuis des années.

Ces assurances sont même refusées à des personnes handicapées ou malades pourtant disposées à voir insérer dans les polices des clauses réduisant la couverture de leur assurance à tous les cas (« normalement » assurés), hormis leur handicap ou leur maladie ainsi que les conséquences résultant directement de ceux-ci.

Dès lors, il en résulte souvent, parfois même sur les conseils ou, du moins, au su des intermédiaires d'assurances, qu'il n'est pas fait mention du handicap ou de la maladie, de sorte qu'en réalité, il est question d'une « assurance fictive » pour laquelle l'assureur prendra plus tard — parfois des années plus tard — des sanctions pour communication ou déclaration de risque incorrectes ou défaut de celles-ci.

Des problèmes analogues se posent également en matière d'assurances de solde restant dû (principalement pour les emprunts en vue de l'achat, la construction ou la transformation d'une habitation).

Les assurances ou polices familiales (assurances dites responsabilité civile vie privée, fréquemment combinées à des assurances assistance juridique, risques corporels, etc.) sont refusées ou résiliées régulièrement lorsqu'un handicap mental, fût-il léger, est déclaré ou occasionnellement lorsqu'un enfant ou un autre membre de la famille présente un trouble dépressif ou psychique, même temporaire.

Même les assurances-incendie (et toutes les assurances connexes que l'on trouve aujourd'hui, contre le bris de glaces, les dégâts des eaux, les dégâts causés par une tempête ...) sont maintes fois refusées ou résiliées dans le même cas que pour les polices précitées, mais aussi et surtout à des personnes qui présentent un léger handicap mental et qui veulent occuper, seules, un logement adapté, de manière autonome, fût-ce avec assistance.

2.2. *Comment les malades chroniques et les personnes handicapées sont-ils exclus ?*

L'exclusion des (candidats) assurés se rencontre à tous les stades du contrat d'assurance :

— avant et lors de la conclusion du contrat : au moment de l'acceptation (refus de contracter) et de la tarification (primes excessives);

(de meeste) gehandicapten of patiënten, zeer zeker wanneer die daarbij melding maken van hun handicap of ziekte, veelal ook als hun gezondheidstoestand al heel lang, meer dan eens sinds jaren, behoorlijk (met medicatie) gestabiliseerd of « onder controle » is of genezen is verklaard.

Vaak worden die verzekeringen zelfs geweigerd aan personen met een handicap of aan patiënten die bereid zijn in de polis met zoveel woorden te laten bedingen dat die verzekeringen hun (normale) werking zullen hebben voor alle (« normaal » verzekerde) gevallen, behalve dan hun handicap of ziekte met de direct daaruit voortvloeiende gevolgen.

Het gevolg is dan vaak dat, soms zelfs op aanraden of alleszins met medeweten van daarbij optredende verzekeringstussenpersonen, geen melding wordt gemaakt van de handicap of de ziekte, zodat er eigenlijk sprake is van een « schijnverzekering » waarvoor de verzekeraar later — soms vele jaren nadien — sancties zal toepassen wegens niet of onjuiste mededeling of aangifte van het risico.

Gelijkaardige problemen zijn er ook inzake schuld-saldoverzekeringen (voornamelijk bij het aangaan van een lening met het oog op het kopen, bouwen of verbouwen van een woning).

Familiale verzekeringen of gezinspolissen (zogenaamde verzekeringen van de burgerrechtelijke aansprakelijkheid privé-leven, meer dan eens met eraan verbonden verzekeringen van rechtsbijstand, lichamelijke ongevallen, en dergelijke) worden geregeld geweigerd of opgezegd aan/voor gezinnen die melding maken van een, soms zelfs maar lichte, mentale handicap, uitzonderlijk ook van een, soms tijdelijke, depressieve of andere psychisch nadelige toestand van een kind of ander lid van het gezin.

Zelfs brandverzekeringen (met alle nevenverzekeringen die daar tegenwoordig bijhoren, zoals tegen glasbreuk, waterschade, zelfs stormschade ...) worden meer dan eens geweigerd of opgezegd in dezelfde situatie als de reeds vermelde polissen, maar toch wel vooral bij mensen met een lichte mentale handicap die zelf, zelfstandig, zij het onder begeleiding, een aangepaste woning willen betrekken.

2.2. *Hoe worden chronisch zieken en gehandicapten uitgesloten ?*

De uitsluiting van verzekerden doet zich voor in de onderscheiden fasen in het leven van een verzekeringscontract :

— vóór en bij het sluiten van het contract : de acceptatie (contractswegering) en tarifiering (overdreven premies);

— lors de l'exécution du contrat : paiement de la prime, adaptation apportée au contrat, résiliation, (refus de) prolongation et fin du contrat;

— lors de la survenance d'un sinistre : conditions de couverture et application de celles-ci, règlement du sinistre.

2.2.1. Le refus de contrat

Des clauses d'exclusion sont souvent prévues dans des polices d'assurance-vie et d'assurance-hospitalisation.

La plupart des polices excluent les malades chroniques et les personnes handicapées. En effet, les assureurs n'octroient pas de couverture lorsqu'il y a une situation préexistante, c'est-à-dire lorsqu'au moment de conclure l'assurance, des symptômes avant-coureurs d'une maladie sont déjà présents.

Les personnes infectées par le VIH se trouvent ainsi dans l'impossibilité de conclure une assurance-vie. Les assureurs justifient leur attitude en arguant que les chances de survie sont imprévisibles. Alors que cette attitude pouvait encore être considérée comme acceptable dans les années nonante, dès lors qu'il s'agissait d'une nouvelle maladie mortelle pour laquelle il n'existait aucun traitement adéquat, elle est totalement dépassée aujourd'hui. Un rapport néerlandais du *Verbond der Verzekeraars* a confirmé récemment que les patients atteints par le VIH pouvaient très bien bénéficier d'une assurance-vie. À la suite de ce rapport, quelques assureurs néerlandais leur ont ouvert leurs polices d'assurance-vie.

Le refus de couverture est parfois influencé par l'existence de lois contraignantes et de conditions minimales de garantie que le législateur a imposées pour certaines couvertures et qui ont supprimé toute autonomie en ce qui concerne le montant des capitaux assurés, les dangers couverts, les exonérations autorisées, etc. La seule marge de manœuvre dont dispose encore dans ce cas l'assureur se situe sur le plan de l'acceptation ou non du candidat assuré et du montant de la prime.

Ainsi J. Rogge souligne que la surprotection du consommateur se retourne parfois contre ce dernier lorsque l'assureur, confronté à des prescriptions contraignantes impossibles à respecter, renonce à l'assurer (1).

C'est l'une des objections qu'avancent les auteurs contre le fait d'imposer unilatéralement une assurance de base assortie de conditions obligatoires et d'une prime de base peu élevée.

(1) Rogge, J., « Consumentenbescherming met averechtse effecten in verzekeringen », in *Consumentenrecht*, Y. Merchiers, Brugge, Die Keure, 1998, 262.

— bij de uitvoering van het contract : premiebetalen, aanpassing aan het contract, opzegging, (niet-)verlenging en einde van het contract;

— bij schadegeval : dekkingsvoorwaarden en hun toepassing, regeling van het schadegeval.

2.2.1. De contractswegering

Uitsluitingsclausules worden veel toegepast bij levensverzekeringen en hospitalisatieverzekeringen.

Chronisch zieken en mensen met een handicap worden in de meeste polissen uitgesloten. De verzekeraars kennen immers geen verzekering toe wanneer er sprake is van een voorafbestaande toestand. Op het moment dat de verzekering wordt afgesloten zijn er reeds symptomen van een ziekte die later uitbreekt.

Zo worden mensen met HIV uitgesloten van de mogelijkheid om levensverzekeringen af te sluiten. De verzekeraars rechtvaardigen dit met de grond dat er geen prognoses kunnen worden gegeven over de overlevingskansen. Daar waar dit in de jaren negentig nog een aanvaardbare uitleg was, aangezien het een nieuwe dodelijke ziekte betrof en er geen adequate medicatie bestond, is dit heden totaal achterhaald. Een Nederlands rapport van het Verbond der Verzekeraars bevestigde onlangs dat HIV-patiënten wel kunnen worden verzekerd in het kader van de levensverzekeringen. Naar aanleiding hiervan hebben enkele Nederlandse verzekeraars hun levensverzekeringen opengesteld voor dragers van HIV.

Soms wordt de weigering van de dekking beïnvloed door dwingende wetgeving en de zogenaamde minimumgarantievoorwaarden die de wetgever in bepaalde dekkingen heeft opgelegd en de wilsautonomie hebben uitgesloten inzake het bedrag van de verzekerde kapitalen, de gedekte gevaren, de toegelaten vrijstellingen, enz. De enige bewegingsruimte die de verzekeraar dan nog rest is het al of niet aanvaarden van de verzekeringnemer en de hoogte van de premie.

Zo vestigt J. Rogge er de aandacht op dat de overbescherming van de consument zich soms tegen deze laatste keert wanneer de verzekeraar, geconfronteerd met onhaalbare dwingende voorschriften, afhaakt (1).

Dit is één van de bezwaren die de indieners hebben tegen het eenzijdig opleggen van een basisverzekering met verplichte voorwaarden en een lage basispremie.

(1) Rogge, J., « Consumentenbescherming met averechtse effecten in verzekeringen », in *Consumentenrecht*, Y. Merchiers, Brugge, Die Keure, 1998, 262.

Toute assurance implique en effet que le risque financier représenté par les preneurs d'assurances individuels est réparti sur l'ensemble des assurés.

Les personnes handicapées aussi se voient régulièrement opposer un refus par des assureurs, en particulier lorsqu'il s'agit d'assurances hospitalisation. Une solution pourrait être de couvrir tous les sinistres à l'exclusion de ceux qui sont spécifiquement liés au handicap.

L'association flamande du diabète a indiqué qu'en matière d'assurances-hospitalisation et d'assurances-vie, les patients diabétiques se voient fréquemment opposer un refus catégorique. À ce sujet, M. Georges Krzentowski, président de l'Association belge du diabète déclare: «Les compagnies excluent les diabétiques alors qu'en termes d'espérance de vie, le pronostic pour un diabétique stabilisé est devenu bien meilleur (1).» Ce sont ainsi 230 000 patients diabétiques qui sont exclus.

2.2.2. La surprime

Le montant des primes d'un contrat d'assurance est fixé en fonction non seulement de la durée et du rendement du contrat mais aussi de l'espérance de vie du candidat assuré. Les assureurs décident librement de la majoration de la prime.

L'espérance de vie se calcule sur la base de tables de mortalité mais aussi en fonction des risques spécifiques que présente l'intéressé en termes d'âge, d'état de santé, de sexe, de style de vie, de profession, etc.

C'est l'aspect *intuitu personae* (lié à la personne) du contrat d'assurance.

Toutefois, pour les malades chroniques et les handicapés, le calcul des risques n'est pas équilibré.

Ce point a été soulevé dans le cadre de la «Convention Belorgey» signée en France. Un des grands problèmes est le montant de la prime. Si celui-ci est trop élevé, il peut avoir un effet d'exclusion. Certaines compagnies d'assurances acceptent d'assurer des personnes souffrant de maladies chroniques pré-existantes mais leur réclament le paiement d'une surprime substantielle, ce qui aboutit à exclure de fait les malades chroniques et les handicapés.

(1) Vandemeulebroucke, M., «La galère des diabétiques», *Le Soir*, 22 août 2001.

Iedere verzekering houdt immers in dat het financiële risico van de individuele verzekeringnemers wordt gespreid over het collectief van alle verzekerden.

Ook gehandicapten worden regelmatig geweigerd door verzekeraars, zeker in het kader van hospitalisatieverzekeringen. Een oplossing zou hierin kunnen bestaan enkel de schadegevallen uit de dekking te sluiten welke specifiek verband houden met de handicap en dekking te verlenen voor alle overige.

De Vlaamse Diabetesvereniging stelde dat botte weigeringen van diabetespatiënten voor een hospitalisatieverzekering en een levensverzekering regelmatig voorvallen. De heer Georges Krzentowski, voorzitter van de Belgische Diabetesvereniging, formuleert het als volgt: «*Les compagnies excluent les diabétiques alors qu'en termes d'espérances de vie, le pronostic pour un diabétique stabilisé est devenu bien meilleur (1).*» Aldus vallen 230 000 diabetespatiënten uit de boot.

2.2.2. De bijpremie

Bij het vastleggen van een verzekeringscontract worden naast elementen zoals de duur en het rendement van het contract, de premies bepaald in functie van de levensverwachting van de kandidaat-verzekerde. Verzekeraars bepalen vrij de premieopslag.

De levensverwachting wordt berekend op basis van sterftetabellen, maar wordt tevens afgeleid uit specifieke aan de betrokken persoon verbonden risico's, met name zijn leeftijd, gezondheidstoestand, geslacht, levensstijl, beroep, enz.

Dit is eigen aan het «*intuitu personae*» (persoonsgebonden) karakter van verzekeringen.

Het evenwicht in de risicoberekening is echter zoek bij chronisch zieken en gehandicapten.

Dit punt werd aangekaart in de «Convention Belorgey» in Frankrijk. Een van de grote problemen is de hoogte van de premie. Wanneer ze te hoog is kan ze worden gelijkgesteld met een uitsluiting. Sommige maatschappijen laten mensen met voorafbestaande chronische ziekten toe tot hun verzekeringen, doch enkel mits betaling van een substantiële premieopslag. Dit leidt tot een de-facto-uitsluiting van de chronisch zieken en de gehandicapten.

(1) Vandemeulebroucke, M., «La galère des diabétiques», *Le Soir*, 22 augustus 2001.

Ainsi, d'après l'Union professionnelle des entreprises d'assurances, les patients diabétiques doivent payer une surprime qui atteint 300 % (1), ce que confirme l'Association flamande du diabète.

Cela vaut aussi pour d'autres affections chroniques comme la sclérose en plaques et la maladie de Crohn.

Le problème est que cela est souvent dû à l'ignorance. Les assureurs ne font pas la distinction entre les formes graves et les formes atténuées du diabète et mettent sur le même pied toutes les personnes qui en souffrent (2).

Sous l'effet de la généralisation, on paie pour certains types de diabètes des primes trop élevées par rapport au risque qu'ils présentent. Les assureurs doivent travailler davantage au cas par cas.

Pour résoudre les problèmes liés au coût inabordable des assurances, il faut que les pouvoirs publics et le secteur dialoguent dans un esprit ouvert avec les associations de patients et les associations de consommateurs et élaborent un protocole d'accord.

2.2.3. Adaptation et non-prolongation du contrat d'assurance

En cas de passage d'une assurance collective à une assurance individuelle, on se heurte très fréquemment à un refus de contracter.

Il arrive en effet de plus en plus souvent dans la pratique que des personnes (et parfois même d'autres membres de la famille) soient couvertes par une assurance collective conclue par l'employeur ou par une institution. Pour les ménages aussi, il existe des assurances collectives qui valent pour tous les membres de la famille.

Dans le cadre d'une assurance collective, valable aussi pour les membres de la famille, on note aussi des refus de contracter, par exemple lorsque les enfants quittent la maison pour aller habiter ailleurs ou fonder leur propre famille et souffrent d'une maladie chronique.

Les assurances collectives offrent souvent une couverture pour des risques qui peuvent devenir plus graves ou plus périlleux au fil des ans. Parmi ces risques, on peut citer :

— le décès, couvert entre autres par les assurances solde restant dû;

(1) D.B., « *Er komt verbetering* ».

(2) Diercksens, Th., « *Verzekeringen maken suikerpatiënten het leven zuur* », *De Morgen*, 12 février 2005.

Zo moeten diabetespatiënten een bijpremie betalen die oploopt tot 300 %, aldus de Beroepsvereniging voor Verzekeringsondernemingen (1). Dit wordt bevestigd door de Vlaamse Diabetesvereniging.

Dit geldt eveneens voor andere chronische aandoeningen zoals MS en de ziekte van Crohn.

Het probleem is dat dit dikwijls te wijten is aan onwetendheid. Verzekeraars maken geen onderscheid tussen zwaardere en lichtere vormen van diabetes en scheren iedereen over dezelfde kam (2).

Door te veralgemenen betalen sommige suikerziekten te hoge premies in verhouding tot hun risico. De verzekeraars moeten meer aan maatwerk doen.

Om problemen inzake onbetaalbare verzekeringen op te lossen, moeten de overheid en de verzekeringssector in open overleg met patiënten- en consumentenverenigingen samenzitten en een convenant uitwerken.

2.2.3. Aanpassing en niet-verlenging verzekeringscontract

Veel voorkomend is de contractsweigering bij de overstap van een collectieve naar een individuele verzekering.

In de praktijk gebeurt het immers steeds meer dat personen (soms zelfs met andere gezinsleden) opgenomen zijn in een collectieve verzekering, afgesloten door de werkgever of een andere instelling. Ook wat de gezinnen betreft zijn er soms collectieve verzekeringen die gelden voor alle gezinsleden.

Ook binnen de context van een collectieve verzekering, die geldt voor de gezinsleden, komen gevallen van contractsweigering voor wanneer de kinderen bijvoorbeeld uit huis gaan wonen of zelf een gezin stichten en een chronische ziekte hebben.

Collectieve verzekeringen bieden vaak dekking voor risico's die met de levensloop ernstiger of gevaarlijker worden. Voorbeelden van risico's zijn :

— overlijden, onder meer gedekt in schuldsaldo-verzekeringen;

(1) D.B., « *Er komt verbetering* ».

(2) Diercksens, Th., « *Verzekeringen maken suikerpatiënten het leven zuur* », *De Morgen*, 12 februari 2005.

— l'état de santé, couvert entre autres par les assurances hospitalisation ou les assurances soins de santé;

— les assurances «revenu garanti».

À cet égard, le cas de Mme Sylvia De Ren a été amplement commenté dans les médias. Cette personne était atteinte d'un cancer du sein et avait changé d'employeur. Elle souhaitait passer de l'assurance-hospitalisation collective dont elle bénéficiait chez son employeur précédent à une police individuelle. Cela s'avéra impossible. Le motif du refus était qu'entre-temps, on lui avait décelé un cancer du sein et que, de ce fait, elle n'entrait plus en considération pour l'assurance-hospitalisation. Le refus était contraire aux conditions que l'intéressée avait obtenues dans le cadre de la précédente police de groupe.

Mme Moerman, alors ministre de l'Économie, a fait part en 2004 de son intention de déposer un projet de loi accordant aux travailleurs le droit de poursuivre leur assurance aux mêmes conditions : « Désormais, la garantie à vie de certaines branches d'assurances sensibles sera assurée. Ainsi, les conditions de couverture existantes seront maintenues si l'assuré devient moins valide, handicapé ou gravement ou chroniquement malade pendant la durée de certains contrats d'assurance. Il s'agit des assurances suivantes : hospitalisation, maladie complémentaire, incapacité de travail complémentaire, invalidité complémentaire, revenu garanti, vie et solde restant dû. La poursuite à titre individuel des assurances collectives sera également garantie (1). ».

Selon les auteurs, ce principe est capital. Il est dès lors repris distinctement dans la présente proposition de résolution. Le gouvernement doit respecter ses accords.

2.2.4. Lorsque le sinistre se produit

Principal exemple concret : l'exclusion assez générale, dans les assurances hospitalisation et maladie, des maladies ou malformations dont il est prouvé qu'elles existaient déjà au moment de la conclusion du contrat d'assurance en question, parfois même lorsqu'elles sont survenues (très) peu de temps après (2).

Sur ce point, et surtout en ce qui concerne l'assurance (ou la non-assurance) des maladies ou

— gezondheidstoestand, onder meer gedekt in hospitalisatie- of gezondheidszorgverzekeringen;

— verzekeringen met betrekking tot gewaarborgd inkomen.

Zo werd het geval van mevrouw Sylvia De Ren uitvoerig toegelicht in de media. Zij was borstkankerpatiënte en van werkgever veranderd. Zij wenste de collectieve hospitalisatieverzekering, welke ze bij haar vorige werkgever genoot, over te zetten naar een individuele polis. Dit bleek niet mogelijk. De grond voor de weigering was dat intussen bij deze dame borstkanker was vastgesteld en dat ze bijgevolg niet meer in aanmerking kwam voor de hospitalisatieverzekering. De weigering was in strijd met de voorwaarden die betrokkene had gekregen bij de vroegere groepspolis.

De voormalige minister van Economie, mevrouw Moerman, gaf in 2004 aan dat zij een wetsontwerp ging indienen waarbij werknemers het recht zouden krijgen om hun verzekering tegen dezelfde voorwaarden te kunnen voortzetten : « Voortaan zullen verzekeringen in bepaalde gevoelige verzekeringstakken levenslang gelden. Dat betekent dat de bestaande dekkingsvoorwaarden behouden blijven als de verzekerde tijdens de duur van bepaalde verzekeringen mindervalide of gehandicapt, ernstig of chronisch ziek wordt. Het gaat over de hospitalisatieverzekering, de aanvullende ziektekostenverzekering, de aanvullende arbeidsongeschiktheidsverzekering, de aanvullende invaliditeitsverzekering, de verzekering gewaarborgd inkomen, de levensverzekering en schuldsaldoverzekering. Ook wordt de individuele voortzetting van collectieve verzekeringen gegarandeerd (1). ».

Indieners stellen dat dit principe cruciaal is. Dit wordt dan ook afzonderlijk opgenomen in het voorstel van resolutie. De regering moet haar afspraken nakomen.

2.2.4. Bij het voordoen van het schadegeval

Belangrijkste concreet voorbeeld : de vrij algemene uitsluiting in hospitalisatie- en ziekteverzekeringen van ziekten of lichaamsgebreken, waarvan bewezen is dat ze reeds bestonden bij het sluiten van het betrokken verzekeringscontract, soms ook wanneer die (zeer) korte tijd nadien zijn opgetreden (2).

Op dit punt en vooral met betrekking tot de (niet-) verzekering van zogenaamde voorafbestaande ziekten

(1) <http://www.belgium.be/eportal/application?language=nl&pageid=contentPage&docId=33821>

(2) <http://www.borstkanker.net/hoofdframe.html?verzekeer.html&2>

(1) <http://www.belgium.be/eportal/application?language=nl&pageid=contentPage&docId=33821>

(2) <http://www.borstkanker.net/hoofdframe.html?verzekeer.html&2>

des affections dites « préexistantes », la situation varie assez sensiblement d'une compagnie à l'autre.

Un certain nombre (limité) de compagnies sont disposées à intégrer « normalement » les maladies existantes dans la couverture d'assurance lorsqu'il est établi que l'assuré lui-même n'en avait pas connaissance jusqu'alors ou lorsqu'elles ne se manifestent qu'après une période d'attente ou de carence déterminée (suivant la police: un, deux, trois ans, ...). D'autres compagnies, au contraire, les excluent toujours intégralement, même lorsque l'assuré lui-même n'en avait pas connaissance jusqu'alors ou qu'elles n'apparaissent qu'au cours de la période d'attente précitée.

En cas d'omission involontaire ou de communication involontairement inexacte de renseignements, le contrat n'est pas nul, mais on applique un régime de couverture réduit proportionnellement à la gravité de ces manquements involontaires.

Certains courtiers en assurances recommandent parfois au preneur de taire certains symptômes ou certaines maladies. Cette pratique n'est pas autorisée par la loi et elle ne conduit qu'à des « assurances fictives ».

3. Initiatives politiques

Proposition de loi n° 3-37/1: une obligation d'acceptation est prévue en ce qui concerne certaines assurances-vie qui constituent un contrat annexé garantissant l'exécution d'un crédit relevant de la loi du 4 août 1992 relative aux crédits hypothécaires, mais il faut payer dans ce cas une surprime dont le taux est fixé par un bureau de tarification. L'objet de cette proposition est limité, car elle ne concerne que les assurances-vie liées à des emprunts hypothécaires.

La solidarité imposée ne vaudra pas pour tous les assurés. En effet, la prime d'un contrat d'assurance-vie en cours ne peut pas être revue. La prime applicable aux nouveaux preneurs d'assurance prendrait, de ce fait, des proportions excessives.

Les auteurs de la présente proposition de résolution considèrent la fixation des primes par un bureau de tarification comme un dernier recours. Ils estiment que le problème des assurances ne se limite pas à l'assurance-vie qui est couplée à une hypothèque. Ils s'accordent cependant à dire que les contrats d'assurance liés à d'autres contrats méritent une attention particulière.

Dans cette proposition, le bureau de tarification est lié à une obligation d'acceptation collective.

Un problème subsiste: la surprime peut équivaloir dans les faits à un refus. D'autres options peuvent être envisagées. Si l'on maintient les primes à un bas

of aandoeningen, verschilt de situatie nogal grondig van maatschappij tot maatschappij.

Een (beperkt) aantal maatschappijen is bereid bestaande ziekten « gewoon » in de verzekeringsdekking op te nemen, wanneer vaststaat dat de verzekerde zelf totdan er geen kennis van had, of wanneer ze pas tot uiting komen na verloop van een bepaalde wachttijd of carenztijd (volgens de polis: 1, 2, 3 jaar ...). Andere maatschappijen sluiten ze integendeel nog steeds volledig uit, ook wanneer de verzekerde er zelf totdan geen kennis van had, of wanneer ze pas tijdens de vermelde wachttijd ontstaan.

Bij « onopzettelijk verzwijgen » of « onopzettelijk onjuist mededelen » van gegevens, is het contract niet nietig, maar geldt een mildere regeling die in verhouding staat tot de ernst van die onopzettelijke tekortkomingen.

Soms raden bepaalde verzekeringsadviseurs aan dat de verzekeringnemer zwijgt over bepaalde symptomen of ziektes. Dit mag niet krachtens de wet en leidt enkel tot « schijnverzekeringen ».

3. Politieke initiatieven

Wetsvoorstel 3-37/1: wat bepaalde levensverzekeringen betreft, die een bijgevoegd contract inhouden dat de uitvoering waarborgt van een krediet dat valt onder de wet van 4 augustus 1992 op het hypothecair krediet is er een acceptatieplicht, doch er moet een bijpremie worden betaald die wordt vastgelegd door een tarifieringsbureau. Het voorwerp van het voorstel is beperkt. Het betreft de levensverzekeringen die gekoppeld zijn aan hypotheekcontracten.

De opgelegde solidariteit zal niet gelden voor alle verzekerden. Immers, de premie van een lopend levensverzekeringscontract kan niet worden bijgesteld. De premie voor nieuwe verzekeringnemers zou daardoor buitenproportioneel hoog worden.

Indieners van dit voorstel van resolutie menen dat het vastleggen van de premies via een tarifieringsbureau een « last ressort » is. Zij menen dat het probleem van de verzekeringen niet beperkt is tot de levensverzekering die gekoppeld is aan een hypotheek. Wel zijn zij het ermee eens dat verzekeringscontracten die gekoppeld zijn aan andere contracten bijzondere aandacht verdienen.

Het tarifieringsbureau wordt in dit voorstel gekoppeld aan een collectieve acceptatieplicht.

Verder blijft het probleem bestaan dat de bijpremie een de-facto-weigering kan zijn. Hier zijn andere opties mogelijk. Indien men de premies laag houdt,

niveau, on induit une solidarité «subsidiante» à charge des autres assurés.

Il en résulte un risque de «hasard moral» et d'antisélection (*cf.* l'introduction). Les citoyens en bonne santé auront moins tendance à s'assurer, étant donné que les primes augmenteront par suite de l'obligation d'acceptation collective.

La proposition de résolution n° 51-1290/001 relative à la problématique de la segmentation dans les assurances déposée à la Chambre, où elle est toujours pendante, vise à faire dresser un inventaire des critères de segmentation qui existent sur le marché de l'assurance.

Cette proposition remet en question la segmentation ou la différenciation sur le marché de l'assurance. Le chercheur Kris Denauw déclare sans détour à ce propos que la limitation des possibilités de différenciation pour l'assureur entraîne un phénomène de solidarité «subsidiante» et provoque donc logiquement une augmentation des primes d'assurance.

Cette pratique est en outre contraire au principe de base d'une assurance, qui est un contrat *intuitu personae*. Le profil du cocontractant est également déterminant.

Le législateur doit veiller à ce que la surprotection du consommateur ne se retourne pas contre ce dernier lorsque l'assureur, confronté à des prescriptions contraignantes impossibles à tenir, décide de décrocher.

Les caractéristiques de l'assuré sont des facteurs objectifs de la sinistralité (prédisposition au sinistre). C'est la raison pour laquelle la différenciation faite par des assureurs et qui est basée sur les caractéristiques de l'assuré se justifie en principe objectivement dans les domaines sensibles.

Tout autre chose est la mesure dans laquelle l'assureur tient réellement compte des facteurs objectifs de l'assuré. Pourquoi un patient diabétique de trente ans — dont la maladie est stabilisée — ne peut-il pas conclure une assurance-hospitalisation ou une assurance-vie moyennant une prime réaliste ?

Parce que les assureurs ne tiennent pas compte de l'état actuel de la science ni des perspectives les plus récentes qui s'offrent à un patient diabétique sur le plan de la mortalité et des complications médicales.

La proposition de loi n° 3-125/1 est celle qui va le plus loin. Elle tend à imposer un service de base en matière d'assurances. Elle s'inspire du régime des services bancaires de base. Sa portée est toutefois limitée aux assurances auxquelles le consommateur est tenu de souscrire du fait de la loi ou d'un contrat, c'est-à-dire l'assurance-incendie et l'assurance-vie liée à un bail locatif ou à un contrat d'emprunt hypothécaire, ainsi que les assurances RC privée, plus communément appelées

ontstaat er subsidiërende solidariteit ten laste van de andere verzekerden.

Hierdoor ontstaat het risico van «moral hazard» en antisselectie (zie inleiding). Gezonde burgers zullen zich minder laten verzekeren, daar de premies zullen verhogen als gevolg van de collectieve acceptatieplicht.

Voorstel van resolutie 51-1290/001, ingediend in de Kamer betreffende de segmentering op de verzekeringsmarkt, wil een inventaris laten maken van de segmentatiecriteria die bestaan op de verzekeringsmarkt en is nog steeds hangende.

Dit voorstel stelt de segmentatie of differentiëring op de verzekeringsmarkt in vraag. Onderzoeker Kris Denauw stelt hieromtrent onomwonden dat de beperking van de differentiatiemogelijkheden in hoofde van de verzekeraar een subsidiërende solidariteit met zich meebrengt en dus logischerwijs leidt tot een verhoging van de verzekeringspremies.

Verder is het strijdig met het basisprincipe van een verzekering: een «intuitu-personae»-contract. Het profiel van de medecontractant is mede doorslaggevend.

De wetgever moet erover waken dat het overbeschermen van de consument zich niet tegen deze laatste keert, wanneer de verzekeraar, geconfronteerd met onhaalbare dwingende voorschriften vanwege de wetgever, afhaakt.

De kenmerken van de verzekerde zijn objectieve factoren in de sinistraliteit (vatbaarheid voor schadegeval). Dit is de reden waarom de differentiatie die verzekeraars maken en die gesteund is op de kenmerken van de verzekerde in de gevoelige domeinen, in beginsel objectief verantwoord is.

Iets helemaal anders is in hoeverre de verzekeraar echt rekening houdt met de objectieve factoren van de verzekerde. Waarom kan een dertigjarige diabetespatiënt — wiens ziektebeeld stabiel is — geen hospitalisatieverzekering of een levensverzekering afsluiten tegen een realistische premie ?

Omdat de verzekeraars geen rekening houden met de stand van de wetenschap en de jongste vooruitzichten van een diabetespatiënt inzake mortaliteit of medische complicaties.

Wetsvoorstel 3-125/1 is het meest vergaande. Het wil een basisdienstverlening inzake verzekeringen opleggen. Het is geïnspireerd op de basisdienstverlening voor banken. Het beperkt zich wel qua voorwerp tot die verzekeringen welke de consument moet nemen krachtens de wet of een overeenkomst. Het betreft de brand- en levensverzekeringen als uitvloeisel van een huurovereenkomst of hypothecaire leningsovereenkomst. Ook de privé-BA-verzekering

«assurance familiale». Toute compagnie est tenue d'assurer, pour une prime raisonnable et aux conditions normales du type de produit sollicité, une personne majeure qui introduit une demande en vue de l'être.

C'est contraire à tous les principes qui fondent un contrat d'assurance. Celui qui supporte un risque élevé et qui souhaite obtenir l'assurance qu'il n'aurait pas à assumer le dommage qui résulterait de la réalisation éventuelle du risque en question doit payer un prix plus élevé. Telle est l'expression normale d'une équité correcte. L'autosélection fera en sorte que l'assuré qui doit verser, pour un faible risque, une prime identique à celle que verse un autre assuré pour un risque élevé, se retirera du portefeuille de l'assureur.

L'assurance des bons risques est en quelque sorte pénalisée en raison d'une acceptation inconsidérée de mauvais risques.

Les auteurs estiment qu'il existe d'autres moyens qui sont tout aussi efficaces, sinon plus efficaces, et qui n'en sont pas moins conformes aux principes fondamentaux du droit des assurances. En outre, on peut reprocher à la proposition de loi visant à instaurer un service de base en matière d'assurances de ne pas être conforme au droit européen (paquet minimum) (1).

Il est particulièrement délicat de lier une tarification irréaliste à des conditions minimales de garantie.

Ces mesures risquent en outre de fausser la concurrence aux dépens des assureurs belges, dans la mesure où les assureurs des pays membres de l'UE autres que la Belgique ne seraient pas tenus de les respecter. Comme nous l'avons dit plus haut, une intervention tarifaire directe n'est possible qu'au niveau européen.

La proposition qui vise à instaurer une offre obligatoire de services de base ne souffre pas la comparaison avec celle qui vise à instaurer des services bancaires de base, étant donné que la différenciation que font les assureurs est objectivement équitable en principe, dans la mesure où elle est fondée sur des caractéristiques objectives de l'assuré.

4. La loi antidiscrimination est un tigre de papier en matière d'assurabilité des malades chroniques et des personnes handicapées

La commissaire du gouvernement à la Sécurité sociale de l'époque, Mme Greet Van Gool, estimait en 2003 que la nouvelle législation antidiscrimination, qui était entrée en vigueur cette année-là, allait mettre fin aux dérives en matière d'assurabilité des malades

(1) Cour de Justice, 25 février 2003, affaire n° C-59/01 Commission européenne contre République italienne.

gen vallen hieronder, i.c. de gewone familiale verzekeringen. Een maatschappij moet een meerderjarige persoon, die zulks vraagt, verzekeren tegen een redelijke premie en tegen de voor het gevraagde product gebruikelijke voorwaarden.

Dit is strijdig met alle principes van een verzekeringscontract. Wie een hoog risico draagt, en zekerheid wil dat hij, indien het risico zich voordoet, de schade niet moet dragen, moet daarvoor een hogere prijs betalen. Dit is een normale uiting van correcte rechtvaardigheid. Zelfselectie aan de kant van de verzekerde zal ertoe leiden dat de verzekerde met een laag risico, vermits hij dezelfde premie moet betalen als de verzekerde met een hoog risico, zich zal terugtrekken uit de portefeuille van de verzekeraar.

De goede risico's worden hier gestraft voor een onbezonnen aanvaarding van slechte risico's.

Indieners menen dat er andere middelen bestaan die even doeltreffend zijn of zelf doeltreffender, maar toch conform de basisprincipes van het verzekeringsrecht zijn. Bovendien zijn er Europeesrechtelijke bezwaren tegen het wetsvoorstel betreffende de basisdiensten inzake verzekeringen (minimumpakket) (1).

Het is bijzonder delicaat om aan de minimumgarantievoorwaarden een onrealistische tariefregeling te koppelen.

Verder dreigen deze maatregelen de concurrentie te vervalsen voor de Belgische verzekeraars, indien hun naleving niet afdwingbaar is bij de buitenlandse EU-verzekeraars. Zoals hoger aangehaald is een rechtstreekse tariefinterventie enkel mogelijk op Europees niveau.

Bij het voorstel tot invoering van een verplicht aanbod van basisdiensten gaat de vergelijking met de basisdiensten in de banksector niet op, gelet op de differentiatie die de verzekeraars maken die, als ze gesteund is op objectieve kenmerken van de verzekerde, in beginsel objectief rechtvaardig is.

4. De antidiscriminatiewet is een papieren tijger inzake de verzekeraarbaarheid van chronisch zieken en gehandicapten

De toenmalige regeringscommissaris voor de Sociale Zekerheid, Greet Van Gool, meende in 2003 dat de nieuwe antidiscriminatiewetgeving, die toen in werking trad, paal en park zou stellen aan de wantoestanden inzake de verzekeraarbaarheid van chronisch

(1) Hof van Justitie, 25 februari 2003, zaak nr. C-59/01 Europese Commissie tegen de Republiek Italië.

chroniques et des personnes handicapées : «La loi antidiscrimination, qui entrera en vigueur début 2003, fera en sorte que les malades chroniques et les personnes handicapées puissent contracter une assurance plus facilement. Jusqu'à présent, il était très difficile pour ces personnes de s'assurer contre toutes sortes de risques ou d'être indemnisées lorsque cela s'avérait être nécessaire. Les assureurs leur opposent souvent un refus en raison de leur santé ou de leur handicap, ou cherchent des échappatoires pour ne pas devoir les indemniser. La nouvelle loi met le holà à cette forme de discrimination (1).».

Bien que la loi soit entrée en vigueur il y a deux ans déjà, il s'avère que les malades chroniques et les personnes handicapées ont toujours autant de mal à accéder aux diverses assurances.

La temporisation dans la mise en œuvre de la loi tendant à lutter contre la discrimination résulte de son article 3 qui dispose qu'elle (la loi) ne porte pas atteinte aux libertés et droits fondamentaux. Une de ces libertés fondamentales est le droit d'association. Deux droits fondamentaux entrent donc en conflit. Dans ce champ de tension, le droit à la liberté d'association primera en certaines circonstances (2).

C'est ainsi, selon le chercheur Kris Bernauw, que, par exemple, les associations d'assurances mutuelles qui sont fondées sur certaines caractéristiques (dans les domaines sensibles) de leurs membres ne discrimineront pas, en refusant d'affilier des personnes qui ne présentent pas ces caractéristiques.

D'aucuns ont déclaré que la segmentation ou différenciation est contraire à la loi tendant à lutter contre la discrimination, mais c'est inexact.

La segmentation est propre à la technique d'assurance et elle a pour but de proportionner autant que possible la prime d'assurance en fonction du profil de risque de l'assuré. Par ailleurs, la segmentation ou différenciation est imposée dans certains cas par la loi. Elle l'est notamment par la législation sur le contrôle, qui prévoit un contrôle de rentabilité. La segmentation est imposée en particulier par l'article 12 du règlement de contrôle et par l'article 22 de l'arrêté sur l'assurance-vie, en ce qui concerne le sexe et l'âge.

Le refus de conclure un contrat avec une personne et la fixation de primes exagérées peuvent donner lieu à des discriminations prohibées, mais cela ne signifie pas pour autant qu'ils ont effectivement un effet discriminatoire voulu par les assureurs. La Cour

(1) Exposé à l'occasion de la journée mondiale du sida à l'Institut de médecine tropicale à Anvers. http://www.news-from-newspapers.com/nl/Algemeen/2005/03/25/2003_Verzekeraars_mogen_chronisch_zieken_en_mensen_met_een_handicap_niet_langer_discrimineren.html

(2) Bernauw, K., «De Wet Bestrijding Discriminatie en verzekeringen» dans: *De wet Bestrijding Discriminatie in de praktijk*, éd. Marc De Vos et Eva Brems, Intersentia, p. 291.

zieken en gehandicapten : «De antidiscriminatiewet, die ingaat begin 2003, zal ervoor zorgen dat chronisch zieken en mensen met een handicap makkelijker een verzekering kunnen sluiten. Tot nu toe was het voor deze mensen zeer moeilijk om zich te verzekeren tegen allerlei risico's of om uitbetaald te worden als het nodig blijkt. Verzekeraars weigeren hen vaak omwille van hun gezondheidstoestand of handicap. Of zoeken naar achterpoortjes om hen niet te moeten uitbetalen. Met de nieuwe wet wordt deze vorm van discriminatie sterk ingedijkt (1).».

Alhoewel de wet nu reeds twee jaar gelding kent, blijkt dat de chronisch zieken en de gehandicapten geenszins een gemakkelijker toegang hebben tot de diverse verzekeringen.

De tempering van de uitwerking van de discriminatiewet ligt in artikel 3 Wet Bestrijding Discriminatie, waarin bevestigd wordt dat zij (de wet) geen afbreuk doet aan de fundamentele rechten en vrijheden. Een van die fundamentele vrijheden is het recht op vereniging. Aldus komen twee grondrechten in conflict. In dit spanningsveld zal in bepaalde omstandigheden het recht op verenigingsvrijheid primeren (2).

Aldus zullen bijvoorbeeld onderlinge verzekeringsverenigingen die gesteund zijn op bepaalde karakteristieken (in de gevoelige domeinen) van de leden-verzekerden niet discrimineren, indien zij de anderen die deze kenmerken niet vertonen, weigeren, aldus onderzoeker Kris Bernauw.

Sommigen hebben geopperd dat de segmentatie of de differentiëring strijdig is met de Wet Bestrijding Discriminatie, quod non.

De segmentering is eigen aan de verzekeringstechniek en is erop gericht om de verzekeringspremie zoveel mogelijk af te stemmen op het risicoprofiel van de verzekerde. Bovendien wordt de segmentering of de differentiëring in sommige gevallen door de wet opgelegd. Dit uit zich in de controlewetgeving, die in een rentabiliteitscontrole voorziet. Meer in het bijzonder wordt de segmentering opgelegd in artikel 12 Controlereglement en in artikel 22 Levensverzekeringsbesluit, wat geslacht en leeftijd betreft.

Contractsweigeren en overdreven premies kunnen potentieel een verboden discriminatie vormen. Dit wil echter niet zeggen dat die maatregelen vanwege de verzekeraars ook effectief discrimineren. Het Europees Hof stelde reeds eerder omtrent het beweerde

(1) Voordracht *ter* gelegenheid van de Werelddaidsdag in het Instituut voor Tropische Geneeskunde in Antwerpen. http://www.news-from-newspapers.com/nl/Algemeen/2005/03/25/2003_Verzekeraars_mogen_chronisch_zieken_en_mensen_met_een_handicap_niet_langer_discrimineren.html

(2) Bernauw, K., «De Wet Bestrijding Discriminatie en verzekeringen» in: *De wet Bestrijding Discriminatie in de praktijk*, ed. Marc De Vos en Eva Brems, Intersentia, blz. 291.

européenne a déjà déclaré, à propos du caractère prétendument discriminatoire d'une classification des risques en fonction de la nationalité ou de la résidence, que la différence de traitement dénoncée reposait sur un critère objectif s'inscrivant dans le cadre des techniques d'assurance et qu'elle n'était par conséquent pas discriminatoire.

Pour être valable, la différenciation doit être objective et raisonnable. Elle doit viser un but légitime et être objective, pertinente et fondée. Les modalités de la différenciation doivent également être proportionnées au but poursuivi.

Le 26 juin 2004, le tribunal du commerce de Bruxelles a jugé que les compagnies d'assurances utilisent, dans le cadre des assurances hospitalisation, des clauses et des pratiques qui portent atteinte au secret médical. Le juge a interdit la question relative à un test de dépistage du sida, parce qu'elle emporterait une violation de la Convention européenne des droits de l'homme. Il n'est pas non plus permis aux compagnies d'assurances d'exclure subitement certaines maladies, en arguant que l'assuré en souffrait sans doute déjà inconsciemment depuis des années faute de symptômes manifestes. Le juge a également indiqué que les contrats qui sont conclus le sont pour la vie et qu'il n'est dès lors pas permis aux assureurs d'en modifier des éléments essentiels.

La loi tendant à lutter contre la discrimination a donc bel et bien des effets concrets pour ce qui est de la protection de la vie privée et du secret médical.

C'est encourageant, mais il est clair que la loi tendant à lutter contre la discrimination ne change rien de fondamental aux rapports de force entre les assureurs, d'une part, et les malades chroniques et les personnes handicapées, d'autre part.

5. Solution : la création d'un organe de concertation particulier au sein de la Commission des assurances

Les auteurs estiment que les assureurs tiennent trop peu compte d'un critère concernant la discrimination qui a été développé dans le cadre de la doctrine, à savoir le critère de l'efficacité comparable. C'est surtout quand on applique le critère de la différenciation que le résultat du test est parfois négatif.

À côté du critère de proportionnalité, qui permet de vérifier si une mesure déterminée est proportionnelle à l'objectif à atteindre, le critère de l'efficacité comparable aide à déterminer s'il n'est pas possible de remplacer la mesure en question par une autre qui permet tout aussi bien d'atteindre l'objectif envisagé, mais qui présente moins d'inconvénients pour d'autres intérêts qui méritent aussi d'être protégés.

discriminatoire karakter van een risicoclassificatie op grond van nationaliteit of woonplaats dat de onderscheidende behandeling steunde op een objectief, met verzekeringstechnische gegevens verband houdend criterium, en bijgevolg niet discriminerend is.

De differentiatie, om rechtsgeldig te zijn, moet beantwoorden aan de vereisten van objectiviteit en redelijkheid. Zij moet een legitiem oogmerk nastreven, zij moet objectief zijn, relevant en pertinent. De modaliteiten van de differentiatie moeten eveneens in verhouding staan tot het nagestreefde doel.

Op 26 juni 2004 oordeelde de Brusselse rechtbank van koophandel dat de verzekeringsmaatschappijen clausules en praktijken hanteren in de hospitalisatieverzekeringen die in tegenspraak zijn met het medische beroepsgeheim. De rechter verbood de vraag over een aidstest, daar ze een inbreuk vormt op het Europees Verdrag voor de rechten van de mens. Het komt de verzekeringsmaatschappijen evenmin toe om plots ziektes uit te sluiten, met het argument dat de verzekerde er waarschijnlijk al jaren onbewust aan leed, zonder dat de symptomen zich manifesteren. De rechter gaf tevens aan dat de contracten voor een levenslange duur worden gesloten en dat het dus niet kan dat de verzekeraar tijdens de looptijd essentiële elementen wijzigt.

De Wet Bestrijding Discriminatie heeft aldus wel concrete gevolgen inzake de bescherming van de privacy en het medisch beroepsgeheim.

Dit is hoopgevend, doch desondanks blijkt duidelijk dat de Wet Bestrijding Discriminatie niets wezenlijks wijzigt in de krachtsverhoudingen tussen de verzekeraars en de chronisch zieken en gehandicapten.

5. Oplossing : het oprichten van een bijzonder overlegorgaan binnen de Commissie voor Verzekeringen

De indieners menen dat de verzekeraars te weinig rekening houden met een criterium dat werd ontwikkeld in de rechtsleer omtrent discriminatie, namelijk het criterium van de vergelijkbare doeltreffendheid. Vooral bij de toepassing op het criterium van de differentiatie blijkt de toets soms negatief uit te vallen.

Naast het evenredigheids criterium, waarbij men polst of een bepaalde maatregel evenredig is met het nagestreefde doel, helpt het criterium van vergelijkbare doeltreffendheid te bepalen of de betreffende maatregel niet kan worden vervangen door een andere maatregel die het nagestreefde doel evengoed verwezenlijkt, maar met minder nadelen voor andere beschermingswaardige belangen.

Pour que ce critère soit appliqué correctement, il faut d'abord vérifier si le traitement inégal, qui est inhérent à la différenciation, est efficace.

Autrement dit, il faut se demander s'il est possible, grâce à la différenciation, de répondre positivement à la demande de fixer une prime aussi correcte que possible pour tout le monde, tout en contrant le danger d'antisélection (qui se traduit par le fait que les personnes qui présentent les risques les plus faibles quittent le portefeuille de l'assureur) et le « hasard moral ».

Les auteurs estiment que l'on dispose encore d'une grande marge de manœuvre en la matière. Aux Pays-Bas, un rapport établi par le *Verbond der Verzekeraars* a indiqué que, grâce aux progrès réalisés par la science médicale, les patients infectés par le VIH peuvent bénéficier d'une assurance-vie abordable. À la suite de ce rapport, certains assureurs néerlandais ont ouvert leurs polices d'assurance-vie à ces patients, pour autant qu'ils prennent scrupuleusement leurs médicaments et qu'ils suivent la « thérapie antirétrovirale hautement active ».

Les résultats des recherches indiquent que les personnes infectées par le VIH qui ne se sont pas fait d'injections intraveineuses de drogues, qui n'ont encore contracté aucune maladie entraînant le diagnostic du sida, et chez lesquelles les inhibiteurs du VIH ont un effet raisonnable, ne présentent qu'un risque légèrement supérieur à la moyenne de mourir.

C'est un exemple d'approche sur mesure, sur la base du critère de l'efficacité comparable: la prime était incorrecte, dans la mesure où on l'avait fixée sans tenir compte des progrès médicaux qui ont été réalisés depuis les années nonante dans le domaine du traitement des patients atteints par le VIH.

La mesure visée (refus d'accorder une assurance vie à des patients qui sont atteints par le VIH) peut être remplacée par une autre (qui consisterait à assurer les patients VIH à condition qu'ils suivent scrupuleusement un traitement considéré comme optimal) qui permettrait d'atteindre tout aussi bien le but escompté (un produit d'assurance correct et sain du point de vue financier), mais qui présenterait moins d'aspects préjudiciables à d'autres intérêts qui méritent aussi d'être protégés (améliorer l'accessibilité des assurances-vie).

En matière de diabète aussi, les assureurs peuvent améliorer l'accessibilité sans exiger de primes supplémentaires exorbitantes. Ils doivent faire une distinction plus poussée entre les formes graves et les formes légères du diabète. La compagnie Swiss Life est un bon exemple à cet égard. Elle utilise un questionnaire objectif et fixe le taux sur la base des réponses qui sont données à celui-ci. Le porte-parole de Swiss Life déclare que chaque cas est examiné séparément et qu'on essaie de maintenir les primes supplémentaires dans des limites acceptables.

Om dit criterium correct toe te passen moet ten eerste worden nagegaan of de ongelijke behandeling, die verscholen is in de differentiatie, doeltreffend is.

Dit wil zeggen: is de differentiatie in staat een antwoord te bieden op de vraag om voor iedereen een zo correct mogelijke premie vast te stellen en tegelijk weerwerk te bieden aan het gevaar van antisselectie (de mensen met het minste risico stappen uit de verzekering) en « moral hazard ».

De indieners menen dat hier nog veel marge is. In Nederland gaf een rapport van het Verbond der Verzekeraars aan dat HIV-patiënten wel degelijk kunnen genieten van een betaalbare levensverzekering en dit ingevolge de vooruitgang van de medische wetenschap. Naar aanleiding van dit rapport hebben enkele Nederlandse verzekeraars hun levensverzekeringen opengesteld voor dragers van HIV. Wel moeten zij hun medicatie stipt nemen en moeten zij de « *highly active antiretroviral therapy* » volgen.

Uit het onderzoek bleek dat de mensen die HIV hebben, niet intraveneus drugs hebben gebruikt, nog geen ziekte hebben gehad waarbij de diagnose AIDS werd gesteld en bij wie de HIV-remmende middelen een redelijk effect hebben, slechts een beperkte hogere kans op overlijden hebben.

Dit is een voorbeeld van een aanpak op maat op basis van het criterium van de vergelijkbare doeltreffendheid: de premie was niet correct, gelet op de medische evolutie inzake de behandeling van HIV-patiënten sinds de jaren negentig.

De betreffende maatregel (weigeren verzekeren HIV-patiënten voor levensverzekeringen) kan worden vervangen door een andere maatregel (verzekeren van HIV-patiënten, indien zij bepaalde optimale behandeling stipt volgen) die het nagestreefde doel (correct verzekeringsproduct dat financieel gezond is) evengoed verwezenlijkt, maar met minder nadelen voor andere beschermingswaardige belangen (toegankelijkheid vergroten van levensverzekeringen).

Ook inzake diabetes kunnen de verzekeringen de toegankelijkheid vergroten, zonder exorbitante bijpremies te vragen. Ze dienen meer onderscheid te maken tussen zwaardere en lichtere vormen van diabetes. Swiss Life is hiervan een goed voorbeeld. Zij werken met een objectieve vragenlijst waarop ze zich baseren om het tarief vast te leggen. Hun woordvoerder stelt dat ze geval per geval bekijken en bijpremies nastreven die binnen de aanvaardbare normen liggen.

Ce dernier exemple concret montre qu'un certain nombre de compagnies d'assurances sont disposées à moderniser leurs conditions d'assurance. Il y a lieu de réexaminer à fond, en fonction des dernières évolutions scientifiques, les raisons qui poussent à exclure les malades chroniques et les personnes handicapées.

Les auteurs plaident pour une convention dans le cadre de laquelle on irait « jusqu'à la limite de l'assurabilité » par le marché des risques de santé aggravés, comme le prévoit la Convention Belorgey.

Pour pouvoir atteindre cet objectif, il faut une meilleure connaissance — et une mise à jour constante de celle-ci — de l'évolution des pathologies et de leur traitement. C'est pourquoi la Convention Belorgey prévoit l'installation d'une section scientifique qui serait chargée de recueillir les données disponibles sur la mortalité due aux principales pathologies et sur le traitement de celles-ci, et de mettre les données en question à la disposition des assureurs. Cela permettra aux assureurs d'adopter la politique la plus appropriée et la mieux adaptée. La présente résolution propose de créer une section scientifique, par analogie avec ce qui s'est fait en France. Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé, qui effectue déjà de la recherche, collaborera étroitement avec la section scientifique (1).

Le critère de l'efficacité comparable présente une deuxième dimension en ce sens qu'il exige que l'on vérifie s'il n'existe pas d'autres moyens tout aussi efficaces mais respectant mieux le droit à l'égalité de traitement (accès aux assurances).

Les assureurs doivent faire preuve d'une plus grande créativité quand ils établissent leurs polices. Ils doivent envisager davantage des solutions autres que celles qui consistent à percevoir de grosses primes supplémentaires.

En matière d'évaluation des risques, il existe en fait sur le marché deux options extrêmes qui ne laissent guère de place aux nuances. L'assureur considère qu'il a juste deux possibilités (2)

— soit le profil est « normal » ou assurable « sans plus »;

— soit le profil n'est absolument pas assurable.

(1) <http://www.kenniscentrum.fgov.be/fr/index.html>

(2) Pr. Hubert Claassens, professeur émérite à la K.U.Leuven, Membre CRIS — Centrum Verzekeringswetenschap, ancien conseiller suppléant à la Cour d'appel de Bruxelles, Verzekeringen voor (ex-)kankerpatiënten, <http://www.borstkanker.net/hoofdframe.html?verzekeer.html&2>

Dit laatste concrete voorbeeld toont aan dat een aantal verzekeringsmaatschappijen wel bereid zijn om hun verzekeringsvoorwaarden te moderniseren. Een grondige herziening van de uitsluitingen van chronisch zieken en gehandicapten dringt zich op en dit op basis van de jongste stand van zaken van de wetenschap.

Indieners pleiten voor een conventie waarbij men moet gaan tot de grenzen van de verzekeraarbaarheid door de markt van de verzwaarde risico's voor de gezondheid. De « Convention Belorgey » heeft het over « *aller jusqu'a la limite de l'assurabilité* ».

Die doelstelling vereist een betere en permanent geüpdatete kennis van de ontwikkelingen van de pathologieën en hun behandeling. De « Convention Belorgey » voorziet daarom in de oprichting van een wetenschappelijke sectie waar de wetenschappelijke gegevens omtrent de mortaliteit en de behandeling van de voornaamste ziektes wordt bijgehouden en ter beschikking gesteld van de verzekeringen. Dit zal een exacte en op maat gemaakte aanpak mogelijk maken vanwege de verzekeringen. Deze resolutie pleit voor de oprichting van een Wetenschappelijke Sectie hieromtrent, naar analogie met Frankrijk. Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, dat heden reeds onderzoek verricht, zal nauw met de Wetenschappelijke Sectie samenwerken (1).

Het criterium van de vergelijkbare doeltreffendheid heeft nog een tweede dimensie. Er moet worden nagegaan of er geen andere middelen zijn die misschien even doeltreffend zijn, maar die toch getuigen van meer eerbied voor het recht op gelijke behandeling (toegang tot verzekeringen).

De verzekeringen moeten meer creativiteit aan de dag leggen bij het opstellen van hun polissen. Zij moeten meer oog hebben voor alternatieven op een hoge bijpremie.

Bij de evaluatie van de risico's gelden er op de markt eigenlijk twee extreme standpunten, waarbij weinig ruimte is voor nuance. Dat wil zeggen dat er voor de verzekeraar gewoon twee mogelijkheden zijn (2):

— Ofwel is het profiel « gewoon » of « zonder meer » verzekeraar.

— Ofwel is het profiel absoluut niet verzekeraar.

(1) <http://www.kenniscentrum.fgov.be/nl/index.html>

(2) Prof. Hubert Claassens, Em. hoogleraar K.U.Leuven, Lid CRIS — Centrum Verzekeringswetenschap, Oud-plaatsvervangend raadsheer Hof van beroep Brussel, Verzekeringen voor (ex-) kankerpatiënten, <http://www.borstkanker.net/hoofdframe.html?verzekeer.html&2>

On pourrait pourtant s'attendre à ce que les assureurs adoptent une approche plus nuancée de manière qu'un plus grand nombre de personnes puissent être considérées comme assurables, moyennant éventuellement des conditions ou des modalités supplémentaires comme :

— une ou plusieurs exclusions et une surprime limitées;

— une ou plusieurs exclusions limitées pour une maladie ou un handicap spécifique préexistant et/ou, si nécessaire, une couverture d'assurance limitée;

— avec ou après un délai d'attente ou une période de carence d'une durée de préférence limitée.

— avec une surprime et une franchise limitées (risque propre);

— avec une surprime limitée et un plafonnement de la couverture.

Ces alternatives devraient contribuer à la fixation de primes aussi correctes que possible et à la constitution de portefeuilles d'assurances équilibrés. Elles devraient permettre aussi que les « bons risques » ne se sentent pas lésés et restent au sein du groupe et que les malades chroniques et les personnes handicapées aient un accès plus large à l'assurance et bénéficient d'une meilleure assurabilité.

La présente résolution vise à inciter les assureurs, les associations de patients et les pouvoirs publics à passer en revue les pistes en question. Le juriste Yves Thiery plaide en faveur d'un modèle fondé sur une différenciation plus restreinte et une application plus large du plafonnement des montants assurés et/ou de la franchise.

En insérant une franchise dans un contrat d'assurance, on fait supporter par l'assuré une partie du risque. Cette technique est également appelée « co-assurance » dans la mesure où le risque est coassuré par l'assuré. Le système de la franchise peut être appliqué à tous les candidats assurés.

En plafonnant le montant assuré, on garantit une couverture en cas de sinistre jusqu'à concurrence d'un montant déterminé.

Conclusion : l'idée de base est de maintenir un niveau correct des primes qui préserve l'équilibre des portefeuilles d'assurances, écarte le danger d'antiselection et le risque moral et offre aux malades chroniques et aux personnes handicapées une large assurabilité afin que celles-ci puissent contracter des assurances moyennant des primes d'un niveau acceptable.

La présente résolution prévoit la création d'un organe de concertation spécifique au sein de la Commission des assurances qui serait chargé d'appro-

Nochtans zou men kunnen verwachten dat verzekeraars met meer nuances zouden optreden, zodat meer mensen zouden beschouwd worden als wel verzekeraar, zij het dan misschien met bijkomende voorwaarden of modaliteiten :

— met, beperkte, uitsluiting(en) en bijpremie;

— met, beperkte, uitsluiting(en) voor de specifieke vooraf bestaande ziekte of handicap en/of, zo nodig, beperkte verzekeringsdekking;

— met of na een bepaalde, liefst beperkte, wachttijd of carenzperiode;

— met beperkte bijpremie en franchise of schadevrijstelling (eigen risico);

— met een beperkte bijpremie en plafonnering van de dekking.

Die alternatieven moeten kunnen bijdragen tot een zo correct mogelijke premie en een evenwichtige verzekeringsportefeuille. Tegelijk moet zij ervoor zorgen dat de goede risico's zich niet benadeeld voelen en binnen de groep blijven. Tegelijk moet zij de toegang en de verzekeraarbaarheid van chronisch zieken en gehandicapten vergroten.

Deze resolutie wenst dat de verzekeraars, de patiëntenverenigingen en de overheid die pistes overlopen. Zo bepleit rechtsgeleerde Yves Thiery een model met een meer beperkte differentiatie en een grotere toepassing van plafonneringen van de verzekerde bedragen en /of de franchise.

Door een franchise te bedingen in het verzekeringscontract wordt een stuk van het risico op de schouders van de verzekerde gelegd. Deze techniek wordt ook « co-insurance » genoemd, omdat het risico wordt meeverzekerd door de verzekerde. Het gebruik van een franchise kan op alle kandidaat-verzekerden toepasbaar worden.

Door het gebruik van de plafonnering van het verzekerde bedrag zal er bij een schadegeval maar een dekking worden gegeven tot een bepaald bedrag.

Conclusie : het uitgangspunt is het handhaven van een correct premieniveau, dat evenwicht houdt in de verzekeringsportefeuille en weerwerk biedt tegen de gevaren van antiselectie en « moral hasard » en een brede toegang biedt naar de chronisch zieken en de gehandicapten, teneinde een verzekering te kunnen afsluiten tegen een aanvaardbare premie.

Deze resolutie wenst een bijzonder overlegorgaan binnen de Commissie voor Verzekeringen in te stellen die de hogeraangehaalde pistes uitwerkt, teneinde een

fondir les pistes précitées en vue d'apporter une réponse adéquate au refus d'assurer auquel se heurtent les malades chroniques et les personnes handicapées. Cet organe de concertation constituera une section spécifique au sein de l'actuelle Commission des assurances.

Il aura une composition spécifique, différente de celle des sections traditionnelles qui existent déjà au sein de la Commission des assurances, et devra comprendre des représentants du secteur des assurances, des établissements de crédit, des patients, des associations de consommateurs et des pouvoirs publics.

Durant la première année, cette section devra axer ses travaux sur l'élaboration d'un accord de convention avalisé par les intéressés. À cet égard, il s'agira d'aller jusqu'aux limites de l'assurabilité, par le marché, des risques aggravés pour la santé. Dans la « Convention Belorgey », on précise qu'il faut « aller jusqu'à la limite de l'assurabilité ».

Les assureurs doivent adopter une approche plus nuancée, de manière que davantage de personnes puissent être considérées comme assurables, fût-ce moyennant des conditions ou des modalités supplémentaires comme une franchise ou un plafonnement.

L'organe de concertation spécifique à créer au sein de la Commission des assurances devra travailler sur la base d'objectifs concrets d'extension de l'assurabilité avec des primes financièrement abordables. À cet égard, le critère de l'efficacité comparable dont il a été question ci-dessus sera un instrument de travail à utiliser.

Le premier accord de convention portera sur les assurances auxquelles le consommateur est tenu de souscrire, que ce soit du fait de la loi ou du fait d'un contrat. Il définira des objectifs et des mesures concrètes en vue d'améliorer l'accessibilité des assurances-hospitalisation et des assurances-vie, des assurances solde restant dû, des assurances-incendie et du revenu garanti aux indépendants pour les malades chroniques et les personnes handicapées.

L'organe de concertation spécifique à créer au sein de la Commission des assurances sera un organe permanent dont les travaux porteront sur toutes les assurances.

Chaque année, le parlement évaluera les progrès réalisés dans le domaine de l'assurabilité des malades chroniques et des personnes handicapées.

La présente résolution préconise dans une disposition distincte la validité à vie de certaines branches d'assurances sensibles. Dans la pratique, il arrive de plus en plus souvent que des personnes (et même

adequaat antwoord te bieden aan de huidige weigering tot verzekeren voor de chronisch zieken en de gehandicapten. Dit overlegorgaan zal worden uitgebouwd als een Bijzondere sectie binnen de reeds bestaande Commissie voor Verzekeringen.

Het overlegorgaan heeft een samenstelling die afwijkt van de traditionele reeds bestaande secties die ressorteren onder de Commissie voor Verzekeringen. Zij heeft een bijzondere samenstelling. Zij dient te worden samengesteld uit vertegenwoordigers van de verzekeringssector, de kredietinstellingen, de patiënten en consumentenverenigingen en de overheid.

Sluitstuk van de werkzaamheden tijdens het eerste jaar van deze sectie moet een conventieakkoord zijn dat wordt gedragen door de betrokkenen. Hierbij moeten zij gaan tot de grenzen van de verzekeraarbaarheid door de markt van de verzwaarde risico's voor de gezondheid. De « Convention Belorgey » heeft het over « *aller jusqu'à la limite de l'assurabilité* ».

Verzekeraars moeten met meer nuances optreden, zodat meer mensen zouden beschouwd worden als wel verzekeraar, zij het dan met bijkomende voorwaarden of modaliteiten zoals een franchise of een plafond.

Het bijzonder overlegorgaan binnen de Commissie voor Verzekeringen moet werken met concrete doelstellingen inzake het uitbreiden van de verzekeraarbaarheid tegen een betaalbare premie. Het hogeraangehaalde criterium van de vergelijkbare doeltreffendheid is hierbij een werkinstrument.

Het eerste convenantakkoord zal zich concentreren qua voorwerp tot die verzekeringen welke de consument moet nemen krachtens de wet of krachtens een overeenkomst. Het convenant zal concrete doelstellingen en maatregelen uitvaardigen inzake de toegankelijkheid voor chronisch zieken van de hospitalisatie- en de levensverzekeringen, de schuldsaldoverzekeringen, de brandverzekeringen en het gewaarborgd inkomen voor zelfstandigen.

Het bijzonder overlegorgaan binnen de Commissie voor Verzekeringen is een permanent orgaan dat zijn werkzaamheden zal richten op alle verzekeringen.

Er zal tevens een jaarlijkse evaluatie geschieden door het parlement van de vorderingen inzake de verzekeraarbaarheid van de chronisch zieken en de gehandicapten.

Deze resolutie bepleit in een afzonderlijke bepaling de levenslange geldigheid van verzekeringen in bepaalde gevoelige verzekeringstakken. In de praktijk gebeurt het steeds meer dat personen (soms zelfs met

parfois d'autres membres de la famille) soient couvertes par une assurance collective conclue par l'employeur ou par une institution. Pareilles assurances offrent souvent une couverture pour des risques qui deviennent plus graves ou plus périlleux au fil des ans.

Toute personne couverte par une assurance collective et qui cesse d'en bénéficier (par exemple, parce qu'elle a perdu son travail) doit avoir le droit de poursuivre cette assurance à titre individuel. Ce droit doit être garanti dans toutes les polices — notamment familiales — qui visent à assurer un groupe de personnes; quiconque quitte le groupe (la famille ou l'entreprise, par exemple) doit pouvoir poursuivre cette assurance à titre individuel.

Cela signifie que les conditions de couverture existantes seront maintenues si l'assuré devient moins valide, handicapé ou gravement ou chroniquement malade pendant la durée de certains contrats d'assurance.

Il s'agit des assurances suivantes: hospitalisation, maladie complémentaire, incapacité de travail complémentaire, invalidité complémentaire, revenu garanti, vie et solde restant dû.

La poursuite à titre individuel des assurances collectives, aux conditions existantes, doit être également garantie et l'assurance doit rester financièrement accessible. On doit pouvoir reprendre les réserves constituées.

Le secteur des assurances doit se doter d'un code de conduite, à élaborer en concertation avec le ministre compétent, et prévoir des sanctions pour ceux qui l'enfreindront. Cette thèse a été défendue par Hubert Claassens, ancien juriste d'assurance et professeur émérite en droit des assurances à la KU Leuven. Le secteur des assurances a tout intérêt à élaborer un bon code s'il souhaite redorer quelque peu son blason, ce qui constitue également l'objectif de la présente proposition de résolution. Ce ne serait d'ailleurs pas une première, puisque les assureurs ont aussi élaboré un code de conduite à l'occasion de l'introduction de l'euro.

andere gezinsleden) opgenomen zijn in een collectieve verzekering, afgesloten door de werkgever of een andere instelling. Dergelijke verzekeringen bieden vaak dekking voor risico's die met de levensloop ernstiger of gevaarlijker worden.

Iedereen die in een collectieve verzekering is opgenomen, maar daaruit valt (bijvoorbeeld bij verlies van werk), moet het recht hebben om de verzekering op individuele basis verder te zetten. Dit recht moet worden gewaarborgd in alle polissen, onder meer in gezinsverband, waarin een groep personen verzekerd zijn; wie die groep (bijvoorbeeld het gezin of het bedrijf) verlaat moet de desbetreffende verzekering individueel verder kunnen zetten.

Dat betekent dat de bestaande dekkingsvoorwaarden behouden blijven als de verzekerde tijdens de duur van bepaalde verzekeringen mindervalide of gehandicapt, ernstig of chronisch ziek wordt.

Het gaat over de hospitalisatieverzekering, de aanvullende ziektekostenverzekering, de aanvullende arbeidsongeschiktheidsverzekering, de aanvullende invaliditeitsverzekering, de verzekering gewaarborgd inkomen, de levensverzekering en schuldsaldoverzekering.

De individuele voortzetting van collectieve verzekeringen dient eveneens te worden gegarandeerd aan de bestaande voorwaarden en de verzekering moet betaalbaar blijven. De opgebouwde reserves moet men kunnen meenemen.

De verzekeringssector moet verder in overleg met de bevoegde minister voor zichzelf een gedragscode opstellen, en in sancties voorzien voor wie ze overtreedt. Dit werd bepleit door Hubert Claassens, een voormalige verzekeringsjurist en emeritus hoogleraar in verzekeringsrecht aan de KU Leuven. De verzekeringssector heeft er belang bij een goede code uit te werken, wil het iets aan zijn tanende imago doen. Dit wil de resolutie eveneens bewerkstelligen. Er is een precedent. Naar aanleiding van de introductie van de euro hebben de verzekeraars eveneens een gedragscode uitgewerkt.

Stéphanie ANSEEUW.
Margriet HERMANS.
Luc WILLEMS.

PROPOSITION DE RÉOLUTION

Le Sénat,

Considérant :

A. que les assurances sont de plus en plus souvent refusées aux malades chroniques et aux personnes handicapées et que ces personnes sont de plus en plus souvent exclues de la plupart des polices et de plus en plus régulièrement confrontées à des surprimes exorbitantes, équivalent *de facto* à un refus;

B. que le refus d'assurer les malades chroniques et les handicapés limite toujours plus ces personnes dans leur liberté d'action, alors que plusieurs assurances sont obligatoires en vertu de la loi ou d'une convention. Il est pratiquement impossible aux malades chroniques et aux personnes handicapées d'acheter une maison, parce qu'ils ne peuvent conclure ni assurance solde restant dû, ni assurance-vie. Les choses sont plus difficiles aussi pour eux en tant qu'indépendants, car ils sont souvent exclus du revenu garanti des travailleurs indépendants. L'accès au crédit également n'a rien d'évident, du fait de la liaison de l'octroi du prêt à la conclusion d'une assurance solde restant dû. Les personnes souffrant d'un handicap mental léger ne peuvent généralement pas conclure de contrat de bail, car elles n'ont pas accès aux assurances-incendie;

C. que les candidats preneurs d'assurance qui sont définitivement guéris d'une maladie non chronique sont confrontés aux mêmes problèmes que les personnes handicapées et les malades chroniques;

D. que les patients diabétiques et autres patients atteints d'une affection chronique se voient eux aussi régulièrement refuser l'accès à l'assurance-hospitalisation et/ou à l'assurance-vie ou n'y accèdent que moyennant des majorations de prime atteignant 300 %, alors que les perspectives de durée de vie des patients diabétiques sont en hausse constante;

E. que les assureurs ne tiennent pas suffisamment compte de l'évolution de la médecine en ce qui concerne le traitement des maladies chroniques et des handicaps et de la mortalité dans ces domaines. Alors qu'aux Pays-Bas, les assureurs-vie ont adapté leurs polices en 2005, suite à la publication d'un rapport du *Verbond der Verzekeraars*, en vue de les rendre accessibles aux patients VIH, rien de tel n'a été fait, à ce jour, en Belgique;

F. que les assureurs déterminent le risque sur une base générale et ne font pas de distinction entre les formes graves et légères de maladies courantes;

G. que les assureurs eux-mêmes doivent tenir compte davantage du caractère personnel d'une assu-

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

De Senaat,

Overwegende dat :

A. verzekeringen steeds vaker geweigerd worden aan chronische zieken of personen met een handicap en die mensen steeds vaker worden uitgesloten in de meeste polissen en worden geconfronteerd met *de facto*-weigeringen door het opleggen van torenhoge bijpremies;

B. de weigering tot verzekeren voor chronisch zieken en gehandicapten hun handelingsvrijheid steeds meer beperkt, daar diverse verzekeringen krachtens de wet of krachtens een overeenkomst verplicht zijn. Voor chronisch zieken en gehandicapten is het quasi onmogelijk een huis te kopen omdat zij geen schuldsaldoverzekering en een levensverzekering kunnen afsluiten. Zij hebben het moeilijker als zelfstandige, daar zij dikwijls worden uitgesloten van het gewaarborgd inkomen voor zelfstandigen. Ook het bekomen van kredieten wordt bemoeilijkt door de koppeling met de schuldsaldoverzekeringen. Licht mentaal gehandicapten kunnen dikwijls geen huurcontract afsluiten, daar ze geen brandverzekeringen kunnen bekomen;

C. kandidaat-verzekeringnemers die definitief genezen zijn van een niet-chronische ziekte met dezelfde problemen worden geconfronteerd als gehandicapten en chronisch zieken;

D. ook diabetespatiënten en andere patiënten met een chronische aandoening regelmatig geweigerd worden voor een hospitalisatie- en/of een levensverzekering of dat de bijpremies oplopen tot 300 %, alhoewel de vooruitzichten inzake de levensduur van diabetici steeds beter worden;

E. verzekeraars onvoldoende rekening houden met de medische evolutie inzake de behandeling en de mortaliteit van chronische ziekten en handicaps. Immers, in Nederland hebben de Levensverzekeraars in 2005 naar aanleiding van een rapport van het Verbond der Verzekeraars hun polissen aangepast en toegankelijk gemaakt voor HIV-patiënten. In België is dit tot op heden niet gebeurd;

F. de verzekeraars bij het bepalen van het risico veralgemenen en geen onderscheid maken tussen zwaardere en lichtere vormen van veel voorkomende ziektes;

G. de verzekeraars zelf meer rekening moeten houden met het persoonsgebonden karakter van een

rance et des facteurs objectifs qui caractérisent le preneur d'assurance;

H. que les exclusions se produisent parfois aussi après la survenance du risque, les assurances se prévalant d'une maladie ou d'une malformation pré-existante, déjà présente au moment de la conclusion du contrat;

I. qu'un contrat d'assurances revêt toujours un caractère *intuitu personae* (lié à la personne) et que les caractéristiques de l'assuré sont des facteurs objectifs de détermination de l'admissibilité à une couverture. Le profil du cocontractant est en effet également déterminant. Toute conception différente menacerait l'équilibre financier des fonds d'assurances et inciterait l'assuré à l'autosélection : s'apercevant qu'il doit payer, pour son petit risque, une prime identique à celle d'un assuré à gros risque, il se retirerait du portefeuille de l'assureur;

J. que la finalité de la présente résolution est de maintenir les primes à un niveau décent, à la mesure de l'assuré, qui tient compte de l'équilibre du portefeuille d'assurances, prémunisse contre le danger d'antisélection et le « risque moral » et garantisse un large accès aux malades chroniques et aux personnes handicapées, de manière qu'ils puissent souscrire une assurance à un tarif acceptable et abordable;

K. que la présente résolution veut offrir des alternatives à l'attitude trop tranchée qui est celle des assureurs, de manière que davantage de gens soient considérés comme assurables, fût-ce moyennant des modalités ou des conditions supplémentaires;

L. que les assureurs ont trop facilement recours au refus d'assurer ou à des surprimes élevées, alors qu'il y a d'autres solutions telles que les exclusions limitées, une période de carence ou un délai d'attente limité, une franchise limitée (coassurance) ou un plafonnement de la couverture;

M. que les assureurs ne tiennent pas suffisamment compte du critère de l'efficacité comparable, qui permet de déterminer si une mesure donnée (en l'occurrence, le refus de conclure un contrat/une prime élevée) peut être remplacée par une autre qui permet d'atteindre tout autant l'objectif fixé, mais avec moins d'inconvénients pour les autres intérêts méritant d'être protégés;

N. que le risque doit être évalué de manière réaliste et qu'il doit l'être davantage « sur mesure »;

O. que le gouvernement a déjà conclu des accords pour améliorer l'assurabilité des malades chroniques et des personnes handicapées et limiter ainsi les possibilités des compagnies d'assurances de résilier unilatéralement les contrats d'assurances dits « à vie » et permettre aux travailleurs salariés de continuer à titre

verzekering en de objectieve factoren van de verzekeringsnemer;

H. de uitsluitingen soms ook voorvallen na het zich voordoende van het risico, waarbij de verzekeraars verwijzen naar een voorafbestaande ziekte of lichaamsgebrek, dat reeds bestond bij het sluiten van het contract;

I. een verzekeringscontract steeds een « *intuitu personae* » (persoonsgebonden) karakter heeft en de kenmerken van de verzekerde objectieve factoren zijn in het bepalen van de vatbaarheid voor een schadegeval. Het profiel van de medecontractant is immers mede doorslaggevend. Anders oordelen zou het financiële evenwicht van de verzekeringsfondsen in het gedrang brengen en zal leiden tot zelfselectie aan de kant van de verzekerde, waardoor de verzekerde met een laag risico, gezien hij dezelfde premie moet betalen als de verzekerde met een hoog risico, zich zal terugtrekken uit de portefeuille van de verzekeraar;

J. het uitgangspunt van deze resolutie het handhaven van een correct premieniveau op maat van de verzekerde is, dat rekening houdt met het evenwicht in de verzekeringsportefeuille en weerwerk biedt tegen de gevaren van antisectie en « moral hasard » en een brede toegang moet bieden naar de chronisch zieken en de gehandicapten, opdat zij een verzekering kunnen afsluiten tegen een aanvaardbare en draagbare premie;

K. deze resolutie alternatieven wil aanreiken aan het te ongenueanceerd optreden van de verzekeraars, zodat meer mensen zouden beschouwd worden als wel verzekeraar, zij het met bijkomende modaliteiten of voorwaarden;

L. de verzekeraars te weinig gebruik maken van alternatieven op de weigering tot verzekeren of de hoge bijpremies zoals: beperkte uitsluitingen, beperkte wachttijd of carenzperiode, beperkte franchise (co-insurance) of schadevrijstelling of plafonnering van de dekking;

M. verzekeraars onvoldoende rekening houden met het criterium van de vergelijkbare doeltreffendheid, die bepalen of een betreffende maatregel (*in casu* contractsweigering/hoge premie) niet kan worden vervangen door een andere maatregel die het nagestreefde doel evengoed verwezenlijkt, maar met minder nadelen voor de andere beschermingswaardige belangen;

N. het risico realistisch moet worden ingeschat en er behoefte is aan meer maatwerk;

O. de regering eerder afspraken maakte om de verzekeraarbaarheid van chronisch zieken en gehandicapten te verbeteren en aldus de mogelijkheden van verzekeringsmaatschappijen om de zogenaamde levenslange verzekeringen eenzijdig op te zeggen in te perken en in de mogelijkheid voorzien voor werk-

individuel, aux mêmes conditions, les contrats d'assurance conclus collectivement;

P. que la présente résolution entend élargir autant que possible l'accès aux assurances et faire en sorte que les assureurs aillent jusqu'à l'extrême limite de l'assurabilité;

Q. que l'exemple français de la «Convention Belorgey», un groupe de travail au sein duquel tous les intéressés sont représentés, a démontré que cette méthode fonctionne,

Demande au gouvernement fédéral :

1. de créer, dans les trois mois qui suivent l'approbation de la présente résolution, un organe de concertation spécial au sein de la Commission des assurances, composé de représentants du secteur de l'assurance, des établissements de crédit, des ministres compétents et des associations de consommateurs et de patients. Cet organe de concertation spécial est un organe permanent chargé de prendre des mesures et de formuler des suggestions de politique en vue d'améliorer l'accès des patients et des malades chroniques aux assurances. Il doit fonctionner à partir d'objectifs concrets d'élargissement de l'assurabilité aux malades chroniques et aux personnes handicapées, moyennant le paiement d'une prime abordable. L'organe de concertation spécial présentera chaque année au parlement un rapport de suivi faisant le point sur les progrès réalisés en matière d'élargissement de l'accès aux assurances pour les patients et les malades chroniques.

2. de veiller à ce que l'organe de concertation spécial établisse, dans les six mois de l'adoption de la présente résolution, un accord de convention rendant les assurances-vie accessibles aux patients atteints du sida, moyennant le paiement d'une prime abordable.

3. de veiller à ce que l'organe de concertation spécial établisse, dans les quinze mois de l'adoption de la présente résolution, un accord de convention garantissant aux malades chroniques et aux personnes handicapées, en ce qui concerne les assurances que le consommateur est tenu de souscrire en application de la loi ou d'une convention, un large accès aux divers produits d'assurance, moyennant le paiement d'une prime abordable. Cet accord de convention fixera des objectifs et des mesures concrètes en matière d'accessibilité pour les malades chroniques aux assurances-hospitalisation et vie, aux assurances solde restant dû, aux assurances-incendie et au revenu garanti aux travailleurs indépendants.

4. de déposer au parlement, dans l'année de l'adoption de la présente résolution, un projet de loi garantissant la validité à vie de l'assurance-hospitalisation, de l'assurance complémentaire en soins de santé, de l'assurance complémentaire contre l'incapacité de travail, de l'assurance complémentaire contre

nemers om collectieve verzekeringen onder dezelfde voorwaarden voort te zetten op individuele basis;

P. deze resolutie de toegang tot de verzekeringen zo breed mogelijk wil maken en wil bewerkstelligen dat de verzekeraars gaan tot de uiterste grenzen van de verzekeraarbaarheid;

Q. het Franse voorbeeld van de «Convention Belorgey», waar een werkgroep waarin alle belanghebbenden vertegenwoordigd zijn, heeft bewezen dat die methode werkt,

Vraagt de federale regering :

1. binnen de drie maanden na goedkeuring van deze resolutie een bijzonder overlegorgaan binnen de Commissie voor Verzekeringen in te stellen, dat is samengesteld uit vertegenwoordigers van de verzekeringssector, de kredietinstellingen, de vakministers en de consumenten- en patiëntenverenigingen. Dit bijzonder overlegorgaan is een permanent orgaan dat maatregelen en beleidssuggesties zal uitvaardigen om de toegang tot de verzekeringen voor chronische patiënten en zieken te verbeteren. Het moet werken met concrete doelstellingen inzake het uitbreiden van de verzekeraarbaarheid tot de chronisch zieken en de gehandicapten tegen een betaalbare premie. Het bijzonder overlegorgaan zal jaarlijks een voortgangsrapport indienen bij het parlement, waarbij een stand van zaken wordt gegeven van de vorderingen inzake het verbreden van de toegang tot de verzekeringen voor chronische patiënten en zieken.

2. erop toe te zien dat het bijzonder overlegorgaan binnen de zes maanden na goedkeuring van deze resolutie een conventieakkoord uitvaardigt dat de levensverzekeringen toegankelijk maakt voor HIV-patiënten tegen een betaalbare premie.

3. erop toe te zien dat het bijzonder overlegorgaan binnen de 15 maanden na goedkeuring van deze resolutie een conventieakkoord uitvaardigt dat een brede toegang garandeert voor die verzekeringen welke de consument moet nemen krachtens de wet of een overeenkomst voor de chronisch zieken en de gehandicapten tot de diverse verzekeringsproducten tegen een betaalbare premie. Dit convenant zal concrete doelstellingen en maatregelen uitvaardigen inzake de toegankelijkheid voor chronisch zieken van de hospitalisatie- en de levensverzekeringen, de schuldsaldoverzekeringen, de brandverzekeringen en het gewaarborgd inkomen voor zelfstandigen.

4. binnen het jaar na goedkeuring van deze resolutie een wetsontwerp in te dienen in het parlement, waarbij de levenslange geldigheid voor de hospitalisatieverzekering, de aanvullende ziektekostenverzekering, de aanvullende arbeidsongeschiktheidsverzekering, de aanvullende invaliditeitsverzeke-

l'invalidité, de l'assurance revenu garanti, de l'assurance-vie et de l'assurance solde restant dû. Pour ces assurances, les conditions de couverture existantes seront maintenues si l'assuré devient moins valide, handicapé ou gravement ou chroniquement malade pendant la durée des contrats d'assurance. Ce projet de loi prévoira aussi la prorogation, à titre individuel, des garanties des assurances collectives souscrites auparavant, et inversement, aux mêmes conditions de couverture.

5. de créer, au plus tard six mois après l'adoption de la présente résolution, une section scientifique en collaboration avec l'Institut national de statistique, l'Institut scientifique de la Santé publique et le Centre fédéral d'expertise des soins de santé. Cette section sera chargée de rassembler et de mettre à jour les données scientifiques en matière des mortalité et de morbidité, et ce pour les principales pathologies. Elle deviendra un centre de connaissance du développement des pathologies et de leur traitement, ainsi qu'un guichet d'information pour les acteurs concernés. Cela permettra aux assureurs d'offrir de véritables assurances sur mesure. La section fournira des avis à l'organe de concertation spécial au sein de la Commission des assurances.

6. de rédiger, en concertation avec le secteur des assurances et en accord avec le ministre compétent, un code de déontologie contraignant dont la violation sera possible de sanctions.

17 mai 2005.

ring, de verzekering gewaarborgd inkomen, de levensverzekering en schuldsaldoverzekering gegarandeerd wordt. Bij deze verzekeringen blijven de bestaande dekkingsvoorwaarden behouden als de verzekerde tijdens de duur van de verzekeringen mindervalide of gehandicapt, ernstig of chronisch ziek wordt. Dit wetsontwerp zal tevens de individuele voortzetting waarborgen van de eerder afgesloten collectieve verzekeringen en andersom tegen dezelfde dekkingsvoorwaarden.

5. uiterlijk zes maanden na goedkeuring van deze resolutie een wetenschappelijke sectie op te richten in samenwerking met het Nationaal Instituut voor de Statistiek, het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid en het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg. Die sectie zal als opdracht hebben om de wetenschappelijke gegevens inzake mortaliteit en de morbiditeit voor de voornaamste pathologieën te verzamelen en te vernieuwen. Zij zal een kenniscentrum worden voor de kennis van de ontwikkeling van pathologieën en hun behandeling en een informatie-loket voor de betrokken actoren. Dit zal de verzekeraars toelaten om echte verzekeringen op maat aan te bieden. De sectie zal advies verlenen aan het bijzonder overlegorgaan binnen de Commissie voor Verzekeringen.

6. in overleg met de verzekeringssector en in samenspraak met de bevoegde minister een afdwingbare en sanctioneerbare gedragscode op te stellen.

17 mei 2005.

Stéphanie ANSEEUW.
Margriet HERMANS.
Luc WILLEMS.