

BELGISCHE SENAAAT

ZITTING 2008-2009

12 MAART 2009

Wetsvoorstel tot wijziging van de wet van 10 mei 2007 ter bestrijding van bepaalde vormen van discriminatie met het oog op de invoering van een verbod op segmentering op basis van handicap of gezondheidstoestand in het verzekeringswezen

(Ingediend door mevrouw Helga Stevens c.s.)

TOELICHTING

In onze huidige samenleving zijn verzekeringsdiensten bijzonder belangrijk geworden. Geen of moeilijk — bijvoorbeeld onder quasi onbetaalbare voorwaarden — toegang hebben tot bepaalde essentiële verzekeringen, betekent een inperking van iemands mogelijkheden om zichzelf ten volle te ontplooiën in de samenleving.

Mensen met een handicap of mensen met actuele of vroegere gezondheidsproblemen worden vaak met dergelijke beperkingen geconfronteerd. Zo wordt bijvoorbeeld aan een ex-kankerpatiënt, en ook aan veel andere ex-patiënten, vaak een schuldsaldoverzekering geweigerd. De facto wordt deze personen bijgevolg de mogelijkheid ontzegd om een eigen woning aan te kopen en zich op deze manier voor de toekomst financieel te beveiligen. Een bank zal immers in de regel geen hypothecaire lening toestaan zonder dat een dergelijke verzekering wordt afgesloten. Wanneer geweten is dat het bezit van een eigen woning één van de meest efficiënte vormen van bescherming tegen armoede is, wordt meteen duidelijk dat heel wat (ex-)patiënten met een chronische ziekte veroordeeld zijn tot financiële onzekerheid.

Ook het afsluiten van bijvoorbeeld een ziektekosten- of hospitalisatieverzekering is voor veel mensen met een handicap en (ex-)chronisch zieken slechts mogelijk mits de uitsluiting in de polis van de kosten die verband houden met de handicap of chronisch ziekte. De interpretatie door de verzekeraars

SÉNAT DE BELGIQUE

SESSION DE 2008-2009

12 MARS 2009

Proposition de loi modifiant la loi du 10 mai 2007 tendant à lutter contre certaines formes de discrimination, en vue d'interdire dans les assurances toute segmentation fondée sur le handicap ou l'état de santé

(Déposée par Mme Helga Stevens et consorts)

DÉVELOPPEMENTS

Dans notre société actuelle, les services d'assurance sont devenus particulièrement importants. Ne pas avoir accès à certaines assurances essentielles ou y avoir accès difficilement — par exemple à des conditions financières quasi inabordables — restreint les possibilités de la personne concernée de s'épanouir pleinement dans la société.

Les personnes handicapées ou les personnes qui ont ou ont eu des problèmes de santé sont souvent confrontées à des restrictions de ce type. Nombreuses sont les personnes qui ont eu un cancer ou une autre maladie à se voir refuser une assurance solde restant dû. Elles sont donc empêchées *de facto* d'acheter leur propre habitation et de se mettre ainsi financièrement à l'abri pour l'avenir. En effet, une banque n'accordera généralement pas d'emprunt hypothécaire sans qu'une assurance de ce type ne soit conclue. Quand on sait que le fait d'être propriétaire de sa propre habitation est une des formes les plus efficaces de protection contre la pauvreté, on comprend d'emblée qu'un grand nombre de patients chroniques ou d'anciens patients chroniques sont condamnés à l'insécurité financière.

De même, nombre de personnes handicapées, de patients chroniques, ou d'anciens patients chroniques ne peuvent souscrire à une assurance hospitalisation ou à une assurance soins de santé qu'à la condition que les coûts liés au handicap ou à la maladie chronique soient exclus de la police. La manière dont les

van kosten die al dan niet verband houden met de handicap of chronische ziekte in kwestie blijkt vaak nadelig uit te vallen voor de betrokken verzekerden. In heel wat gevallen wordt ook deze verzekering eenvoudigweg geweigerd: vier op tien mensen die ziek of invalide zijn, hebben een dergelijke verzekering niet. Dit is een verontrustend cijfer, wetende dat het Vlaams Actieplan Armoedebestrijding 2005-2009 expliciet erkent dat het beschikken over een aanvullende ziekteonkostenverzekering dé manier is om armoede te voorkomen.

Voor gezinnen met een gezinslid — een volwassene of een kind — dat een mentale handicap heeft, is het veelal niet evident om een familiale verzekering af te sluiten. Verzekeringsmaatschappijen weigeren de verzekeringsaanvraag vaak, of zeggen de bestaande polis op, omwille van het verhoogde risico dat een persoon met een handicap zou vertegenwoordigen. Deze gezinnen blijven op deze manier noodgedwongen verstoken van een burgerlijke aansprakelijkheidsverzekering die verzekeraars zelf — en terecht — onmisbaar noemen.

Met betrekking tot de verplichte verzekering tegen arbeidsongevallen — om een laatste voorbeeld te noemen — zal een werkgever niet snel geneigd zijn om iemand met een handicap in dienst te nemen. De werkgever vreest immers veelal — en helaas niet onterecht — een zware bijpremie te zullen moeten betalen, omdat de verzekeringsmaatschappij ervan uitgaat dat de tewerkstelling van een persoon met een handicap een extra risico inhoudt. De extra kost van de bijpremie — en de extra administratieve rompslomp — zijn zeker elementen die werkgever tegenhouden om mensen met een handicap aan te werven.

Verzekeringsdiensten zijn oorspronkelijk ontstaan omdat mensen zich wilden beschermen tegen de onvoorspelbaarheid van het leven. Groepen mensen kwamen met elkaar overeen om bijdrages te betalen die in één grote pot werden gestopt. Werd iemand op één of andere manier getroffen door het noodlot, dan kon hij of zij, of zijn of haar nazaten, een financiële compensatie krijgen uit de gezamenlijke pot. Vervolgens gingen ondernemingen dergelijke solidariteitsmechanismen aanbieden aan het publiek.

De commerciële firma's die dergelijke verzekeringen aanboden, ontwikkelden vervolgens een eigen dynamiek. Één van de elementen daarin was dat de maatschappijen de verzekeringsnemers gingen indelen in categorieën op basis van het risico dat ze voor de betrokken maatschappijen vertegenwoordigden. Wie een kleiner risico vertegenwoordigde, moest een lagere premie betalen. De verzekeraars willen tot op heden dergelijke segmenteringsmechanismen nog verantwoorden met het argument dat ze de plicht hebben om voor elke individuele verzekeringsnemer een zo billijk mogelijke premie te bepalen.

assureurs interprètent les coûts liés ou non au handicap ou à la maladie chronique en question s'avère souvent défavorable pour les assurés concernés. Dans bien des cas, cette assurance leur est tout simplement refusée: quatre personnes malades ou invalides sur dix ne disposent pas d'une telle assurance. Ce chiffre est inquiétant, puisque le plan flamand de lutte contre la pauvreté 2005-2009 reconnaît explicitement que le fait de disposer d'une assurance soins de santé complémentaire est le meilleur moyen d'éviter de sombrer dans la pauvreté.

Les familles dont l'un des membres, qu'il s'agisse d'un adulte ou d'un enfant, est handicapé mental rencontrent souvent des difficultés à conclure une assurance familiale. Les compagnies d'assurance refusent souvent la demande d'assurance, ou résilient la police existante, en raison du risque accru qu'est supposée représenter une personne handicapée. Par la force des choses, ces familles restent ainsi privées d'une assurance responsabilité civile que les assureurs qualifient eux-mêmes, à juste titre, d'indispensable.

En ce qui concerne l'assurance obligatoire contre les accidents du travail, pour citer un dernier exemple, un employeur ne sera guère enclin à engager une personne handicapée. En règle générale, l'employeur craint en effet — malheureusement à juste titre — de devoir payer une surprime considérable parce que la compagnie d'assurances considère qu'employer une personne handicapée comporte un risque accru. Le coût supplémentaire engendré par la surprime ainsi que le surcroît de tracasseries administratives sont certainement des éléments qui dissuadent l'employeur d'engager des personnes handicapées.

À l'origine, les services d'assurances ont été créés parce que l'on voulait se prémunir contre les aléas de la vie. Des groupes de personnes convenaient entre elles de verser des cotisations à un grand pot commun. Lorsqu'un adhérent était frappé par le destin d'une manière ou d'une autre, celui-ci, ou ses descendants, pouva(en)t alors obtenir une compensation financière prélevée sur le pot commun. Par la suite, des entreprises se sont mises à proposer ce genre de mécanismes de solidarité au public.

Les sociétés commerciales qui proposaient ces assurances ont ensuite développé une dynamique propre. Un des éléments de cette dynamique consistait pour les compagnies d'assurance à répartir les assurés en catégories sur la base du risque qu'ils représentaient pour elles. Les assurés représentant un risque moindre payaient une prime moins élevée. Jusqu'à présent, les assureurs continuent à vouloir justifier ces mécanismes de segmentation en arguant qu'il est de leur devoir de fixer une prime aussi équitable que possible pour chaque assuré individuellement.

Opvallend hierbij is dat verzekeringsondernemingen bij het invoeren en hanteren van segmenteringscriteria veelal geen rekening gehouden hebben met het feit dat mensen sommige van deze criteria meer of minder in de hand hebben en andere criteria helemaal niet. Dat iemand die kiest voor een snelle luxewagen een hogere premie voor zijn autoverzekering zal betalen dan iemand die voor een kleine gezinswagen kiest, zal niemand tegen de borst stuiten. Dat iemand die bijvoorbeeld doof is een hogere premie moet betalen, is echter een kwestie van een heel andere orde. Van een andere orde is ook de zaak van een (ex-) kankerpatiënt die geen of geen betaalbare schuldaldoverzekering kan krijgen. Idem voor de chronisch zieke die alleen tegen een hoge premie een aanvullende ziektekostenverzekering kan aangaan die qua dekkingsvoorwaarden inhoudelijk volledig uitgehoud is.

Het hebben van een handicap of een gezondheidsprobleem is normalerwijze nooit het gevolg van een beredeneerde keuze. Niemand kiest voor een handicap of een gezondheidsprobleem. Dat mensen met een handicap of een gezondheidsprobleem veel hogere verzekeringspremies moeten betalen of bepaalde verzekeringen niet kunnen aangaan of alleen onder lamentabele dekkingsvoorwaarden, is deze mensen straffen voor een omstandigheid waar ze zelf niet voor gekozen hebben.

Hierbij dient wel opgemerkt dat bepaalde handicaps of aandoeningen eventueel, en al dan niet gedeeltelijk, het gevolg kunnen zijn van een welbepaalde levensstijl. We denken bijvoorbeeld aan de verstokte roker die met longkanker wordt geconfronteerd of aan de beoefenaar van extreem risicovolle sporten. Het komt de indieners van dit wetsvoorstel voor dat dergelijke criteria met betrekking tot de actuele levensstijl van de kandidaat-verzekeringnemer wel kunnen worden gehanteerd in het kader van segmentering en premiebepaling voor een aantal verzekeringen. De kandidaat-verzekeringnemer die rookt en ervoor kiest om te blijven roken, zal zich dan verplicht zien om een bijpremie te betalen.

De algemene strekking van dit wetsvoorstel is dat verzekeraars handicap of gezondheidstoestand in principe niet mogen aanwenden als criteria op basis waarvan mensen al dan niet aanvaard worden, of als criteria op basis waarvan aan premieberekening wordt gedaan, of als criteria op basis waarvan de dekkingsvoorwaarden van een polis worden bepaald. Voor de indieners van dit wetsvoorstel primeert het solidariteitsprincipe tussen mensen met en zonder handicap of ziekte op het principe van een verzekering die gelieerd is aan persoonlijke niet-keuzegebonden kenmerken van de individuele kandidaat-verzekeringnemer op het vlak van handicap of gezondheidstoestand.

De wet van 2007 ter bestrijding van bepaalde vormen van discriminatie bepaalt in artikel 7 dat het

Il est frappant à cet égard que l'instauration et l'application des critères de segmentation ne tiennent généralement pas compte du fait que les individus ont une prise plus ou moins grande sur certains critères et aucune prise sur d'autres. Si quelqu'un choisit une voiture de luxe rapide et qu'il ou elle paie pour son assurance auto une prime plus élevée que le propriétaire d'une petite voiture familiale, cela ne choque personne. Mais le fait qu'une personne atteinte de surdité doive payer une prime plus élevée est une question d'un tout autre ordre. Le cas d'un patient qui est ou a été atteint d'un cancer et qui ne parvient pas obtenir une assurance solde restant dû est également d'un autre ordre. Il en va de même pour le patient chronique qui, s'il veut souscrire une assurance soins de santé complémentaire, devra payer le prix fort pour un contrat dont les conditions de couverture sont en outre complément vidées de leur substance.

Souffrir d'un handicap ou d'un problème de santé n'est normalement jamais le résultat d'un choix raisonn e. On ne choisit pas d'avoir un handicap ou un problème de santé. Contraindre les personnes handicapées ou souffrant d'un problème de santé à payer des primes d'assurance beaucoup plus élevées, leur refuser certaines assurances ou ne leur accorder que des conditions de couverture lamentables revient à les sanctionner pour un état qu'elles n'ont pas choisi.

Il convient de signaler à cet égard que certains handicaps ou affections peuvent éventuellement résulter, partiellement ou non, d'un mode de vie bien précis. Nous pensons, par exemple, au fumeur inv et er e qui s'expose au cancer du poumon ou à la personne qui pratique un sport extrême. Les auteurs de la présente proposition de loi considèrent qu'il est permis d'utiliser en pareil cas des critères relatifs au mode de vie actuel du candidat preneur d'assurance dans le cadre de la segmentation et de la fixation de la prime pour un certain nombre d'assurances. Le candidat preneur d'assurance qui fume et qui choisit de continuer à fumer se verra donc contraint de payer une surprime.

La portée générale de la présente proposition de loi est que les assureurs ne peuvent en principe pas utiliser le handicap ou l'état de santé comme critère d'acceptation, comme critère de calcul de la prime ou comme critère régissant les conditions de couverture. Pour les auteurs de la présente proposition de loi, le principe de solidarité entre les personnes en bonne santé et les personnes handicapées ou malades l'emporte sur le principe d'une assurance liée aux caractéristiques personnelles sur le plan du handicap ou de l'état de santé, dès lors qu'elles ne résultent pas d'un choix du candidat preneur d'assurance individuel.

La loi de 2007 tendant à lutter contre certaines formes de discrimination dispose, en son article 7, que

maken van een direct onderscheid op basis van handicap en gezondheidstoestand een discriminatie is, tenzij dit directe onderscheid objectief wordt gerechtvaardigd door een legitiem doel en de middelen voor het bereiken van dat doel passend en noodzakelijk zijn. Verzekeraars zijn er tot nog toe steeds vanuit gegaan dat segmentering op basis van handicap en gezondheidstoestand in verband staat met een dergelijk legitiem doel en dus geen discriminatie vormt. Het in de ogen van de verzekeraars legitieme doel in kwestie is het aanbieden van een zo billijk mogelijke premie aan elke individuele verzekeringsnemer. De verzekeraars gaan ervan uit dat het bijvoorbeeld toch niet kan dat iemand zonder handicap zou moeten meebetalen voor het hogere risico dat een persoon met een handicap in hun ogen betekent.

De indieners van dit wetsvoorstel menen dat een dergelijke enge visie op solidariteit tussen mensen of verzekerden niet langer kan in een moderne, op de humanistische waarden gestoelde samenleving. Het hanteren van hogere premies voor mensen met een handicap of een ziekte onder het mom van billijkheid moet daarom wettelijk aan banden gelegd worden. Het is dan ook aangewezen om in de genoemde antidiscriminatiewet een bepaling op te nemen die expliciet stelt dat segmentering op basis van handicap en gezondheidstoestand in het verzekeringswezen een discriminatie is en bijgevolg verboden is.

Uiteraard kunnen er uitzonderlijke situaties opduiken waarin het toestaan van een verzekering tegen de normale premie en dekkingsvoorwaarden een absurditeit kan lijken. Wat bijvoorbeeld met een volgens medici terminaal zieke persoon wiens het levenseinde in zicht lijkt, maar die alsnog een overlijdensverzekering wenst af te sluiten? In een dergelijk geval voorziet dit wetsvoorstel erin dat de verzekeraar het verzekeringsverzoek moet voorleggen aan een op te richten « Commissie voor bijzondere verzekeringsaanvragen ». Deze commissie beslist of het al dan niet billijk is dat de kandidaat-verzekeringnemer — al dan niet onder de normale voorwaarden — toegang krijgt tot de verzekering in kwestie.

Mede ter ondersteuning van deze eerste commissie wordt ten slotte een tweede commissie opgericht — de « Commissie voor onderzoek » — die als opdracht heeft de « Commissie voor bijzondere verzekeringsaanvragen », maar ook de verzekeringssector en de patiënten- en consumentenverenigingen, via gegevensverzameling en studie stelselmatig te voorzien van actuele wetenschappelijke gegevens inzake de beoordeling van risico's in de verzekeringspraktijk.

toute distinction directe fondée sur un handicap ou un état de santé constitue une discrimination directe, à moins que cette distinction directe ne soit objectivement justifiée par un but légitime et que les moyens de réaliser ce but soient appropriés et nécessaires. Jusqu'à présent, les assureurs ont toujours considéré qu'une segmentation fondée sur un handicap et sur l'état de santé est à rapprocher d'un tel but légitime et ne constitue donc pas une discrimination. Le but en question que les assureurs considèrent comme légitime est de proposer une prime aussi équitable que possible à chaque assuré individuel. Les compagnies d'assurance estiment, par exemple, qu'une personne ne souffrant d'aucun handicap n'a pas à payer pour le risque plus élevé que représente, à leurs yeux, une personne handicapée.

Selon les auteurs de la présente proposition de loi, une vision aussi étroite de la solidarité entre personnes ou entre assurés n'est plus admissible dans une société moderne basée sur les valeurs humanistes. C'est pourquoi une initiative législative s'impose pour mettre fin à l'application de primes plus élevées aux personnes atteintes d'un handicap ou d'une maladie et ce, au nom de l'équité. Il est dès lors indiqué d'insérer dans la loi antidiscrimination précitée une disposition prévoyant explicitement que dans le domaine des assurances, toute segmentation fondée sur un handicap ou sur l'état de santé constitue une discrimination et est de ce fait prohibée.

L'on pourra évidemment toujours être confronté à des situations exceptionnelles dans lesquelles la conclusion d'une assurance moyennant une prime normale et à des conditions de couverture normales pourra sembler une absurdité. *Quid*, par exemple, d'un malade en phase terminale selon les médecins, mais qui souhaiterait encore conclure une assurance décès? La présente proposition de loi prévoit qu'en pareil cas, l'assureur doit soumettre la demande d'assurance à une « Commission des demandes d'assurance particulières », à créer. Celle-ci décidera alors s'il est équitable ou non que le candidat preneur d'assurance ait accès — aux conditions normales ou non — à l'assurance en question.

Enfin, la proposition de loi prévoit — notamment pour soutenir cette première commission — la création d'une seconde commission, dénommée « Commission d'examen », chargée, par le biais d'études et de collectes de données, de fournir systématiquement à la « Commission des demandes d'assurance particulières » ainsi qu'au secteur des assurances et aux organisations de défense des patients et des consommateurs des données scientifiques actualisées sur l'évaluation des risques dans la pratique des assurances.

ARTIKELSGEWIJZE TOELICHTING**Artikel 1**

Dit artikel verwijst naar de grondwettelijke grondslag van huidig wetsvoorstel.

Artikel 2

Dit artikel voegt in de opsomming van artikel 4 van de wet van 10 mei 2007 een definitie in van het begrip « uitzonderlijk risico (omwille van een handicap of gezondheidstoestand) ».

Artikel 3

Artikel 7 van de wet van 10 mei 2007 ter bestrijding van bepaalde vormen van discriminatie stelt dat het maken van een direct onderscheid op grond van één van de door de wet beschermde criteria een directe discriminatie vormt, tenzij dit directe onderscheid objectief wordt gerechtvaardigd door een legitiem doel en de middelen voor het bereiken van dat doel passend en noodzakelijk zijn. Verzekeraars hebben tot op heden steeds geredeneerd dat segmentering op basis van de criteria handicap en gezondheidstoestand een middel is om een dergelijk legitiem doel te bereiken: het vaststellen van een in hun ogen billijke premie voor de individuele verzekeringsnemer.

De hier voorgestelde, bijkomende artikelen 7/1 tot 7/3 voeren een afwijking in op deze redenering en expliciteren dat in het private verzekeringswezen segmentering op basis van handicap en gezondheidstoestand wel degelijk een discriminatie vormt en bijgevolg verboden is. Via deze artikelen wordt voor de toekomst uitgesloten dat de billijkheid van de premie nog langer in verband zou worden gebracht met de gezondheidstoestand van de verzekeringsnemer, of van het al dan niet bezitten van een handicap. Handicap en gezondheidstoestand worden in principe uitgesloten van de criteria op grond waarvan een verzekeraar de billijkheid van een premie kan vaststellen.

Wanneer echter een verzekeraar meent geconfronteerd te worden met een verzekeringsverzoek dat een uitzonderlijk risico vertegenwoordigt, dient hij deze verzekeringsaanvraag voor te leggen aan een nieuw op te richten « Commissie voor bijzondere verzekeringsaanvragen ». De genoemde commissie beoordeelt vervolgens of de verzekeraar de aanvraag dient in te willigen en of dit onder de gebruikelijke voorwaarden dient te gebeuren. De commissie dient alle aanvragen binnen de twee maanden te behandelen, opdat de kandidaat-verzekeringnemer binnen een redelijke tijd duidelijkheid zou hebben over zijn situatie. De commissie is paritair samengesteld uit vertegenwoordigers van de verzekeringssector enerzijds en vertegenwoordigers van de consumenten-, patiënten- en gehandicaptenorganisaties anderzijds om een objec-

COMMENTAIRE DES ARTICLES**Article 1^{er}**

Cet article détermine la base constitutionnelle de la proposition de loi.

Article 2

Cet article insère dans l'énumération de l'article 4 de la loi du 10 mai 2007 une définition de la notion de « risque exceptionnel » (en raison d'un handicap ou de l'état de santé).

Article 3

Aux termes de l'article 7 de la loi du 10 mai 2007 tendant à lutter contre certaines formes de discrimination, le fait d'établir une distinction directe fondée sur l'un des critères protégés par la loi constitue une discrimination directe, à moins que cette distinction directe ne soit objectivement justifiée par un but légitime et que les moyens de réaliser ce but soient appropriés et nécessaires. Jusqu'à présent, les assureurs ont toujours considéré la segmentation basée sur les critères du handicap et de l'état de santé comme un moyen d'atteindre un tel but légitime, à savoir la fixation d'une prime équitable, selon eux, pour le preneur d'assurance individuel.

Les articles supplémentaires 7/1 à 7/3 proposés par la proposition de loi à l'examen instaurent une dérogation à ce raisonnement en prévoyant que, dans le secteur des assurances privées, la segmentation fondée sur un handicap et sur l'état de santé constitue bel et bien une discrimination et est par conséquent prohibée. L'insertion de ces articles vise à empêcher, à l'avenir, d'établir un lien entre le caractère équitable de la prime, d'une part, et l'état de santé du preneur d'assurance ou le fait que celui-ci ait ou non un handicap, d'autre part. Le handicap et l'état de santé sont en principe exclus des critères sur lesquels un assureur peut se baser pour juger du caractère équitable ou non d'une prime.

Toutefois, l'assureur qui estime être confronté à une demande d'assurance comportant un risque exceptionnel doit la soumettre à une « Commission des demandes d'assurance particulières », à créer. Celle-ci décidera alors si l'assureur doit faire droit à la demande et, dans l'affirmative, si cela doit se faire aux conditions habituelles. La commission doit traiter toutes les demandes dans les deux mois, afin que le candidat preneur d'assurance puisse être clairement informé de sa situation dans un délai raisonnable. La Commission des demandes d'assurance particulières est composée paritairément de représentants du secteur des assurances, d'une part, et de représentants des organisations de défense des consommateurs, des patients et des personnes handicapées, d'autre part, afin de garantir un examen objectif et équilibré des

tieve, evenwichtige beoordeling van de voorgelegde verzekeringsaanvragen te garanderen. De voorzitter van de commissie wordt aangewezen door en onder de vertegenwoordigers van de consumenten-, patiënten- en gehandicaptenorganisaties (1). De concrete oprichting en nadere werking van de commissie wordt toevertrouwd aan de ministers bevoegd voor verzekeringen respectievelijk sociale zaken die deze beide zaken via een koninklijk besluit regelen.

Om de werking van de « Commissie voor bijzondere verzekeringsaanvragen » te ondersteunen bij haar taak wordt een bijkomende « Commissie voor onderzoek » opgericht. De commissie dient — via gegevensverzameling en studie — up-to-date wetenschappelijk materiaal aan te leveren dat nuttig is bij de beoordeling van risico's in de verzekeringspraktijk. De commissie is paritair samengesteld uit enerzijds experts aangeduid door de vertegenwoordigers van de verzekeringssector in de « Commissie voor bijzondere verzekeringsaanvragen » en anderzijds experts aangeduid door de vertegenwoordigers van de consumenten-, patiënten- en gehandicaptenorganisaties in de « Commissie voor bijzondere verzekeringsaanvragen ». De pariteit dient de onafhankelijkheid en objectiviteit van de werking van de commissie te waarborgen. Om het evenwicht te bewaren (*cf.* het voorzitterschap van de « Commissie voor bijzondere verzekeringsaanvragen ») wordt het voorzitterschap van deze commissie toevertrouwd aan één van de experts aangewezen door de verzekeringssector. De concrete oprichting en nadere werking van de commissie wordt toevertrouwd aan de ministers bevoegd voor verzekeringen respectievelijk sociale zaken die deze beide zaken via een koninklijk besluit regelen.

Artikel 4

Dit artikel bepaalt dat deze wet van kracht wordt de dag na de publicatie van het koninklijk besluiten waarnaar in de voorgestelde artikelen 7/2 en 7/3 verwezen wordt, of — indien deze besluiten een half jaar na de publicatie van dit wetsvoorstel nog steeds niet verschenen zijn — uiterlijk zes maanden na de publicatie van de wet in het *Belgisch Staatsblad*.

Helga STEVENS.
Wouter BEKE.
Jean-Paul PROCUREUR.
Vera DUA.
Lieve VAN ERMEN.
Geert LAMBERT.
Louis IDE.

*
* *

(1) Het voorzitterschap van de « Commissie voor onderzoek » wordt toevertrouwd aan één van de leden van deze commissie aangeduid door de verzekeringssector.

demandes d'assurance qui lui sont soumises. Le président de la commission est désigné par les représentants des organisations de défense des consommateurs, des patients et des personnes handicapées en leur sein (1). Les ministres ayant respectivement les assurances et les affaires sociales dans leurs attributions arrêteront les modalités concrètes de la création et du fonctionnement de la commission par voie d'arrêté royal.

Une « Commission d'examen » est en outre créée afin de venir en appui de la « Commission des demandes d'assurance particulières » dans l'exercice de ses missions. Cette commission d'examen doit, par le biais de collectes de données et d'études, fournir des données scientifiques actualisées pouvant être utiles pour l'évaluation des risques dans la pratique des assurances. La commission est composée paritaire, d'une part, d'experts désignés par les représentants du secteur des assurances qui siègent à la « Commission des demandes d'assurance particulières » et, d'autre part, d'experts désignés par les représentants des organisations de défense des consommateurs, des patients et des personnes handicapées qui siègent à la « Commission des demandes d'assurance particulières ». La parité vise à garantir l'indépendance et l'objectivité du fonctionnement de la commission d'examen. Afin que l'équilibre soit garanti (*cf.* la présidence de la « Commission des demandes d'assurance particulières »), la présidence de cette commission est confiée à l'un des experts désignés par le secteur des assurances. Les ministres ayant respectivement les assurances et les affaires sociales dans leurs attributions arrêteront les modalités concrètes de la création et du fonctionnement de la commission par voie d'arrêté royal.

Article 4

Cet article prévoit que la loi entre en vigueur le jour suivant celui de la publication des arrêtés royaux auxquels font référence les articles 7/2 et 7/3 proposés, ou — si ces arrêtés n'ont pas été publiés dans les six mois de la publication de la loi proposée — au plus tard six mois après la publication de la loi au *Moniteur belge*.

*
* *

(1) La présidence de la « Commission d'examen » est confiée à l'un des membres désignés par le secteur des assurances.

WETSVOORSTEL

Artikel 1

Deze wet regelt een aangelegenheid als bedoeld in artikel 78 van de Grondwet.

Art. 2

Artikel 4 van de wet van 10 mei 2007 ter bestrijding van bepaalde vormen van discriminatie wordt aangevuld met een 18^o, luidende:

«18^o uitzonderlijk risico: een risico ten gevolge van een handicap of gezondheidstoestand dat door de verzekeraar wordt beschouwd als zeer uitzonderlijk en als niet verzekeraarbaar onder de normale voorwaarden. Van een «uitzonderlijk risico» kan bovendien alleen sprake zijn wanneer dit op basis van objectieve criteria door de verzekeraar wordt gemotiveerd tegenover de kandidaat-verzekeringnemer én ten overstaan van de «Commissie voor bijzondere verzekeringsaanvragen» en door deze commissie als dusdanig wordt erkend.

Art. 3

In dezelfde wet worden de artikelen 7/1 tot 7/3 ingevoegd, luidende:

«Art. 7/1. — In afwijking van artikel 7 en onverminderd de overige bepalingen van deze titel kan een direct onderscheid op basis van handicap of gezondheidstoestand in het verzekeringswezen uitsluitend gerechtvaardigd worden indien de handicap of gezondheidstoestand een uitzonderlijk risico vertegenwoordigt.

Indien de verzekeraar van oordeel is dat een handicap of gezondheidstoestand een uitzonderlijk risico vertegenwoordigt, moet de verzekeraar het verzekeringsverzoek — uiterlijk twee weken na het indienen ervan door de kandidaat-verzekeringnemer — voorleggen aan de Commissie voor bijzondere verzekeringsaanvragen bedoeld in artikel 7/2.

De Commissie voor bijzondere verzekeringsaanvragen oordeelt binnen een termijn van twee maanden na de indiening van het verzekeringsverzoek door de kandidaat-verzekerde, of de verzekeraar het verzekeringsverzoek al dan niet dient in te willigen en dit al dan niet tegen de gebruikelijke premie en voorwaarden.

De Commissie voor bijzondere verzekeringsaanvragen kan voor schuldsaldoverzekeringen een bijpre-

PROPOSITION DE LOIArticle 1^{er}

La présente loi règle une matière visée à l'article 78 de la Constitution.

Art. 2

L'article 4 de la loi du 10 mai 2007 tendant à lutter contre certaines formes de discrimination est complété par un 18^o rédigé comme suit:

«18^o risque exceptionnel: un risque dû à un handicap ou à un état de santé que l'assureur considère comme très exceptionnel et comme non assurable aux conditions normales. De plus, un risque exceptionnel ne peut être invoqué que si l'assureur motive cette décision sur la base de critères objectifs à l'égard du candidat preneur d'assurance et devant la «Commission des demandes d'assurance particulières» et si cette commission reconnaît le risque en question comme tel.

Art. 3

Les articles 7/1 à 7/3, rédigés comme suit, sont insérés dans la même loi:

«Art. 7/1. — Par dérogation à l'article 7 et sans préjudice des autres dispositions du présent titre, une distinction directe sur la base d'un handicap ou de l'état de santé ne peut être justifiée dans le domaine des assurances que si le handicap ou l'état de santé représente un risque exceptionnel.

Si l'assureur considère qu'un handicap ou un état de santé représente un risque exceptionnel, il doit soumettre la demande d'assurance, au plus tard deux semaines après son dépôt par le candidat preneur d'assurance, à la Commission des demandes d'assurance particulières visée à l'article 7/2.

La Commission des demandes d'assurance particulières décide dans un délai de deux mois à compter du dépôt de la demande d'assurance par le candidat assuré si l'assureur doit ou non y donner suite et ce, moyennant la prime et les conditions d'usage ou non.

Pour les assurances solde restant dû, la Commission des demandes d'assurance particulières peut autoriser

mie toestaan die maximaal 1,5 % bedraagt van de globale effectieve lastenvoet van de betrokken lening.

Voor andere verzekeringstypes kan de Commissie voor bijzondere verzekeringsaanvragen bijpremies toestaan waarvan de maxima worden vastgesteld door de Koning op voorstel van de ministers bevoegd voor de verzekeringen en voor sociale zaken en na advies de Commissie voor bijzondere verzekeringsaanvragen.

Art. 7/2. — Er wordt een Commissie voor bijzondere verzekeringsaanvragen opgericht.

De Commissie voor bijzondere verzekeringsaanvragen is paritair samengesteld uit vertegenwoordigers van de verzekeringssector enerzijds en de consumenten-, patiënten-, en gehandicaptenorganisaties anderzijds. De voorzitter van de commissie wordt aangewezen door de vertegenwoordigers van de consumenten-, patiënten- en gehandicaptenorganisaties.

De nadere regels met betrekking tot de oprichting en de werking van de Commissie voor bijzondere verzekeringsaanvragen worden bepaald door de Koning, op voorstel van de ministers bevoegd voor de verzekeringen en voor sociale zaken.

Het koninklijk besluit houdende oprichting van de Commissie voor bijzondere verzekeringsaanvragen wordt in het *Belgisch Staatsblad* gepubliceerd, uiterlijk zes maanden na de publicatie van deze wet.

Art. 7/3. — Er wordt een Commissie voor onderzoek opgericht.

De Commissie voor onderzoek is paritair samengesteld uit enerzijds experten aangewezen door de vertegenwoordigers van de verzekeringssector in de Commissie voor bijzondere verzekeringsaanvragen en anderzijds experten aangewezen door de vertegenwoordigers van de consumenten-, patiënten- en gehandicaptenorganisaties in de commissie voor bijzondere verzekeringsaanvragen. De experten aangewezen door de vertegenwoordigers van de verzekeringssector wijzen de voorzitter van de commissie aan.

De Commissie voor onderzoek heeft als opdracht wetenschappelijke gegevens te verzamelen die nuttig zijn voor de beoordeling van risico's in de verzekeringspraktijk. Deze gegevens dienen ter ondersteuning van de werkzaamheden van de Commissie voor bijzondere verzekeringsaanvragen en ter informatie van de verzekeringssector en van de patiënten- en consumentenorganisaties.

De nadere regels met betrekking tot de oprichting en de werking van de Commissie voor onderzoek worden bepaald door de Koning op voorstel van de ministers bevoegd voor de verzekeringen en voor sociale zaken.

une surprime ne pouvant excéder 1,5 % du taux effectif global du prêt concerné.

Pour les autres types d'assurance, la Commission des demandes d'assurance particulières peut autoriser des surprimes dont les plafonds sont fixés par le Roi sur proposition des ministres ayant les assurances et les affaires sociales dans leurs attributions et après avis de ladite commission.

Art. 7/2. — Il crée une Commission des demandes d'assurance particulières.

La Commission des demandes d'assurance particulières est composée paritairement de représentants du secteur des assurances, d'une part, et des organisations de consommateurs, de patients et de personnes handicapées, d'autre part. Le président de la commission est désigné par les représentants des organisations de consommateurs, de patients et de personnes handicapées.

Les modalités relatives à la création et au fonctionnement de la Commission de demandes d'assurance particulières sont fixées par le Roi, sur proposition des ministres ayant les assurances et les affaires sociales dans leurs attributions.

L'arrêté royal portant création de la Commission des demandes d'assurance particulières sera publié au plus tard six mois après la publication de la présente loi au *Moniteur belge*.

Art. 7/3. — Il est créé une Commission d'examen.

La Commission d'examen est composée paritairement, d'une part, d'experts désignés par les représentants du secteur des assurances au sein de la Commission des demandes d'assurance particulières et, d'autre part, d'experts désignés par les représentants des organisations de consommateurs, de patients et de personnes handicapées au sein la dite commission. Les experts désignés par les représentants du secteur des assurances désignent le président de la commission.

La Commission d'examen a pour mission de réunir les données scientifiques utiles pour l'évaluation des risques dans la pratique des assurances. Ces données serviront à étayer les travaux de la Commission des demandes d'assurance particulières et à informer le secteur des assurances et les organisations de patients et de consommateurs.

Les modalités relatives à la création et au fonctionnement de la Commission d'examen sont fixées par le Roi, sur proposition des ministres ayant les assurances et les affaires sociales dans leurs attributions.

Het koninklijk besluit houdende oprichting van de Commissie voor onderzoek wordt in het *Belgisch Staatsblad* gepubliceerd, uiterlijk zes maanden na de publicatie van deze wet.»

Art. 4

Deze wet treedt in werking de dag na de publicatie van de koninklijke besluiten vermeld in de artikelen 7/2 en 7/3 van de wet van 10 mei 2007 ter bestrijding van bepaalde vormen van discriminatie, en uiterlijk zes maanden na de publicatie van deze wet in het *Belgisch Staatsblad*.

19 februari 2009.

Helga STEVENS.
Wouter BEKE.
Jean-Paul PROCUREUR.
Vera DUA.
Lieve VAN ERMEN.
Geert LAMBERT.
Louis IDE.

L'arrêté royal portant création de la Commission des demandes d'assurance particulières sera publié au plus tard six mois après la publication de la présente loi au *Moniteur belge*.

Art. 4

La présente loi entre en vigueur le lendemain de la publication des arrêtés royaux mentionnés dans les articles 7/2 et 7/3 de la loi du 10 mai 2007 tendant à lutter contre certaines formes de discrimination, et au plus tard six mois après sa date de publication au *Moniteur belge*.

19 février 2009.