

tiers lésés: la quadrature du cercle”, *R.G.A.R.*, 2020, n° 15.670).

Cet arrêt intervient à un moment où les constats en matière de sinistralité s'affinent (Usages, risques et accidentalité des EDPM Rapport d'étude octobre 2020 – www.assurance-prevention.fr/nos-etudes/engins-deplacement-personnel-motorises-edpm-usages-risques-accidentalite).

Afin que les assureurs puissent revoir leurs produits d'assurance dans une relative sécurité juridique, une nouvelle modification législative s'impose pour confirmer les conclusions tirées de l'arrêt (assurance RC véhicule automoteur obligatoire) ou organiser, à nouveau, un régime spécifique.

B. T.

Vers un droit à l'oubli pour les personnes guéries d'un cancer en assurance revenu garanti

ASSURANCES

Assurances terrestres – Assurances de personnes – Assurances maladie et accident – Assurance revenu garanti – Pathologie cancéreuse antérieure – Droit à l'oubli

VERZEKERINGEN

Landverzekeringen – Persoonsverzekeringen – Zieke- en ongevalverzekeringen – Gewaarborgd inkomen verzekering – Voormalige kankerpathologie – Recht om te vergeten worden

L'association belge des assureurs, Assuralia, a adopté le 8 février 2021 un code de bonne conduite consacrant, dans les assurances revenu garanti, un « droit à l'oubli » pour les personnes guéries d'un cancer.

Ce code de bonne conduite, qui entrera en vigueur le 1^{er} février 2022, vise l'ensemble des assurances revenu garanti, liées ou non liées à une activité professionnelle. Les assurances revenu garanti (ou incapacité de travail) sont celles qui, en cas de maladie ou en cas de maladie et d'accident, indemnisent totalement ou partiellement la diminution ou la perte de revenus professionnels due à l'incapacité de travail de la personne assurée (art. 201, § 1, 2°, de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances).

Les assurances revenu garanti liées à une activité professionnelle sont celles qui sont souscrites par un ou plusieurs preneurs d'assurance au profit d'une ou de plusieurs personnes liées professionnellement au(x) preneur(s) d'assurance au moment de l'affiliation (p. ex., une assurance souscrite par une organisation professionnelle au profit de ses membres) (art. 201, § 2, de la même loi). Les assurances revenu garanti non liées à une telle activité sont celles qui ne correspondent pas à cette dernière définition (p. ex., une assurance souscrite par

un preneur d'assurance en son nom et à son propre profit). Qu'elles soient ou non liées à une activité professionnelle, les assurances revenu garanti s'adressent surtout aux travailleurs indépendants qui craignent de subir une perte de revenus professionnels à la suite d'une incapacité de travail elle-même consécutive à une maladie ou à un accident.

Le code s'appliquera à toute assurance revenu garanti souscrite à partir du 1^{er} février 2022 ainsi qu'aux nouvelles affiliations, à compter de cette même date, à une assurance revenu garanti liée à une activité professionnelle, pour autant que l'assurance soit offerte en Belgique par un assureur membre d'Assuralia. S'agissant des contrats ou des affiliations en cours, il ne s'appliquera qu'à concurrence du relèvement de la prestation assurée.

Le droit à l'oubli introduit par ce code correspond à celui qui a été introduit, dans les assurances du solde restant dû, par l'article 61/2 de la loi sur les assurances. Le candidat à une assurance revenu garanti ou à une affiliation à une telle assurance, qui a été ou est atteint d'une pathologie cancéreuse, demeurera tenu de déclarer à l'assureur cette pathologie (ainsi que ses éventuels effets secondaires, tels que des lésions provoquées aux poumons, au cœur ou aux reins par le traitement suivi).

Il sera toutefois interdit à l'assureur, à l'expiration d'un délai de 10 ans après la fin d'un traitement réussi et en l'absence de rechute ou d'incapacité de travail liée à la pathologie cancéreuse en cause, de prendre en compte cette pathologie pour déterminer l'état de santé actuel de ce candidat. Le code définit ce qu'il faut entendre par « fin d'un traitement réussi » et par « rechute ». L'assureur pourra néanmoins exclure de la couverture l'incapacité de travail et/ou l'invalidité économique et/ou physiologique permanente consécutive à un cancer qui existait au moment de la souscription ou de l'affiliation.

Le consommateur sera tenu d'adresser toute plainte liée à l'application du code au service des plaintes de l'entreprise d'assurance concernée et, en cas de réponse insatisfaisante, il pourra saisir l'ombudsman des assurances.

J.-M. B.

Brexit: overgangsregime voor financiële diensten beperkt tot verzekeringen

VERZEKERINGEN

Europees financieel recht – Europese Unie – Instellingen en financiële bepalingen – Internationale betrekkingen – Publiek verzekeringsrecht – Financiële instellingen en tussenpersonen – FSMA (Autoriteit voor Financiële Diensten en Markten) – Controle

ASSURANCES

Droit financier européen – Union européenne – Institutions et dispositions financières – Relations internatio-

nales – Droit public de l'assurance – Institutions et intermédiaires financiers – FSMA (Autorité des services et marchés financiers) – Contrôle

Door de terugtrekking van het Verenigd Koninkrijk uit de Europese Unie verloren bepaalde financiële dienstverleners hun Europees paspoort vanaf 1 januari 2021. Zonder overgangsregime bestaat het risico dat hun Belgische klanten geconfronteerd worden met in het Verenigd Koninkrijk geblokkeerde tegoeden. Immers zou het niet mogelijk kunnen zijn voor sommige dienstverleners om overeenkomsten te sluiten of uit te voeren zonder toestemming conform de toepasselijke toezichtwetgeving.

Op de vooravond van het einde van de Brexit-overgangsperiode verscheen in het *Belgisch Staatsblad* het Brexit I KB.¹⁵ Dit koninklijk besluit strekt tot uitvoering van artikel 20, eerste lid van de Brexit I-wet¹⁶, waarin bevoegdheid aan de Koning wordt gedelegeerd om, op advies van de FSMA en de NBB, dienstige maatregelen te nemen voor de goede uitvoering van bepaalde financiële overeenkomsten die vóór 1 januari 2021 werden gesloten door Britse financiële dienstverleners. Deze dienstige maatregelen kunnen onder meer bestaan in het verlenen van een uitzonderlijke toestemming om gereguleerde activiteiten in België uit te oefenen.

Het uitvoeringsbesluit voert de Brexit I-wet uit voor wat betreft Britse verzekeringsondernemingen en verzekerings-, nevenverzekerings- en herverzekerings-tussenpersonen. De overgangsregeling is beperkt tot de verzekeringssector en strekt zich met andere woorden niet uit tot de overige dienstverleners die worden beoogd door de Brexit I-wet.¹⁷

Er wordt een dubbel “run-off”-overgangsregime geïnstalleerd voor de afwikkeling van verzekeringscontracten

die gesloten werden vóór 1 januari 2021. Enerzijds verkrijgen Britse verzekeringsondernemingen voor onbepaalde duur een toestemming om de uitvoering van bestaande verzekeringsovereenkomsten voort te zetten. Anderzijds beschikken Britse tussenpersonen over een tijdelijke toestemming, tot 30 juni 2022, om activiteiten van (her)verzekeringsdistributie uit te oefenen, voor zover deze activiteiten betrekking hebben op bestaande overeenkomsten.

Het overgangsregime is onderworpen aan strikte voorwaarden. Zo kan slechts gebruik worden gemaakt van de overgangsregeling wanneer de verzekeraar of tussenpersoon een uitdrukkelijke kennisgeving doet aan de bevoegde toezichthouder. Voor tussenpersonen dient deze kennisgeving plaats te vinden vóór 28 februari 2021. Het kennisgevingsdossier dient te voldoen aan de formaliteiten zoals bepaald in artikelen 2 en 8 van het Brexit I-KB (desgevallend aangevuld door de NBB of de FSMA)¹⁸ en dient regelmatig geactualiseerd te worden.

De tijdelijke vergunning is beperkt tot activiteiten die betrekking hebben op *bestaande* contracten. Immers voert het overgangsregime enkel het eerste lid van artikel 20 van de Brexit I-wet uit en niet het tweede lid, zoals ingevoegd door artikel 5 van de Brexit II-wet.¹⁹ Deze laatste bepaling voorziet namelijk een delegatie aan de Koning om maatregelen te nemen om financiële dienstverleners tijdelijk toe te staan gereguleerde activiteiten uit te oefenen, met inbegrip van het sluiten van *nieuwe* overeenkomsten, tijdens de periode waarin zij een nieuwe toestemming bij de bevoegde autoriteit hebben aangevraagd. Tot op heden werd dit breder overgangsregime (“Brexit II-KB”) nog niet aangenomen.

Volgens het verslag aan de Koning van het Brexit I-KB strekt het verbod nieuwe overeenkomsten te sluiten zich uit tot de (stilzwijgende) verlenging van bestaande overeenkomsten.²⁰ Daarom dient de verzekeraar de nodige maatregelen te nemen om de verzekeringsovereenkomsten die zij in het kader van het overgangsregime uitvoert te beëindigen op de eerstvolgende vervaldatum rekening houdend met de wettelijke formaliteiten voor opzegging. Daarnaast kunnen tussenpersonen met tijdelijke toestemming geen medewerking verlenen aan de (stilzwijgende) verlenging van bestaande verzekeringsovereenkomsten of een mogelijke dekkingsuitbreiding.

De NBB en de FSMA worden belast met uitgebreide toezichtbevoegdheden. Zo worden de toezichthouders niet enkel bevoegd om toezicht uit te oefenen op de kennisge-

15. Koninklijk besluit van 22 december 2020 tot uitvoering, voor wat de verzekeringsondernemingen, de verzekerings-, de nevenverzekerings- en de herverzekerings-tussenpersonen betreft, van artikel 20, eerste lid van de wet van 3 april 2019 betreffende de terugtrekking van het Verenigd Koninkrijk uit de Europese Unie (BS 31 december 2020).

16. Wet van 3 april 2019 betreffende de terugtrekking van het Verenigd Koninkrijk uit de Europese Unie (BS 10 april 2019). Artikel 20 van de Brexit I-wet trad in werking op 1 januari 2021 (art. 2 KB van 22 december 2020 tot vaststelling van de datum van inwerkingtreding van diverse wetten betreffende de terugtrekking van het Verenigd Koninkrijk uit de Europese Unie (BS 29 december 2020)).

17. Artikel 20 van de Brexit I-wet delegeert bevoegdheid aan de Koning om een overgangsregeling in te voeren voor de volgende gereguleerde entiteiten: kredietinstellingen, beleggingsondernemingen, verzekerings- of herverzekeringsondernemingen, betalingsinstellingen, instellingen voor elektronisch geld, kredietgevers, instellingen voor collectieve belegging, beheersvennootschappen van instellingen voor collectieve belegging, beheerders van alternatieve instellingen voor collectieve belegging, verzekerings- en herverzekerings-tussenpersonen of kredietbemiddelaars.

18. Voor verzekeringstussenpersonen, zie FSMA, “Nieuwsbrief Brexit – Overgangsregime voor tussenpersonen gevestigd in het VK of in Gibraltar”, 21 januari 2021, www.fsma.be.

19. Wet van 20 december 2020 tot wijziging van diverse wetten betreffende de terugtrekking van het Verenigd Koninkrijk uit de Europese Unie (BS 29 december 2020).

vingen die worden gedaan in het kader van de overgangsregeling maar kunnen zij ook bijkomende informatie opvragen, voorwaarden opleggen of de betrokken personen of ondernemingen verplichten activiteiten over te dragen of stop te zetten. Verder kan de NBB verregaande prudentiële maatregelen nemen waaronder het verplicht deponeren van een bedrag aan activa in België om de goede uitvoering van de Belgische verplichtingen te waarborgen.

Ten slotte geldt de overgangsregeling enkel voor de Belgische activiteiten van de in aanmerking komende verzekeraars en tussenpersonen. Zij kunnen geen beroep doen op deze overgangsregeling om gereguleerde activiteiten uit te oefenen in andere EER-lidstaten.

A. H.

Rechtspraak/Jurisprudence

Liège 9 décembre 2020

Aff.: 2019/RG/768

ASSURANCES

Assurances terrestres – Assurances de personnes – Assurance vie – Déclaration du risque – Date de conclusion du contrat – Questionnaire médical – Omission intentionnelle – Nullité du contrat d'assurance

VERZEKERINGEN

Landverzekeringsovereenkomst – Persoonsverzekeringen – Levensverzekeringen – Aangifte van het risico – Contractdatum – Medische vragenlijst – Opzettelijke verwijzing – Nietigheid

Par son arrêt du 9 décembre 2020 (2019/RG/768), la cour d'appel de Liège rappelle les principes en matière de déclaration du risque, de la signature de la proposition d'assurance jusqu'à la conclusion effective du contrat.

²⁰. Deze definitie van “*nieuwe overeenkomst*” doet de wenkbrauwen fronsen. Immers wijkt de definitie af van andere wetgeving, zoals art. 10 van de wet van 10 mei 2007 ter bestrijding van discriminatie tussen vrouwen en mannen, waarin uitdrukkelijk wordt bepaald dat de stilzwijgende verlenging van een verzekeringsovereenkomst niet als een nieuwe overeenkomst kan worden beschouwd. In dezelfde zin: paragraaf 13. van de richtsnoeren van de Europese Commissie betreffende de toepassing van richtlijn 2004/113/EG van de Raad op verzekeringen, in het licht van het arrest van het Hof van Justitie van de Europese Unie in zaak C-236/09 (*Test-Aankoop*) (Pb. C. 13 januari 2012, afl. 11, 1). Ook de meerderheidsrechtsleer beschouwt de stilzwijgende verlenging als de loutere verderzetting van een bestaande verzekeringsovereenkomst en niet als een nieuwe overeenkomst. Zie: M. FONTAINE, *Verzekeringsrecht*, Brussel, Larcier, 2017, nr. 441; L. SCHUERMANS en C. VAN SCHOU BROECK, *Grondslagen van het Belgische verzekeringsrecht*, 3de ed., Antwerpen-Cambridge, Intersentia, 2015, nr. 1068; T. VANSWEEVELT en B. WEYTS (eds.), *Handboek verzekeringsrecht*, Antwerpen-Cambridge, Intersentia, 2016, nr. 972; Ph. COLLE, *Algemene beginselen van het Belgisch verzekeringsrecht*, (7de ed.), Antwerpen-Cambridge, Intersentia, 2019, nr. 133.

Le 23 septembre 2015, le preneur d'assurance signe une proposition d'assurance par l'intermédiaire de son courtier pour un “plan de prévoyance obsèques”. Le lendemain, il se rend chez son médecin traitant qui l'envoie en hospitalisation urgente. Le 1^{er} octobre 2015, l'assureur adresse à l'assuré les conditions particulières du contrat qui entrera en vigueur le 1^{er} novembre 2015 (échéance de la 1^{re} prime). L'assuré reste hospitalisé un mois et décédera en avril 2017 des suites d'un cancer diagnostiqué le 7 octobre 2015. En mai 2017, l'assureur refuse de prendre en charge les frais d'obsèques car en complétant le questionnaire médical, le preneur d'assurance n'aurait pas communiqué toutes les données requises, sa déclaration relative à sa santé ne correspondrait pas à son état réel de santé lors de la souscription du contrat.

L'article 58 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances consacre le principe de la déclaration spontanée du risque par le preneur d'assurance des circonstances qu'il connaît et qu'il doit raisonnablement considérer comme constituant pour l'assureur des éléments d'appréciation du risque. Lorsque l'assureur démontre que l'omission ou l'inexactitude intentionnelles dans la déclaration l'ont induit en erreur sur les éléments d'appréciation du risque, le contrat d'assurance est nul et les primes échues lui sont dues (art. 59 de la loi du 4 avril 2014). Il n'est pas requis que la circonstance omise ou inexactement déclarée ait eu une influence sur la survenue du sinistre.

En l'espèce, le preneur d'assurance ne coche aucune des cases du questionnaire médical listant de manière extensive des “affections, et ou déficiences (troubles compris)” alors qu'il souffre d'asthme et d'hypothyroïdie. Le questionnaire attire l'attention du preneur d'assurance sur les conséquences d'informations délibérément inexacts et/ou incomplètes et l'engage à mentionner sans délai à l'assureur “toute modification de [son] état de santé général qui se manifesterait entre le moment de la présente proposition et l'entrée en vigueur du contrat d'assurance éventuelle et qui serait de nature à alourdir le risque de [l'] assuré (...)”. On soulignera au passage que la référence à l'entrée en vigueur du contrat par le questionnaire est erronée puisque le preneur d'assurance est tenu d'informer l'assureur des évolutions du risque jusqu'au moment de la conclusion effective du contrat d'assurance vie (Cass., 16 novembre 2001, C.00.0454.F; Liège, 20 décembre 2016, 2015/RG/1032 (disponibles sur le site www.juportal.be)).

Le preneur d'assurance ne signale pas avoir consulté son médecin traitant depuis le mois de mai 2015 ni que son médecin avait prescrit des examens spécialisés durant l'été 2015 ni son hospitalisation le lendemain de la signature de la proposition, hospitalisation requise en raison de l'altération de son état général et d'une dyspnée importante.