

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.

Il ne veille pas à informer l'assureur de ce que son état de santé s'aggrave entre la signature de la proposition et la conclusion du contrat d'assurance alors que l'obligation de déclaration s'impose au preneur d'assurance jusqu'à la conclusion du contrat (1^{er} octobre 2015).

Compte tenu des mentions et avertissements clairs et précis figurant dans la déclaration de santé et du fait que le preneur d'assurance n'a pas répondu positivement à certaines questions médicales qui lui étaient spécifiquement posées et n'a pas renseigné les informations souhaitées, la cour d'appel considère qu'il existe des présomptions graves, précises et concordantes permettant de considérer que le preneur d'assurance a délibérément voulu éviter de se soumettre à un examen médical approfondi ou à une augmentation de prime d'assurance, de telle sorte qu'il faut en conclure que l'omission de déclaration est intentionnelle dans son chef.

La cour d'appel déclare le contrat nul, les primes échues restant acquises à l'assureur.

B. T.

Cour de justice de l'Union européenne 12 novembre 2020

Aff.: C-427/19

INSOLVABILITE

Insolvabilité transnationale – Insolvabilité européenne – Directive n° 2009/138 – Droit applicable à la procédure de liquidation d'une entreprise d'assurance – Désignation d'un liquidateur provisoire – Retrait d'agrément – Reconnaissance mutuelle – Contrôle prudentiel
INSOLVENTIE

Transnationale insolventie – Europese insolventie – Richtlijn nr. 2009/138 – Recht toepasselijk op de vereffening van een verzekeringsonderneming – Aanstelling van een voorlopige vereffenaar – Intrekken van accreditering – Wederzijdse erkenning – Prudentiële controle

En l'absence d'harmonisation des législations nationales concernant les mesures d'assainissement et les procédures de liquidation des entreprises d'assurance, l'article 273 de la directive « solvabilité II » du 25 novembre 2009 prévoit que seules les autorités de l'Etat membre d'origine de l'entreprise d'assurance peuvent prendre une décision concernant l'ouverture d'une procédure de liquidation à l'égard de cette entreprise, y compris pour ses succursales établies dans d'autres Etats membres. Conformément au principe de reconnaissance mutuelle, cette décision doit être reconnue, sans aucune autre formalité, dans toute l'Union et y produire ses effets dès qu'elle en produit dans l'Etat membre d'origine. L'article 274 de cette directive ajoute qu'une telle décision, la procédure de liquidation qui s'ensuit

ainsi que leurs effets sont régis par le droit applicable dans cet Etat membre.

Une affaire opposant une compagnie d'assurance automobile bulgare, subrogée dans les droits de l'un de ses assurés dont le véhicule avait été endommagé lors d'un accident de la circulation, à la compagnie d'assurance chypriote couvrant la responsabilité civile de l'auteur de cet accident, a conduit la Cour à interpréter pour la première fois ces dispositions dans l'arrêt du 12 novembre 2020, *Bulstrad Vienna Insurance Group* (C-427/19).

Informée, en cours de procédure, du fait que les autorités administratives chypriotes avaient décidé de retirer l'agrément à cette seconde compagnie et de désigner un liquidateur provisoire, la juridiction bulgare saisie du recours subrogatoire a voulu savoir si une telle décision s'apparente à une décision d'ouverture de la procédure de liquidation, impliquant que la compagnie d'assurance bulgare doive se plier aux modalités prévues par le droit chypriote et déclarer sa créance auprès du liquidateur provisoire chypriote.

La Cour a jugé qu'une décision ne peut être qualifiée de « décision d'ouverture d'une procédure de liquidation » que si la procédure en cause satisfait à deux conditions cumulatives. D'une part, celle-ci doit avoir pour objet la réalisation des actifs de l'entreprise d'assurance concernée et la répartition de leur produit entre, selon le cas, les créanciers, les actionnaires et les associés de celle-ci, et, d'autre part, elle doit impliquer nécessairement l'intervention d'autorités administratives ou judiciaires compétentes pour adopter des mesures d'assainissement ou mener une telle procédure de liquidation. Par conséquent, pour que la décision de retrait d'agrément prise par les autorités chypriotes puisse être assimilée à une décision d'ouverture d'une procédure de liquidation, il faut, notamment, que ce retrait d'agrément ait pour effet d'ouvrir automatiquement la procédure de liquidation permettant une telle réalisation d'actifs ou un tel désintéressement des créanciers, sans qu'une décision formelle doive être adoptée à cette fin par une autorité distincte.

La Cour a encore précisé que, si la décision de retrait d'agrément et de désignation d'un liquidateur provisoire, prise par les autorités chypriotes, devait relever de la qualification de « décision d'ouverture d'une procédure de liquidation », les procédures juridictionnelles en cours dans d'autres Etats membres à l'égard de l'entreprise d'assurance concernée devraient, conformément au principe de reconnaissance mutuelle, être suspendues, si tel est ce que prévoit la législation chypriote applicable.

J.-M. B.