



LOI "VERWILGHEN" BIS : QUELS CHANGEMENTS ?

Cadre légal

La loi sur les contrats d'assurance maladie, mieux connue sous le nom de loi «Verwilghen»[1] (pour consultation du flash info envoyé le 20 mai 2008 au sujet de cette loi, [cliquez ici](#)), a fait beaucoup parlé d'elle. En effet, après sa publication en août 2007, il est rapidement apparu que la loi ne répondait pas à toute une série de problèmes pratiques et que de nombreuses questions d'interprétation restaient sans réponse.

Une loi de réparation semblait inévitable. C'est chose faite. La loi du 17 juin 2009[2] modifiant la loi Verwilghen a été publiée dans le Moniteur Belge du 8 juillet dernier.

Cette nouvelle loi a des implications tant pour les contrats d'assurance maladie individuels que pour les contrats d'assurance collectifs.

A l'instar de la loi initiale, la loi «Verwilghen» bis est entrée en vigueur avec effet rétroactif au 1er juillet 2007. Sans entrer dans le détail des périodes transitoires aujourd'hui écoulées, la loi s'applique à tous les contrats qu'ils aient été conclus avant ou après le 1er juillet 2007.

Principales modifications

Première modification importante : la distinction entre assurances maladie « individuelles » et « collectives » par la loi initiale s'est avérée inadéquate pour certains types de contrats d'assurance maladie. Pensons par exemple aux contrats collectifs qui sont conclus en dehors de toute relation professionnelle – contrats dits d'affinité (ex. contrats d'assurances conclus par des établissements de crédit au profit de leurs clients lorsque le preneur d'assurance est l'établissement de crédit).

Afin de remédier à cette situation, la distinction individuel/collectif a été abandonnée. La nouvelle loi fait désormais la distinction les contrats non liés à l'activité professionnelle et les contrats les contrats liés à l'activité professionnelle définis comme « tout contrat d'assurance maladie conclu par un ou plusieurs preneurs d'assurance au profit d'une ou plusieurs personnes liées professionnellement au(x)preneur(s) d'assurance au moment de l'affiliation ».

Selon l'exposé des motifs de la loi[3], les mots « liées professionnellement » visent principalement la relation employeur-employé ou entreprise-indépendant (par exemple dirigeant d'entreprise), autrement dit les cas de relation de travail directe. Ceci n'empêche pas que les mots précités puissent également viser des cas de relation de travail moins directe s'inscrivant dans le cadre de l'activité professionnelle. Cela pourra être le cas lorsque des commissions paritaires ou des organes de concertation compétents (secteur public) concluent de tels contrats d'assurance maladie au bénéfice du personnel de leur secteur.

Cette modification de terminologie n'est pas anodine car elle a pour conséquence d'amener certaines assurances maladie à changer de catégorie. Ainsi, les contrats qui ont été conclus par un preneur d'assurance au profit de plusieurs assurés sans qu'il existe de lien professionnel sont désormais considérés des contrats non liés à l'activité professionnelle (caractère à vie – possibilité de résiliation limitée, etc.).

Pour les contrats dits d'affinité existants, la nouvelle loi prévoit que les dispositions relatives au droit de poursuite individuelle s'appliquent au terme du délai de transition de deux ans (soit le 1er juillet 2009). Afin d'éviter que ces contrats ne perdurent indéfiniment, il est prévu que de nouveaux assurés principaux ne peuvent plus s'y affilier.

Contrats d'assurance maladie non liés à l'activité professionnelle (anciennement contrats d'assurance maladie individuels)

• Modification du contrat

Le caractère à vie de ces contrats d'assurances est maintenu. Hormis les cas prévus limitativement dans la loi, l'entreprise d'assurances ne peut plus modifier les bases techniques de la prime ni les conditions de couverture après que le contrat d'assurance maladie a été conclu.

Ces cas sont les suivants :

- a) accord des parties et à la demande exclusive de l'assuré principal,
- b) adaptation sur base de l'indice des prix à la consommation : la prime, la franchise et la prestation d'assurance peuvent être adaptées à la date de l'échéance annuelle sur base de l'indice des prix à la consommation.
- c) adaptation sur base de l'indice médical si ce dernier dépasse l'indice des prix à la consommation. Un arrêté royal doit encore déterminer la méthode et les paramètres de construction de cet indice. La date de promulgation de cet arrêté royal n'est pas encore connue. Nous ne manquerons pas de vous en informer.
- d) modifications intervenues dans la profession, le revenu ou le statut de sécurité sociale de l'assuré. Le montant de la prime, la période de carence et les conditions d'assurance peuvent être adaptés de manière raisonnable et proportionnelle :
 - aux modifications intervenues dans la profession de l'assuré, en ce qui concerne l'assurance soins de santé, l'assurance incapacité de travail, l'assurance invalidité et l'assurance soins et/ou
 - aux modifications intervenues dans le revenu de l'assuré, en ce qui concerne l'assurance incapacité de travail et l'assurance invalidité, ou encore
 - lorsque celui-ci change de statut dans le système de sécurité sociale, en ce qui concerne l'assurance soins de santé et l'assurance incapacité de travail, pour autant que ces modifications aient une influence significative sur le risque et/ou le coût ou l'étendue des prestations garanties.

A noter également que la loi de contrôle^[4] contient également une disposition qui permet à la CBFA d'intervenir d'initiative ou à la demande d'une entreprise d'assurances s'il s'avère que l'application des tarifs utilisés donne lieu ou risque de donner lieu à des pertes. Il peut être procédé à une adaptation des primes ou de la couverture. En cas de relèvement de tarif, il s'applique aux contrats souscrits à partir de la notification de la décision de la CBFA et, sans préjudice du droit à la résiliation du preneur d'assurance, il s'applique également aux primes des contrats en cours qui viennent à échéance à partir du 1er jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision de la CBFA.

Le cadre de modification des primes pour les contrats non liés à une activité professionnelle est clairement défini. Les entreprises d'assurances sont obligées de le respecter. En cas de modification de prime, si vous avez un doute quant au respect de la légalité de l'augmentation, n'hésitez pas prendre contact avec la fédération.

• Malades chroniques et handicapés

La loi Verwilghen initiale prévoyait que les entreprises d'assurances ne pouvaient refuser un contrat d'assurance soins de santé aux malades chroniques et aux personnes handicapées (avec possibilité d'exclusion des coûts liés à la maladie ou au handicap qui existent au moment de la conclusion du contrat d'assurance).

Cette mesure n'ayant pas eu le succès escompté, il a été décidé de la prolonger jusqu'au 30 juin 2011.

Cette obligation fera l'objet d'une évaluation au plus tard le 1er janvier 2011.

- Contrats d'assurance maladie liés à l'activité professionnelle (anciennement contrats d'assurance maladie collectifs)

Les obligations d'information concernant les possibilités de continuation individuelle et de préfinancement demeurent d'application.

Le seul changement concerne le délai dans lequel l'assuré principal et, le cas échéant, le co-assuré, peut introduire sa demande de continuation auprès de l'entreprise d'assurances.

La loi initiale fixait ce délai à 30 jours après que l'assuré principal ait été informé par l'employeur de la possibilité de continuation.

Suivant la nouvelle loi, ce délai de 30 jours peut être prolongé de 30 jours sans toutefois que le délai de maximum 105 jours à partir de la date de la perte de la couverture ne soit excédé. L'assuré qui souhaite faire usage de cette possibilité doit en informer l'entreprise d'assurances par écrit ou par voie électronique.

L'employeur doit inclure cette possibilité de prolongation dans les informations qu'il fournit en exécution de son obligation d'information.

Nous examinons les conséquences particulières de cette nouvelle législation qui est loin de tout clarifier et laisse pas mal de questions ouvertes (ex. la protection des contrats souscrits par les indépendants dans le cadre de leurs activités professionnelles).

Nous restons à votre disposition pour toute information complémentaire.

Bien à vous.

La Commission Vie

[1] Loi du 20 juillet 2007 modifiant, en ce qui concerne les contrats privés d'assurance maladie, la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre. Publication au Moniteur Belge : le 10 août 2007.

[2] Loi du 17 juin 2009 modifiant, en ce qui concerne les contrats d'assurance maladie, la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre et la loi du 20 juillet 2007 modifiant, en ce qui concerne les contrats privés d'assurance maladie, la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre. Publication au Moniteur Belge : le 8 juillet 2009.

[3] Doc. Parl., Ch., 2008 – 2009, n°1662/01, exposé des motifs, p.6.

[4] Loi du 9 juillet 1975 relative au contrôle des entreprises d'assurances.

Fepabel, Av. Albert Elisabeth 40, 1200 Bruxelles - info@fepabel.be - www.fepabel.be

[Fermer la fenêtre](#)