

JUSTEL - Législation consolidée

<http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/loi/2014/04/04/2014011239/justel>

Dossier numéro : 2014-04-04/23

Titre

4 AVRIL 2014. - Loi relative aux assurances.

Situation : Intégration des modifications en vigueur publiées jusqu'au 30-05-2025 inclus.

Source : ECONOMIE, PME, CLASSES MOYENNES ET ENERGIE

Publication : Moniteur belge du 30-04-2014 page : 35487

Entrée en vigueur : 01-11-2014

Table des matières

PARTIE 1re. - DISPOSITIONS GENERALES

Art. 1-2

Objet

Art. 3

Champ d'application

Art. 4

Définitions

Art. 5-6

PARTIE 2. - DISPOSITIONS SPECIFIQUES CONCERNANT L'EXERCICE DES ACTIVITES

TITRE Ier. - Dispositions générales

Art. 7-16, 16/1, 16/2

TITRE II. - Les cessions de contrats d'assurance

Art. 17-18

TITRE III. - Règles particulières concernant les assurances du groupe d'activités "vie" liées à des fonds d'investissement

Art. 19-20, 20/2

PARTIE 3. - L'OFFRE ET LA CONCLUSION DE CONTRATS : INFORMATION, PUBLICITE, TARIFICATION, SEGMENTATION ET PARTICIPATION AUX BENEFICES

TITRE Ier. - Dispositions générales

Art. 21-27

TITRE II. - Règles en matière de transparence

[CHAPITRE 1er.](#) - Dispositions générales concernant les publicités et autres documents et avis

Art. 28

[CHAPITRE 2.](#) - Des informations

Art. 29-38

[TITRE III.](#) - La tarification, les conditions et la segmentation

[CHAPITRE 1er.](#) - Dispositions générales

Art. 39-41

[CHAPITRE 2.](#) - De la segmentation

Art. 42-46

[CHAPITRE 3.](#) [¹ - Données à caractère personnel concernant le mode de vie ou la santé de l'assuré issues d'objets connectés]¹

Art. 46/1, 46/2, 46/3

[TITRE IV.](#) - La participation aux bénéfices

Art. 47-53

[PARTIE 4.](#) - LE CONTRAT D'ASSURANCE TERRESTRE

[TITRE Ier.](#) - Champ d'application et définitions

[Champ d'application](#)

Art. 54

[Définitions](#)

Art. 55

[Règles impératives](#)

Art. 56

[TITRE II.](#) - Le contrat d'assurance en général

[CHAPITRE 1er.](#) - Dispositions communes à tous les contrats

[Section Ire.](#) - Conclusion du contrat

[Proposition d'assurance, police présignée et demande d'assurance](#)

Art. 57

[Obligation de déclaration](#)

Art. 58

[Omission ou inexactitude intentionnelles](#)

Art. 59

[Omission ou inexactitude non intentionnelles](#)

Art. 60

[Information médicale](#)

Art. 61

Section Ibis. [¹ - Droit à l'oubli.]¹

Sous-section 1re. [¹ - Champ d'application]¹

Art. 61/1

Section 1/1. [¹ Document d'information]¹

Art. 61/1/1

Sous-section 2. [¹ - Assurance solde restant dû]¹

Art. 61/2, 61/3, 61/4, 61/5, 61/6, 61/7

Sous-section 3. [¹ - Assurance incapacité de travail]¹

Art. 61/8, 61/9, 61/10, 61/11, 61/12, 61/13

Sous-section 4. [¹ Assurance annulation voyage]¹

Art. 61/14, 61/15

Section II. - Etendue de la garantie

Dol et faute

Art. 62

Guerre

Art. 63

Section III. - Preuve et contenu du contrat

Preuve et contenu du contrat

Art. 64

Section IV. - Exécution du contrat

Déchéance partielle ou totale du droit à la prestation d'assurance

Art. 65

Polices combinées

Art. 66

Modalités de paiement de la prime et de la prestation d'assurance

Art. 67

Paiement aux mineurs d'âge, interdits et autres incapables

Art. 68

Défaut de paiement de la prime

Art. 69

Sommation de payer

Art. 70

Prise d'effet de la suspension de la garantie ou de la résiliation du contrat

Art. 71

Effets de la suspension à l'égard des primes à échoir

Art. 72

Crédit de prime

Art. 73

Paiement d'une prestation d'assurance et sanctions BR>

Art. 73/1

Déclaration du sinistre

Art. 74

Devoirs de l'assuré en cas de sinistre

Art. 75

Sanctions

Art. 76

Section V. - Stipulation pour autrui

Stipulation pour autrui

Art. 77

Communication des conditions de la garantie

Art. 78

Section VI. - Inexistence et modification du risque

Inexistence du risque

Art. 79

Diminution du risque

Art. 80

Aggravation du risque

Art. 81

Section VII. - Coassurance et apérition

Coassurance

Art. 82

Apérition

Art. 83

Section VIII. - Formes de résiliation

Formes de résiliation

Art. 84

Section IX. - Durée et fin du contrat

Durée des obligations

Art. 85

Résiliation dans le cas de certains contrats tacitement reconductibles BR>

Art. 85/1, 85/2

Résiliation après sinistre

Art. 86

Faillite du preneur d'assurance

Art. 87

Section X. - Prescription

Délai de prescription

Art. 88

Suspension et interruption de la prescription

Art. 89

Section XI. - Arbitrage

Arbitrage

Art. 90

CHAPITRE 2. - Dispositions propres aux assurances à caractère indemnitaire

Intérêt d'assurance

Art. 91

Assurance pour compte

Art. 92

Etendue de la prestation d'assurance

Art. 93

Cumul d'assurances à caractères différents

Art. 94

Subrogation de l'assureur

Art. 95

Surassurance de bonne foi

Art. 96

Surassurance de mauvaise foi

Art. 97

Sous-assurance : règle proportionnelle

Art. 98

Répartition de la charge du sinistre en cas de pluralité de contrats

Art. 99

[Décès du preneur d'assurance bénéficiaire de la garantie](#)

Art. 100

[Contrats conclus intuitu personae](#)

Art. 101

[CHAPITRE 3. - Dispositions propres aux assurances à caractère forfaitaire](#)

[Intérêt d'assurance](#)

Art. 102

[Absence de subrogation](#)

Art. 103

[Cumul d'indemnités et prestations](#)

Art. 104

[TITRE III. - Les assurances de dommages](#)

[CHAPITRE 1er. - Dispositions générales](#)

[Principe indemnitaire](#)

Art. 105

[Frais de sauvetage](#)

Art. 106

[CHAPITRE 2. - Des contrats d'assurance de choses](#)

[Section 1re. - Dispositions communes à toutes les assurances de choses](#)

[Sous-section 1re. - Valeur assurable](#)

[Modalités d'évaluation](#)

Art. 107

[Fixation du montant assuré](#)

Art. 108

[Valeur agréée](#)

Art. 109

[Sous-section 2. - Obligations de l'assuré](#)

[Etat des lieux](#)

Art. 110

[Sous-section 3. - Cession entre vifs](#)

[Cession entre vifs d'une chose assurée](#)

Art. 111

[Sous-section 4. - Paiement de l'indemnité et privilège de l'assureur](#)

Paiement d'une demande d'indemnisation et sanctions BR>

Art. 111/1

Créanciers privilégiés et hypothécaires

Art. 112

Faillite de l'assuré

Art. 113

Privilège de l'assureur

Art. 114

Section II. - Dispositions propres à certaines assurances de choses

Sous-section 1re. - L'assurance contre l'incendie

Garantie normale

Art. 115

Extensions de garantie

Art. 116

Assurance du mobilier

Art. 117

Assurance des responsabilités connexes

Art. 118

Clauses d'exclusivité

Art. 119

Droits des créanciers privilégiés et hypothécaires

Art. 120

Paiement de l'indemnité

Art. 121

Art. 121_DROIT_FUTUR

Expertise sur place ou expertise avec un expert désigné par l'assuré

Art. 121/1_DROIT_FUTUR

Droit propre du propriétaire et des tiers

Art. 122

Sous-section 2. - L'assurance contre les catastrophes naturelles en ce qui concerne des risques simples

Couverture des catastrophes naturelles

Art. 123

[Catastrophe naturelle : définition](#)

Art. 124

[Catastrophe naturelle : unicité](#)

Art. 125

[Etendue de la garantie](#)

Art. 126

[Exclusions générales](#)

Art. 127

[Exclusions pour le péril inondation et les débordements et refoulements d'égouts publics](#)

Art. 128

[Zones à risque](#)

Art. 129

[Paiement de l'indemnité](#)

Art. 130

[Bureau de tarification](#)

Art. 131

[Caisse de Compensation des Catastrophes naturelles](#)

Art. 132

[Sous-section 3. - L'assurance des récoltes](#)

[Résiliation après sinistre](#)

Art. 133

[Sous-section 4. - L'assurance-crédit et l'assurance-caution](#)

[Champ d'application](#)

Art. 134

[Dispositions légales inapplicables ou supplétives](#)

Art. 135

[Exclusions](#)

Art. 136

[Refus définitif de la garantie](#)

Art. 137

[Omission ou inexactitude non intentionnelles dans la déclaration du risque et aggravation du risque](#)

Art. 138

[Recours de l'assureur](#)

Art. 139

Cession des droits et obligations découlant du contrat

Art. 140

CHAPITRE 3. - Des contrats d'assurance de la responsabilité

Champ d'application

Art. 141

Obligations de l'assureur postérieures à l'expiration du contrat

Art. 142

Direction du litige

Art. 143

Transmission des pièces

Art. 144

Défaut de comparaître

Art. 145

Champ d'application du paiement d'une demande d'indemnisation et sanctions en cas de couverture de responsabilité BR>

Art. 145/1

Paiement d'une demande d'indemnisation et sanctions BR>

Art. 145/2

Sanctions en cas d'absence de réponse motivée en cas de contestation BR>

Art. 145/3

Suspension des délais BR>

Art. 145/4

Limitations au champ d'application BR>

Art. 145/5

Paiement par l'assureur du principal, des intérêts et des frais

Art. 146

Libre disposition de l'indemnité

Art. 147

Quittance pour solde de compte

Art. 148

Indemnisation par l'assuré

Art. 149

Droit propre de la personne lésée

Art. 150

Opposabilité des exceptions, nullités et déchéances

Art. 151

[¹ Droit de recours de l'assureur contre le preneur d'assurance et l'assuré]¹

Art. 152

Interventions dans la procédure

Art. 153

CHAPITRE 4. - Des contrats d'assurance de la protection juridique

Champ d'application

Art. 154

Amendes et transactions pénales

Art. 155

Libre choix des conseils

Art. 156

Droit de l'assureur de refuser sa garantie

Art. 157

TITRE IV. - Les assurances de personnes

CHAPITRE 1er. - Dispositions communes

Caractère nominatif de la police

Art. 158

Assurance d'enfants en bas-âge

Art. 159

CHAPITRE 2. - Des contrats d'assurance sur la vie

Section I. - Dispositions générales

Champ d'application

Art. 160

Cumul et absence de subrogation

Art. 161

Section II. - Risque assuré

Incontestabilité

Art. 162

Erreur sur l'âge de l'assuré

Art. 163

Risques exclus

Art. 164

Survenance d'un risque exclu

Art. 165

Section III. - Paiement des primes et prise d'effet du contrat

Paiement de la première prime

Art. 166

Défaut de paiement d'une prime

Art. 167

Obligation de payer les primes

Art. 168

Section IV. - Droits du preneur d'assurance

a) Attribution bénéficiaire

Désignation du bénéficiaire

Art. 169

Absence de bénéficiaire

Art. 170

Désignation du conjoint

Art. 171

Désignation des enfants

Art. 172

Désignation conjointe des enfants et du conjoint comme bénéficiaires

Art. 173

Désignation des héritiers légaux comme bénéficiaires

Art. 174

Prédécès du bénéficiaire

Art. 175

b) Révocation du bénéfice

Droit de révocation

Art. 176

Effets de la révocation

Art. 177

c) Rachat et réduction

Droits au rachat et à la réduction

Art. 178

d) Remise en vigueur du contrat

Remise en vigueur

Art. 179

e) Avance sur les prestations assurées par le contrat

Droit à l'avance

Art. 180

f) Mise en gage des droits résultant du contrat

Droit de mise en gage

Art. 181

Forme

Art. 182

g) Cession des droits résultant du contrat

Droit de cession

Art. 183

Forme

Art. 184

Section V. - Droits du bénéficiaire

a) Droit aux prestations d'assurance

Droit aux prestations d'assurance

Art. 185

b) Acceptation du bénéfice

Droit d'acceptation

Art. 186

Forme

Art. 187

c) Droits des héritiers du preneur d'assurance à l'égard du bénéficiaire

Rapport ou réduction en cas de décès du preneur d'assurance

Art. 188

d) Droits des créanciers du preneur d'assurance à l'égard du bénéficiaire

Prestations d'assurance

Art. 189

Remboursement des primes

Art. 190

Section VI. - Effets du divorce ou de la séparation de corps dans les assurances entre époux communs en biens

A. Divorce pour cause de désunion irrémédiable

Droits du preneur d'assurance durant l'instance en divorce

Art. 191

Droit aux prestations d'assurance durant l'instance en divorce

Art. 192

Droit aux prestations d'assurance échéant après la transcription du divorce

Art. 193

B. Divorce par consentement mutuel

Droits du preneur d'assurance durant le temps des épreuves

Art. 194

Droit aux prestations d'assurance échéant durant le temps des épreuves

Art. 195

Droit aux prestations d'assurance échéant après la transcription du divorce

Art. 196

C. Séparation de corps

Séparation de corps

Art. 197

Section VII. [¹ Délai de versement d'un contrat d'assurance sur la vie]¹

Art. 197/1, 197/2, 197/3

CHAPITRE 3. - Des contrats d'assurance de personnes autres que les contrats d'assurance sur la vie

Caractère des garanties

Art. 198

Assurances à caractère forfaitaire autres que les assurances sur la vie

Art. 199

Choix du médecin

Art. 200

CHAPITRE 4. - Des contrats d'assurance maladie

Section I. - Dispositions préliminaires

Définitions

Art. 201

Section I/1. [¹ - Dispositions communes aux assurances soins de santé visées à l'article 201, § 1er, alinéa 1er, 1°]¹

Prestations résultant d'une tentative de suicide

Art. 201/1

Section II. - Contrats d'assurance maladie non liés à l'activité professionnelle

[Champ d'application](#)

Art. 202

[Durée du contrat d'assurance](#)

Art. 203

[Modifications tarifaires et contractuelles](#)

Art. 204

[Incontestabilité](#)

Art. 205

[Malades chroniques et personnes handicapées](#)

Art. 206-207

[Section III.](#) - Poursuite individuelle d'un contrat d'assurance maladie lié à l'activité professionnelle

[Conditions d'octroi](#)

Art. 208

[Information à fournir par l'assureur](#)

Art. 209

[Garanties](#)

Art. 210

[Prime](#)

Art. 211

[CHAPITRE 5.](#) - Dispositions propres à certains contrats d'assurance qui garantissent le remboursement du capital d'un crédit

Art. 212-218

[Accès aux assurances aux conditions proposées par le Bureau du suivi de la tarification](#)

Art. 219-220

[Organe de conciliation en matière d'assurances du solde restant dû](#)<

Art. 221-224

[PARTIE 5.](#) - LE CONTRAT D'ASSURANCE AUTRE QUE LE CONTRAT D'ASSURANCE TERRESTRE VISE DANS LA PARTIE 4

[CHAPITRE 1er.](#) - Dispositions générales

Art. 225-227

[CHAPITRE 2.](#) - Des personnes pouvant souscrire un contrat d'assurance

Art. 228-232

[CHAPITRE 3.](#) - Des obligations de l'assureur et de l'assuré

Art. 233-248

[CHAPITRE 4.](#) - De la preuve et du contenu du contrat

Art. 249-251

CHAPITRE 5. - De quelques cas de résolution du contrat

Art. 252-255

CHAPITRE 6. - De la prescription

Art. 256

PARTIE 6. - L'INTERMEDIATION EN ASSURANCES ET LA DISTRIBUTION D'ASSURANCES

CHAPITRE 1er. - Définitions

Art. 257

CHAPITRE 2. [¹ - Dispositions générales]¹

Art. 258

CHAPITRE 3. [¹ - De l'inscription]¹

Section Ire. [¹ - Obligation d'inscription]¹

Art. 259-263

Section II. [¹ - Exigences professionnelles et organisationnelles pour les intermédiaires d'assurance, les intermédiaires d'assurance à titre accessoire et les intermédiaires de réassurance]¹

Art. 264-267, 267/1, 267/2

Section III. [¹ - Procédure d'inscription]¹

Art. 268

Section IV. [¹ - Passeport européen]¹

Sous-section Ire. [¹ - Exercice de la libre prestation de services]¹

Art. 269

Sous-section II. [¹ - Exercice de la liberté d'établissement]¹

Art. 270

Sous-section III. [¹ - Libre prestation de services et liberté d'établissement en Belgique pour les intermédiaires inscrits dans un autre Etat membre de l'EEE]¹

Art. 271

Section V. [¹ - Mode de paiement de la prime et de la prestation d'assurance]¹

Art. 271/1

CHAPITRE 4. [¹ - Des exigences professionnelles et organisationnelles pour les entreprises d'assurance et de réassurance]¹

Art. 272-277

CHAPITRE 5. [¹ - Des obligations en matière d'informations et règles de conduite]¹

Section 1re. [¹ - Champ d'application]¹

Art. 278

Section 2. [¹ - Principe général]¹

Art. 279

Section 3. [¹ - Catégorisation des clients]¹

Art. 280

Section 4. [¹ - Informations générales fournies par l'intermédiaire d'assurance, l'intermédiaire d'assurance à titre accessoire ou l'entreprise d'assurance]¹

Art. 281

Section 5. [¹ - Conflits d'intérêts et transparence]¹

Art. 283

Section 6. [¹ - Fourniture de conseils et pratiques de vente en l'absence de conseil]¹

Art. 284

Section 7. [¹ - Modalités d'information]¹

Art. 285

Section 8. [¹ - Vente croisée]¹

Art. 286

Section 9. [¹ - Incitations]¹

Art. 287

Section 10. [¹ - Surveillance des produits et exigences en matière de gouvernance et connaissance des produits]¹

Art. 288

Section 11. [¹ - Dossiers clients]¹

Art. 290

Section 12. [¹ - Conservation des données]¹

Art. 291

Section 13. [¹ - Mise à disposition des informations pour les distributeurs de produits d'assurance]¹

Art. 292

Section 14. [¹ - Responsabilité]¹

Art. 293

Section 15. [¹ - Exigences supplémentaires en ce qui concerne les produits d'investissement fondés sur l'assurance]¹

Sous-section 1re. [¹ - Champ d'application des exigences supplémentaires]¹

Art. 294

Sous-section 2. [¹ - Information des clients]¹

Art. 295

Sous-section 3. [¹ - Evaluation de l'adéquation et du caractère approprié]¹

Art. 296

Sous-section 4. [¹ - Exigences en matière d'incitations en ce qui concerne les produits d'investissement fondés sur l'assurance]¹

Art. 296/1

Sous-section 5. [¹ - Exigences en matière de rapportage aux clients en ce qui concerne les produits d'investissement fondés sur l'assurance]¹

Art. 296/2

PARTIE 7. - L'ORGANISATION DU CONTROLE

TITRE Ier. - L'organisation du contrôle et la collaboration entre autorités

Art. 297-303

TITRE II. - L'exercice du contrôle

CHAPITRE 1er. - Dispositions générales

Art. 304-305

CHAPITRE 2. - Des mesures de redressement

Art. 306-312, 312/1, 313-315

CHAPITRE 3. - De la responsabilité

Art. 316

CHAPITRE 4. - Des compétences particulières dans le cas de procédures de liquidation et de mesures d'assainissement

Art. 317-318

TITRE III. - Les sanctions administratives

Art. 319-320

TITRE IV. - La Commission des Assurances

Art. 321

TITRE V. - Le système extrajudiciaire de traitement des plaintes

Art. 322-323

PARTIE 8. - DISPOSITIONS PENALES

Art. 324-330

PARTIE 9. - DISPOSITIONS DE NATURE DIVERSE

TITRE 1er. - Dispositions transitoires

Art. 331-339

TITRE II. - Arrêtés d'exécution

Art. 340-342

TITRE III. - Dispositions modificatives

Modifications de la loi du 9 juillet 1975 relative au contrôle des entreprises d'assurances

TITRE IV. - Dispositions abrogatoires

Art. 367

TITRE V. - Autres dispositions

Art. 368-371

TITRE VI. - Entrée en vigueur

Art. 372-373

Texte

PARTIE 1re. - DISPOSITIONS GENERALES

Article 1er. La présente loi règle une matière visée à l'article 78 de la Constitution.

Art. 2. La présente loi assure la transposition partielle de la Directive 2009/138/CE du Parlement européen et du Conseil du 25 novembre 2009 sur l'accès aux activités de l'assurance et de la réassurance et leur exercice (solvabilité II).

Objet

Art. 3. La présente loi a pour objet de protéger les droits des preneurs d'assurance, des assurés, des bénéficiaires et de tous tiers ayant un intérêt à l'exécution de contrats d'assurance et, à cette fin :

- de fixer les conditions et les règles qui visent à garantir un traitement honnête, équitable et professionnel des parties intéressées et qui sont applicables à l'activité des assureurs;
- de déterminer les règles d'information à respecter lors de l'offre et de la conclusion d'un contrat d'assurance et pendant la durée de ce contrat;
- d'arrêter les règles relatives à la publicité et aux obligations d'information en cas de commercialisation en Belgique;
- d'imposer des règles d'information et autres règles en ce qui concerne la tarification, la segmentation et la participation aux bénéfices;
- d'établir, eu égard au principe de l'exécution de bonne foi des contrats, les conditions et les règles qui organisent la relation contractuelle entre l'assureur, le preneur d'assurance et, le cas échéant, l'assuré et/ou le bénéficiaire;
- [1] de fixer les conditions relatives à l'accès aux activités de distribution d'assurances et de réassurances et à l'exercice de ces activités, ainsi que les exigences concernant l'information du public et les règles de conduite applicables dans ce domaine; et]¹
- [1] d'organiser le contrôle du respect de ces exigences et de ces règles.]¹

(1)<L 2018-12-06/11, art. 11, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Champ d'application

Art. 4. § 1er. Les obligations auxquelles les assureurs sont soumis en vertu de la présente loi sont, conformément à l'article 3 et sans préjudice des limitations du champ d'application fixées par la loi même, applicables aux entités suivantes :

- les assureurs belges;
- les assureurs étrangers qui ont un établissement en Belgique; et
- les assureurs étrangers qui exercent des activités d'assurance en Belgique sans y être établis.

[3 ...]³

§ 2. [3] Les obligations auxquelles les intermédiaires d'assurance, les intermédiaires d'assurance à titre accessoire et/ou les intermédiaires de réassurance sont soumis en vertu de la présente loi, sont applicables à ces intermédiaires s'ils ont la Belgique comme Etat membre d'origine ou exercent leur activité en Belgique.

La Belgique est réputée être l'Etat membre d'origine d'un intermédiaire d'assurance, d'un intermédiaire d'assurance à titre accessoire ou d'un intermédiaire de réassurance si

- a) l'intermédiaire ayant la qualité de personne physique est domicilié en Belgique;
- b) l'intermédiaire ayant la qualité de personne morale a son siège statutaire en Belgique.]³

§ 3. [3] Le Roi peut, en vue de l'exécution d'obligations découlant pour la Belgique de traités ou d'accords internationaux, dispenser, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, les assureurs, les intermédiaires

d'assurance, les intermédiaires d'assurance à titre accessoire ou les intermédiaires de réassurance étrangers de tout ou partie des obligations résultant de la présente loi; dans ce cas, le Roi peut, sur avis de la FSMA, fixer les règles et conditions auxquelles sont soumises ces personnes.]³

§ 4. Afin de tenir compte des particularités de cette forme d'assurance, le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, pris sur avis de la FSMA et de l'OCM, dispenser les sociétés mutualistes visées aux articles 43bis, § 5, et 70, §§ 6, 7 et 8, de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités, de l'application d'une ou de plusieurs dispositions de la présente loi et préciser les règles qui leur sont applicables en lieu et place.

§ 5. La présente loi est également applicable aux associations d'assurances mutuelles. Afin de tenir compte des particularités de cette forme d'assurance, le Roi peut toutefois, sur avis de la FSMA, déterminer les dispositions de la présente loi qui ne leur sont pas applicables et fixer les modalités selon lesquelles d'autres dispositions le sont. Le Roi arrête dans ce cas, sur avis de la FSMA, les règles et modalités spéciales auxquelles sont soumises ces associations.

§ 6. Le Roi peut, sur avis de la FSMA, dispenser de l'application de tout ou partie de la présente loi, les sociétés coopératives qui restreignent leur activité d'assurance à la commune de leur siège social ou à cette commune et aux communes voisines et qui satisfont aux conditions complémentaires qu'il fixe. Le Roi fixe, sur avis de la FSMA, les règles et modalités spéciales auxquelles sont soumises ces sociétés.

§ 7. La présente loi n'est pas applicable aux entreprises suivantes :

1° les sociétés mutualistes qui sont reconnues conformément à la loi du 23 juin 1894 et qui ne sont pas visées par la loi du 6 août 1990 précitée;

2° les mutualités, les unions nationales de mutualités et les sociétés mutualistes visées par la loi du 6 août 1990 précitée qui ne peuvent pas proposer des assurances et dont les services visés à l'article 3, alinéa 1er, b) et c), de cette loi répondent à chacune des conditions prévues à l'article 67, alinéa 1er, de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière d'organisation de l'assurance maladie complémentaire (I);

3° les institutions de retraite professionnelle visées par la loi du 27 octobre 2006 relative au contrôle des institutions de retraite professionnelle;

4° les caisses communes, entreprises privées à primes fixes et institutions publiques en ce qui concerne les opérations visées par les lois relatives au régime de retraite et de survie des ouvriers, des employés, des ouvriers mineurs, des marins et des travailleurs indépendants;

5° [2 ...]²

Dans les cas visés au 5°, point b), i. et ii., la condition que l'accident ou la panne soient survenus sur le territoire de l'Etat membre ou du pays d'origine de l'entreprise qui accorde la couverture, n'est pas applicable lorsque l'entreprise est un organisme dont le bénéficiaire est membre et que le dépannage ou l'acheminement du véhicule est effectué, sur simple présentation de la carte de membre, sans paiement de surprime, par un organisme similaire du pays concerné sur la base d'un accord de réciprocité.

[2] § 7/1. Sont soustraites du champ d'application des articles 8, 9, 10, 11 et 26 de la présente loi, pour autant qu'elles ne soient pas soumises aux dispositions de cette loi ou de la loi du 13 mars 2016 relative au statut et au contrôle des entreprises d'assurance ou de réassurance pour l'exercice d'autres activités, les entreprises qui exercent une activité d'assistance remplissant les conditions suivantes :

a) l'assistance est fournie à l'occasion d'un accident ou d'une panne affectant un véhicule routier, lorsque l'accident ou la panne survient sur le territoire de l'Etat membre ou du pays d'origine de l'entreprise qui accorde la couverture;

b) l'engagement au titre de l'assistance est limité aux opérations suivantes :

i. le dépannage sur place, pour lequel l'entreprise utilise, dans la plupart des circonstances, son personnel et son matériel propres;

ii. l'acheminement du véhicule jusqu'au lieu de réparation le plus proche ou le plus approprié où la réparation pourra être effectuée, ainsi que l'éventuel accompagnement, normalement par le même moyen de secours, du conducteur et des passagers, jusqu'au lieu le plus proche d'où ils pourront poursuivre leur voyage par d'autres moyens.

Dans les cas visés au point b), i. et ii., la condition que l'accident ou la panne soient survenus sur le territoire de l'Etat membre ou du pays d'origine de l'entreprise qui accorde la couverture, n'est pas applicable lorsque l'entreprise est un organisme dont le bénéficiaire est membre et que le dépannage ou l'acheminement du véhicule est effectué, sur simple présentation de la carte de membre, sans paiement de surprime, par un organisme similaire du pays concerné sur la base d'un accord de réciprocité.]²

§ 8. Par dérogation aux dispositions du paragraphe 7, le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, pris sur avis de la FSMA, soumettre les entités visées au paragraphe 7, 1°, 3°, 4° et 5°, à l'application de tout ou partie de la présente loi.

§ 9. Les dispositions de la présente loi sont d'application, dans la mesure des règles et modalités spéciales à fixer par le Roi, sur avis de la FSMA, aux institutions publiques qui exercent des activités d'assurance.

§ 10. Le Roi peut dispenser les assureurs de l'application de tout ou partie de la présente loi, en ce qui concerne les opérations d'assurance suivantes :

1° les assurances relatives aux transports ou à des risques industriels ou commerciaux;

2° les assurances relatives à des risques spéciaux ou exceptionnels qu'il détermine;

3° les opérations de réassurance et de coassurance qu'il détermine.

Le Roi peut, sur avis de la FSMA, fixer des règles spéciales relatives aux obligations et au contrôle de ces assureurs.

(1)<L 2014-04-04/23, art. 344, 002; En vigueur : 01-01-2015>

Définitions

Art. 5.Pour l'application de la présente loi et de ses arrêtés et règlements d'exécution, il y a lieu d'entendre, sauf mention contraire explicite, par :

1° "assureur" : toute personne ou entreprise qui, en tant que partie contractante, offre de souscrire un ou des contrats d'assurance, quelle que soit la qualité professionnelle de cette personne et qu'il soit fait usage ou non de techniques actuarielles lors de la conclusion du contrat;

2° "assureur belge" : toute personne ou entreprise qui répond à la définition d'assureur et dont le siège principal est situé en Belgique;

3° "assureur de l'EEE" : toute personne ou entreprise qui répond à la définition d'assureur et dont le siège principal est situé dans un Etat membre de l'EEE, autre que la Belgique;

4° "assureur étranger" : toute personne ou entreprise qui répond à la définition d'assureur et dont le siège principal est situé en dehors de la Belgique;

5° "assureur d'un pays tiers" : toute personne ou entreprise qui répond à la définition d'assureur et dont le siège principal est situé en dehors de l'EEE;

6° "entreprise d'assurances belge" : une entreprise d'assurances dont le siège principal est situé en Belgique et qui a obtenu de la Banque un agrément pour l'exercice d'activités d'assurance ou qui, en vertu du régime instauré en Belgique en application de l'article 4 de la Directive 2009/138/CE, est autorisée à exercer des activités d'assurance en Belgique sans disposer d'un agrément;

7° "entreprise d'assurances de l'EEE" : une entreprise d'assurances dont le siège principal est situé dans un Etat membre de l'EEE, autre que la Belgique, et qui a obtenu, conformément à la législation de son Etat membre d'origine, un agrément pour l'exercice d'activités d'assurance;

8° "entreprise d'assurances étrangère" : une entreprise d'assurances dont le siège principal est situé en dehors de la Belgique;

9° "entreprise d'assurances d'un pays tiers" : une entreprise d'assurances dont le siège principal est situé en dehors de l'EEE;

10° "agrément" : l'agrément délivré par les autorités compétentes, conformément à la législation de l'Etat membre d'origine, en vue de l'exercice d'activités d'assurance au sens de l'article 14 de la Directive 2009/138/CE;

[6] 10° /1 "liens étroits": des liens étroits au sens de l'article 15, 41°, de la loi du 13 mars 2016;⁶

11° "assurances du groupe d'activités "non-vie"" : toutes les opérations portant sur les risques qui relèvent du groupe d'activités "non-vie" tel que déterminé dans l'annexe I de l'arrêté royal du 22 février 1991 portant règlement général relatif au contrôle des entreprises d'assurances, ou qui relèvent des branches d'assurance non-vie telles que mentionnées dans l'annexe, point A, de la Directive 73/239/CEE du Conseil du 24 juillet 1973 portant coordination des dispositions législatives, réglementaires et administratives concernant l'accès à l'activité de l'assurance directe autre que l'assurance sur la vie, et son exercice, ou dans l'annexe I, partie A, de la Directive 2009/138/CE;

12° "assurances du groupe d'activités "vie"" : toutes les opérations portant sur les risques qui relèvent du groupe d'activités "vie" tel que déterminé dans l'annexe I de l'arrêté royal du 22 février 1991 portant règlement général relatif au contrôle des entreprises d'assurances, ou qui relèvent des branches d'assurance vie telles que mentionnées dans l'annexe I de la Directive 2002/83/CE du Parlement européen et du Conseil du 5 novembre 2002 concernant l'assurance directe sur la vie, ou dans l'annexe II de la Directive 2009/138/CE;

13° "opération de capitalisation" : une opération basée sur une technique actuarielle, dans le cadre de laquelle, en contrepartie de versements uniques ou périodiques fixés à l'avance, une partie, l'assureur, prend envers une autre partie, le preneur de l'opération de capitalisation, des engagements déterminés quant à leur durée et à leur montant et indépendants de tout événement aléatoire quelconque;

14° "contrat d'assurance" : un contrat en vertu duquel, moyennant le paiement d'une prime fixe ou variable, une partie, l'assureur, s'engage envers une autre partie, le preneur d'assurance, à fournir une prestation stipulée dans le contrat au cas où surviendrait un événement incertain que, selon le cas, l'assuré ou le bénéficiaire, a intérêt à ne pas voir se réaliser. Pour l'application de la présente loi et de ses arrêtés et règlements d'exécution, les contrats portant sur des opérations de capitalisation sont également considérés comme des contrats d'assurance. Pour ces opérations, les mots "preneur d'assurance" s'entendent comme "preneur d'une opération de capitalisation";

15° "assurance de dommages" : l'assurance dans laquelle la prestation d'assurance dépend d'un événement incertain qui cause un dommage au patrimoine d'une personne;

16° "assurance de personnes" : l'assurance dans laquelle la prestation d'assurance ou la prime dépend d'un événement incertain qui affecte la vie, l'intégrité physique ou la situation familiale d'une personne. Pour l'application de la présente loi et de ses arrêtés et règlements d'exécution, les opérations de capitalisation sont également considérées comme des assurances de personnes. Toutefois, eu égard à l'absence de risque assuré dans les opérations de capitalisation, les articles 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, § 2, point 6°, et § 3, 69, 70, 71, 72, 74, 75, 76, 79, 80, 81, 84, § 2, 86, 87, 159 et 200, ainsi que le chapitre 3 du titre II de la partie 4 ne sont pas applicables à ces opérations;

[6] 16° /1"produit d'investissement fondé sur l'assurance": un produit d'assurance comportant une durée de vie ou une valeur de rachat qui est totalement ou partiellement exposée, de manière directe ou indirecte, aux fluctuations du marché, hormis:

a) les produits d'assurance non-vie énumérés à l'annexe I de la loi du 13 mars 2016 (branches d'assurance

non-vie);

b) les contrats d'assurance vie lorsque les prestations prévues par le contrat sont payables uniquement en cas de décès ou d'incapacité due à un accident, à une maladie ou à une infirmité;

c) les produits de retraite qui sont reconnus par le droit national d'un Etat membre comme ayant pour objectif principal de fournir à l'investisseur un revenu lorsqu'il sera à la retraite, et qui lui donnent droit à certaines prestations;

d) les régimes de retraite professionnelle officiellement reconnus qui relèvent du champ d'application de la Directive 2016/2341 ou de la Directive 2009/138/CE;

e) les produits de retraite individuels pour lesquels une contribution financière de l'employeur est requise en vertu du droit national d'un Etat membre, et pour lesquels l'employeur ou le salarié ne peut choisir ni le produit de retraite ni le fournisseur du produit.

Aux fins de la présente loi, et nonobstant les dispositions de l'alinéa 1er, a), b), c) et e), tous les autres produits d'assurance qui constituent des assurances d'épargne ou des assurances d'investissement sont assimilés à des produits d'investissement fondés sur l'assurance, à l'exception des produits visés à l'alinéa 1er, d).

16° /2 "assurance d'épargne": un contrat d'assurance qui:

a) relève des branches 21, 22 ou 26 du groupe d'activités "vie" de l'annexe II de la loi du 13 mars 2016 relative au statut et au contrôle des entreprises d'assurance ou de réassurance et qui comporte une composante d'épargne; ou

b) constitue une combinaison de plusieurs contrats visés au littera a);

16° /3 "assurance d'investissement": un contrat d'assurance qui:

a) relève de la branche 23 sous le groupe d'activités "vie" à l'annexe II de la loi du 13 mars 2016 relative au statut et au contrôle des entreprises d'assurance ou de réassurance; ou

b) constitue une combinaison d'un ou plusieurs contrat(s) d'assurance visé(s) au 16° /2, sous a), et d'un ou plusieurs contrat(s) d'assurance visé(s) sous a) ou une combinaison de plusieurs contrats d'assurance visés sous a);⁶

17° "assuré" :

a) dans une assurance de dommages : la personne garantie par l'assurance contre les pertes patrimoniales;

b) dans une assurance de personnes : la personne sur la tête de laquelle repose le risque de survenance de l'événement assuré. Dans une opération de capitalisation, il n'y a pas d'assuré;

18° "bénéficiaire" : la personne en faveur de laquelle sont stipulées des prestations d'assurance;

19° "prime" : toute espèce de rémunération demandée par l'assureur en contrepartie de ses engagements;

[⁶] 19° /1 "client professionnel": tout client respectant les critères définis par le Roi sur avis de la FSMA;

19° /2 "client de détail": un client qui n'est pas traité comme un client professionnel;

19° /3 "support durable": tout instrument:

a) permettant à un client de stocker des informations qui lui sont adressées personnellement, de telle sorte qu'elles puissent être consultées ultérieurement pendant une période adaptée à l'objectif de ces informations, et

b) permettant la reproduction exacte des informations stockées;]⁶

20° [⁶] "intermédiaire d'assurance": toute personne morale ou physique ayant la qualité de travailleur indépendant au sens de la législation sociale, autre qu'une entreprise d'assurance ou de réassurance et autre qu'un intermédiaire d'assurance à titre accessoire, qui, contre rémunération, accède à l'activité de distribution d'assurances ou l'exerce;]⁶

21° [⁶] "intermédiaire de réassurance": toute personne morale ou physique ayant la qualité de travailleur indépendant au sens de la législation sociale, autre qu'une entreprise de réassurance, qui, contre rémunération, accède à l'activité de distribution de réassurances ou l'exerce;]⁶

[⁶] 21° /1 "courtier d'assurance": l'intermédiaire d'assurance qui met en relation des preneurs d'assurance et des entreprises d'assurance sans être lié par le choix de ces entreprises d'assurance;

21° /2 "courtier de réassurance": l'intermédiaire de réassurance qui met en relation des entreprises d'assurance et des entreprises de réassurance, sans être lié par le choix de ces entreprises de réassurance;

21° /3 "agent d'assurance": l'intermédiaire d'assurance qui, en raison d'une ou plusieurs conventions ou procurations, au nom et pour le compte d'une seule ou de plusieurs entreprises d'assurances, exerce des activités de distribution d'assurances;

21° /4 "agent de réassurance": l'intermédiaire de réassurance qui, en raison d'une ou plusieurs conventions ou procurations, au nom et pour le compte d'une seule ou de plusieurs entreprises de réassurance, exerce des activités de distribution de réassurances;

21° /5 "sous-agent d'assurance": l'intermédiaire d'assurance, autre que celui visé aux points 21° /1 et 21° /3, qui, pour la totalité de ses activités de distribution d'assurances, agit sous la responsabilité entière et inconditionnelle d'un seul courtier ou agent d'assurance ayant la Belgique comme Etat membre d'origine;

21° /6 "sous-agent de réassurance": l'intermédiaire de réassurance, autre que celui visé aux points 21° /2 et 21° /4, qui, pour la totalité de ses activités de distribution de réassurances, agit sous la responsabilité d'un seul courtier ou agent de réassurance ayant la Belgique comme Etat membre d'origine;

21° /7 "agent d'assurance lié": l'agent d'assurance qui, en raison d'une ou plusieurs convention(s) ou procuration(s), ne peut exercer une activité de distribution d'assurances, au nom et pour le compte, que:

- d'une seule entreprise d'assurance; ou

- de plusieurs entreprises d'assurance pour autant que les contrats d'assurance de ces entreprises n'entrent pas en concurrence entre eux;

et agit sous l'entièr responsabilité de celle(s)-ci pour les contrats d'assurance qui les concernent respectivement.

Au sens du présent article, les contrats d'assurance suivants sont considérés comme des "contrats d'assurance entrant en concurrence entre eux":

- les contrats d'assurance relevant du groupe d'activités "vie" visé à l'annexe II de la loi du 13 mars 2016 relative au statut et au contrôle des entreprises d'assurance ou de réassurance, qui répondent aux définitions des assurances d'épargne ou d'investissement;

- les contrats d'assurance relevant du groupe d'activités "vie" visé à l'annexe II de la loi du 13 mars 2016 relative au statut et au contrôle des entreprises d'assurance ou de réassurance, autres que ceux qui répondent aux définitions des assurances d'épargne ou d'investissement; ainsi que,

- les contrats d'assurance relevant du groupe d'activités "non-vie" lorsqu'ils relèvent d'une même branche au sens de l'annexe I de la loi du 13 mars 2016 relative au statut et au contrôle des entreprises d'assurance ou de réassurance;

21° /8, a), "responsable de la distribution":

- toute personne physique appartenant à la direction d'un intermédiaire d'assurance, d'un intermédiaire d'assurance à titre accessoire ou d'un intermédiaire de réassurance ou tout employé au service d'un tel intermédiaire, qui assume de facto la responsabilité à l'égard des personnes prenant directement part aux activités de distribution d'assurances ou de réassurances de cet intermédiaire et exerce le contrôle sur ces personnes;

- toute personne physique qui, dans une entreprise d'assurance ou de réassurance, assume de facto la responsabilité à l'égard de personnes chargées de la distribution de produits d'assurance ou exerce le contrôle sur de telles personnes;

21° /8, b), "personne en contact avec le public": toute personne physique autre que le responsable de la distribution qui, auprès d'un intermédiaire d'assurance, d'un intermédiaire d'assurance à titre accessoire ou d'un intermédiaire de réassurance ou auprès d'une entreprise d'assurance ou de réassurance, prend directement part aux activités de distribution d'assurance ou de réassurance et qui à cet effet, de quelque manière que ce soit, est en contact avec le public;]⁶

[⁷ 21° /9 "souscripteur mandaté": l'intermédiaire d'assurance qui, en tant que mandataire d'une ou plusieurs entreprises d'assurance, dispose du pouvoir d'accepter de couvrir des risques et de conclure et gérer des contrats d'assurance au nom et pour le compte de celles-ci;]⁷

22° "établissement": le siège principal ou la succursale d'une entreprise ou d'une personne;

23° "siège principal": dans le cas d'une personne morale, le siège réel et, dans le cas d'une personne physique, le centre des affaires;

24° "succursale": toute agence ou succursale d'une entreprise qui est établie dans un pays autre que le pays d'origine de celle-ci; est assimilée à une succursale toute présence permanente d'une entreprise, même si cette présence n'a pas pris la forme d'une succursale ou d'une agence, mais s'exerce par le moyen d'un simple bureau géré par le propre personnel de l'entreprise, ou d'une personne indépendante mais mandatée pour agir en permanence pour l'entreprise comme le ferait une agence;

25° "l'EEE": l'Espace économique européen;

26° "Etat membre": un Etat qui est membre de l'EEE;

27° "pays tiers": un Etat qui n'est pas membre de l'EEE;

28° "libre prestation de services": l'activité par laquelle une entreprise d'assurances de l'EEE couvre des risques ou prend des engagements dans un autre Etat membre, à partir de son siège principal ou d'une succursale située dans un autre Etat membre. Pour autant que cela soit conforme à la législation belge en la matière, cette notion couvre également l'activité par laquelle une entreprise d'assurances d'un pays tiers couvre des risques ou prend des engagements en Belgique, à partir de son siège principal ou d'une succursale située dans un autre pays;

29° [⁶ "Etat membre d'origine":

1) pour une entreprise d'assurance, l'un des Etats membres suivants:

a) concernant les assurances du groupe d'activités "non-vie", l'Etat membre dans lequel est situé le siège principal de l'assureur qui couvre le risque;

b) concernant les assurances du groupe d'activités "vie", l'Etat membre dans lequel est situé le siège principal de l'assureur qui prend l'engagement;

2) pour un intermédiaire d'assurance, un intermédiaire d'assurance à titre accessoire ou un intermédiaire de réassurance:

a) lorsque l'intermédiaire est une personne physique, l'Etat membre dans lequel sa résidence est située;

b) lorsque l'intermédiaire est une personne morale, l'Etat membre dans lequel son siège statutaire est situé ou, s'il n'a pas de siège statutaire en vertu de son droit national, l'Etat membre dans lequel son administration centrale est située;]⁶

30° "pays d'origine": l'un des pays suivants :

a) concernant les assurances du groupe d'activités "non-vie", le pays dans lequel est situé le siège principal de l'assureur qui couvre le risque;

b) concernant les assurances du groupe d'activités "vie", le pays dans lequel est situé le siège principal de l'assureur qui prend l'engagement;

31° [⁶ "Etat membre d'accueil":

1) pour une entreprise d'assurance: l'Etat membre, autre que le pays ou l'Etat membre d'origine, dans lequel un assureur a une succursale ou fournit des services; pour les assurances du groupe d'activités "vie" et celles du groupe d'activités "non-vie", l'on entend par l'Etat membre de fourniture des services, respectivement, l'Etat membre de l'engagement ou l'Etat membre où le risque est situé, lorsque ledit engagement ou risque est couvert

par un assureur ou une succursale situé dans un autre Etat membre;

2) pour un intermédiaire d'assurance, un intermédiaire d'assurance à titre accessoire ou un intermédiaire de réassurance: l'Etat membre dans lequel l'intermédiaire a une présence permanente ou un établissement permanent ou fournit des services, et qui n'est pas son Etat membre d'origine;]⁶

32° "Etat membre où le risque est situé" : l'un des Etats membres suivants :

a) l'Etat membre où se trouvent les biens, lorsque l'assurance est relative soit à des immeubles, soit à des immeubles et à leur contenu, dans la mesure où celui-ci est couvert par la même police d'assurance;

b) l'Etat membre d'immatriculation, lorsque l'assurance est relative à des véhicules de toute nature;

c) l'Etat membre où le preneur d'assurance souscrit la police, s'il s'agit d'un contrat d'une durée inférieure ou égale à quatre mois, relatif à des risques encourus au cours d'un voyage ou de vacances, quelle que soit la branche concernée;

d) dans tous les cas non expressément couverts par les points a., b. ou c., l'Etat membre où l'un des éléments suivants est situé :

i. la résidence habituelle du preneur d'assurance; ou

ii. si le preneur d'assurance est une personne morale, l'établissement du preneur d'assurance auquel le contrat se rapporte;

33° "Etat membre de l'engagement" : l'Etat membre où l'un des éléments suivants est situé :

a) la résidence habituelle du preneur d'assurance;

b) si le preneur d'assurance est une personne morale, l'établissement du preneur d'assurance auquel le contrat se rapporte;

34° [⁶ "autorités compétentes": les autorités nationales habilitées, en vertu d'une loi ou d'une réglementation, à contrôler, selon le cas, les intermédiaires d'assurance, les intermédiaires d'assurance à titre accessoire et/ou les intermédiaires de réassurance, et/ou les entreprises d'assurance ou de réassurance, et/ou l'activité des assureurs, des réassureurs et/ou des intermédiaires d'assurance, des intermédiaires d'assurance à titre accessoire ou des intermédiaires de réassurance, au regard de la protection des preneurs d'assurance, des assurés, des bénéficiaires et de tous tiers ayant un intérêt à l'exécution du contrat d'assurance;]

35° "le ministre" : le ministre qui a les assurances dans ses attributions;

36° "la Banque" : la Banque Nationale de Belgique, visée dans la loi du 22 février 1998 fixant le statut organique de la Banque Nationale de Belgique. Pour les sociétés mutualistes visées aux articles 43bis, § 5, et 70, §§ 6, 7 et 8, de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités, les mots "la Banque" figurant aux articles 5, point 6°, 17 et 41 doivent se lire comme "l'OCM";

37° "la FSMA" : l'Autorité des services et marchés financiers, visée à l'article 44 de la loi du 2 août 2002 relative à la surveillance du secteur financier et aux services financiers;

38° "l'OCM" : l'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités, visé à l'article 49 de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités;

39° "grands risques" :

a) les risques relevant des branches 4, 5, 6, 7, 11 et 12 de l'annexe I de l'arrêté royal du 22 février 1991 portant règlement général relatif au contrôle des entreprises d'assurances, ou classés sous les branches 4, 5, 6, 7, 11 et 12 de l'annexe, point A, de la Directive 73/239/CEE du Conseil du 24 juillet 1973 portant coordination des dispositions législatives, réglementaires et administratives concernant l'accès à l'activité de l'assurance directe autre que l'assurance sur la vie, et son exercice, ou sous les branches 4, 5, 6, 7, 11 et 12 de l'annexe I, partie A, de la Directive 2009/138/CE;

b) les risques relevant des branches 14 et 15 de l'annexe I de l'arrêté royal du 22 février 1991 portant règlement général relatif au contrôle des entreprises d'assurances, ou classés sous les branches 14 et 15 de l'annexe, point A, de la Directive 73/239/CEE du Conseil du 24 juillet 1973 portant coordination des dispositions législatives, réglementaires et administratives concernant l'accès à l'activité de l'assurance directe autre que l'assurance sur la vie, et son exercice, ou sous les branches 14 et 15 de l'annexe I, partie A, de la Directive 2009/138/CE, lorsque le preneur d'assurance exerce à titre professionnel une activité industrielle, commerciale ou libérale et que les risques sont relatifs à cette activité;

c) les risques relevant des branches 3, 8, 9, 10, 13 et 16 de l'annexe I de l'arrêté royal du 22 février 1991 portant règlement général relatif au contrôle des entreprises d'assurances, ou classés sous les branches 3, 8, 9, 10, 13 et 16 de l'annexe, point A, de la Directive 73/239/CEE du Conseil du 24 juillet 1973 portant coordination des dispositions législatives, réglementaires et administratives concernant l'accès à l'activité de l'assurance directe autre que l'assurance sur la vie, et son exercice, ou sous les branches 3, 8, 9, 10, 13 et 16 de l'annexe I, partie A, de la Directive 2009/138/CE, pour autant que le preneur d'assurance dépasse les limites chiffrées d'au moins deux des critères suivants :

i. un total de bilan de 6.200.000 euros;

ii. un montant net du chiffre d'affaires, au sens de la quatrième Directive 78/660/CEE du Conseil du 25 juillet 1978 fondée sur l'article 54, paragraphe 3, point g), du traité et concernant les comptes annuels de certaines formes de sociétés, de 12.800.000 euros;

iii. un nombre de 250 employés en moyenne au cours de l'exercice.

Si le preneur d'assurance fait partie d'un ensemble d'entreprises pour lequel des comptes consolidés sont établis conformément à la Directive 83/349/CEE, les critères énoncés à l'alinéa 1er, point c), sont appliqués sur la base des comptes consolidés;

40° [² "entreprise de réassurance": une entreprise telle que définie à l'article 5, alinéa 1er, 2°, de la loi du 13 mars 2016 relative au statut et au contrôle des entreprises d'assurance ou de réassurance;]²

41° "la loi du 2 août 2002" : la loi du 2 août 2002 relative à la surveillance du secteur financier et aux services financiers;

42° [² "la loi du 13 mars 2016": la loi du 13 mars 2016 relative au statut et au contrôle des entreprises d'assurance ou de réassurance;]²

43° [⁶ "la Directive IDD": la Directive (UE) 2016/97 du Parlement européen et du Conseil du 20 janvier 2016 sur la distribution d'assurances;]⁶

44° "la Directive 2009/138/CE": la Directive 2009/138/CE du Parlement européen et du Conseil du 25 novembre 2009 sur l'accès aux activités de l'assurance et de la réassurance et leur exercice (solvabilité II);

45° "la Directive 2009/65/CE": la Directive 2009/65/CE du Parlement européen et du Conseil du 13 juillet 2009 portant coordination des dispositions législatives, réglementaires et administratives concernant certains organismes de placement collectif en valeurs mobilières (OPCVM);

46° [⁶ "distribution d'assurances": toute activité consistant à fournir des conseils sur des contrats d'assurance, à proposer des contrats d'assurance ou à réaliser d'autres travaux préparatoires à leur conclusion, à conclure de tels contrats, ou à contribuer à leur gestion et à leur exécution, notamment en cas de sinistre, y compris la fourniture d'informations sur un ou plusieurs contrats d'assurance selon des critères choisis par le client sur un site internet ou par d'autres moyens de communication et l'établissement d'un classement de produits d'assurance comprenant une comparaison des prix et des produits, ou une remise de prime, lorsque le client peut conclure un contrat directement ou indirectement au moyen d'un site internet ou d'autres moyens de communication.

Ne sont pas considérées comme une distribution d'assurances:

a) la gestion, par des administrations publiques ou des associations de consommateurs, de sites internet dont le but est non pas de conclure un contrat, mais de proposer simplement une comparaison des produits d'assurance disponibles sur le marché;

b) la fourniture d'informations à titre occasionnel dans le cadre d'une autre activité professionnelle lorsque le fournisseur ne prend pas d'autres mesures pour aider à conclure ou à exécuter un contrat d'assurance;

c) la gestion, à titre professionnel, des sinistres d'une entreprise d'assurance ainsi que les activités d'évaluation et de règlement des sinistres;

d) la simple fourniture de données et d'informations sur des preneurs d'assurance potentiels à des intermédiaires d'assurance ou à des entreprises d'assurance, lorsque le fournisseur ne prend pas d'autres mesures pour aider le client à conclure un contrat d'assurance;

e) la simple fourniture d'informations sur des produits d'assurance, sur un intermédiaire d'assurance ou sur une entreprise d'assurance à des preneurs d'assurance potentiels, lorsque le fournisseur ne prend pas d'autres mesures pour aider le client à conclure un contrat d'assurance;]⁶

47° [⁶ "conseil": la fourniture de recommandations personnalisées à un client, à sa demande ou à l'initiative du distributeur des produits d'assurance, au sujet d'un ou de plusieurs contrats d'assurance;]⁶

48° "recommandation personnalisée": une recommandation qui est présentée comme adaptée à cette personne, ou est fondée sur l'examen de la situation propre à cette personne en rapport avec un ou plusieurs contrat(s) d'assurance.

Une recommandation n'est pas réputée personnalisée si elle est exclusivement diffusée par des canaux de distribution au sens de l'article 2, alinéa 1er, 26°, de la loi du 2 août 2002, ou est destinée au public;

49° [⁶ "distribution de réassurances": les activités, y compris lorsque ces activités sont exercées par une entreprise de réassurance sans l'intervention d'un intermédiaire de réassurance, consistant à fournir des conseils sur des contrats de réassurance, à proposer des contrats de réassurance ou à réaliser d'autres travaux préparatoires à leur conclusion, à conclure de tels contrats, ou à contribuer à leur gestion et à leur exécution, notamment en cas de sinistre.

Ne sont pas considérées comme une distribution de réassurances:

a) la fourniture d'informations à titre occasionnel dans le cadre d'une autre activité professionnelle lorsque ces activités n'ont pas pour objet d'aider le client à conclure ou à exécuter un contrat de réassurance;

b) la gestion, à titre professionnel, des sinistres d'une entreprise de réassurance ainsi que les activités d'évaluation et de règlement des sinistres;

c) la simple fourniture de données et d'informations sur des preneurs d'assurance potentiels à des intermédiaires de réassurance ou à des entreprises de réassurance, lorsque le fournisseur ne prend pas d'autres mesures pour aider le client à conclure un contrat de réassurance;

d) la simple fourniture d'informations sur des produits de réassurance, sur un intermédiaire de réassurance ou sur une entreprise de réassurance à des clients potentiels, lorsque le fournisseur ne prend pas d'autres mesures pour aider le client à conclure un contrat de réassurance;]⁶

50° "client de détail": un client de détail au sens de l'article 2, alinéa 1er, 29°, de la loi du 2 août 2002;

[¹ 51° "la loi du 25 avril 2014": [⁴ la loi du 25 avril 2014 relative au statut et au contrôle des établissements de crédit et des sociétés de bourse];]¹

[³ 52° "l'EIOPA": l'Autorité européenne des assurances et des pensions professionnelles, visée dans le Règlement (UE) n° 1094/2010 du Parlement européen et du Conseil du 24 novembre 2010 instituant une Autorité européenne de surveillance (Autorité européenne des assurances et des pensions professionnelles), modifiant la Décision n° 716/2009/CE et abrogeant la Décision 2009/79/CE de la Commission;

53° [⁵ ...]⁵

54° [⁵ ...]⁵³

[⁶ 55° "distributeur de produits d'assurance": tout intermédiaire d'assurance, tout intermédiaire d'assurance à titre accessoire ou toute entreprise d'assurance;]⁶

[⁶ 56° "intermédiaire d'assurance à titre accessoire": toute personne physique ou morale autre qu'un

établissement de crédit ou qu'une entreprise d'investissement au sens de l'article 4, paragraphe 1er, points 1) et 2), du règlement (UE) n° 575/2013 du Parlement européen et du Conseil, et qui, contre rémunération, accède à l'activité de distribution d'assurances à titre accessoire ou l'exerce, pour autant que toutes les conditions suivantes soient remplies:

a) la distribution d'assurances ne constitue pas l'activité professionnelle principale de cette personne physique ou morale;

b) la personne physique ou morale distribue uniquement certains produits d'assurance qui constituent un complément à un bien ou à un service;

c) les produits d'assurance concernés ne couvrent pas de risques liés à l'assurance vie ou de responsabilité civile, à moins que cette couverture ne constitue un complément au bien ou au service fourni dans le cadre de l'activité professionnelle principale de l'intermédiaire.

Un intermédiaire d'assurance à titre accessoire peut agir sous la responsabilité d'une entreprise d'assurance ou d'un courtier ou agent d'assurance;]⁶

[⁶ 57° "entreprise d'assurance": une entreprise au sens de l'article 13, point 1), de la Directive 2009/138/CE du Parlement européen et du Conseil;]⁶

[⁶ 58° "rémunération": toute commission, tout honoraire, toute charge ou tout autre type de paiement, y compris tout avantage économique de toute nature ou tout autre avantage ou toute autre incitation financier ou non financier, proposé ou offert en rapport avec des activités de distribution d'assurances.]⁶

[⁸ 59° "Règlement 2019/2088": Règlement (UE) 2019/2088 du Parlement européen et du Conseil du 27 novembre 2019 sur la publication d'informations en matière de durabilité dans le secteur des services financiers;]⁸

[⁸ 60° "Règlement 2020/852": Règlement (UE) 2020/852 du Parlement européen et du Conseil du 18 juin 2020 sur l'établissement d'un cadre visant à favoriser les investissements durables et modifiant le règlement (UE) 2019/2088;]⁸

[⁹ 61° tentative de suicide: un comportement inhabituel n'ayant pas entraîné la mort, que la personne initie et adopte en s'attendant à ou en risquant de mourir ou de subir des dommages corporels dans le but d'obtenir des changements souhaités;]⁹

[¹⁰ 62° règlement 2022/2554 : le règlement (UE) 2022/2554 du Parlement européen et du Conseil du 14 décembre 2022 sur la résilience opérationnelle numérique du secteur financier et modifiant les règlements (CE) n° 1060/2009, (UE) n° 648/2012, (UE) n° 600/2014, (UE) n° 909/2014 et (UE) 2016/1011.]¹⁰

(1)<L 2015-10-26/06, art. 82, 003; En vigueur : 09-11-2015>

(2)<L 2016-03-13/07, art. 720, 004; En vigueur : 23-03-2016; voir aussi l'art. 756>

(3)<L 2016-06-29/01, art. 68, 005; En vigueur : 16-07-2016>

(4)<L 2016-10-25/04, art. 158, 006; En vigueur : 28-11-2016>

(5)<L 2017-04-18/03, art. 50, 007; En vigueur : 31-12-2016>

(6)<L 2018-12-06/11, art. 13, 015; En vigueur : 28-12-2018>

(7)<L 2019-04-03/02, art. 28, 016; En vigueur : 10-04-2019>

(8)<L 2021-07-04/04, art. 62, 025; En vigueur : 23-07-2021>

(9)<L 2024-04-21/07, art. 2, 035; En vigueur : 01-11-2024>

(10)<L 2025-03-25/05, art. 43, 037; En vigueur : 08-05-2025>

Art. 6. § 1er. Pour l'application de la présente loi et de ses arrêtés et règlements d'exécution en ce qui concerne les assurances du groupe d'activités "hon-vie", le risque est réputé être situé en Belgique lorsque :

a) les biens se trouvent en Belgique, dans le cas d'une assurance relative soit à des immeubles, soit à des immeubles et à leur contenu, dans la mesure où celui-ci est couvert par la même police d'assurance;
b) l'immatriculation s'effectue en Belgique, dans le cas d'une assurance relative à des véhicules de toute nature;
c) le preneur d'assurance a souscrit la police en Belgique, s'il s'agit d'un contrat d'une durée inférieure ou égale à quatre mois, relatif à des risques encourus au cours d'un voyage ou de vacances, quelle que soit la branche concernée;

d) dans tous les cas non expressément couverts par les points a), b) ou c), l'un des éléments suivants est situé en Belgique :

i. la résidence habituelle du preneur d'assurance; ou

ii. si le preneur d'assurance est une personne morale, l'établissement du preneur d'assurance auquel le contrat se rapporte.

§ 2. Pour l'application de la présente loi et de ses arrêtés et règlements d'exécution en ce qui concerne les assurances du groupe d'activités "vie", l'engagement est réputé être situé en Belgique lorsque :

a) la résidence habituelle du preneur d'assurance est située en Belgique;

b) l'établissement du preneur d'assurance qui est une personne morale et auquel le contrat se rapporte, est situé en Belgique.

§ 3. Pour l'application de la présente loi, le "preneur d'assurance" doit être compris comme étant le "candidat preneur d'assurance" s'il s'agit d'obligations précontractuelles.

§ 4. Pour l'application de la présente loi, l'on entend par "entreprise d'assurances" chacune des entreprises suivantes :

- une entreprise d'assurances belge;
- une entreprise d'assurances de l'EEE;

- une entreprise d'assurances étrangère qui n'est pas une entreprise d'assurances de l'EEE et qui a obtenu de la Banque l'autorisation légalement requise pour exercer des activités d'assurance en Belgique par voie de succursale;

- une entreprise d'assurances d'un pays tiers qui remplit toutes les conditions légales pour exercer des activités en Belgique sous le régime de la libre prestation de services.

§ 5. Pour l'application de la présente loi, l'on entend par un "assureur autorisé en vertu de la loi à exercer des activités d'assurance en Belgique" l'un des assureurs suivants :

- soit une entreprise d'assurances belge;

- soit une entreprise d'assurances de l'EEE;

- soit une entreprise d'assurances étrangère qui n'est pas une entreprise d'assurances de l'EEE et qui a obtenu de la Banque l'autorisation légalement requise pour exercer des activités d'assurance en Belgique par voie de succursale;

- soit une entreprise d'assurances d'un pays tiers qui remplit toutes les conditions légales pour exercer des activités en Belgique sous le régime de la libre prestation de services;

- soit un assureur, autre que les précédents, qui, le cas échéant, sur la base de la législation qui lui est applicable, s'est conformé aux modalités légalement requises pour exercer des activités d'assurance en Belgique.

PARTIE 2. - DISPOSITIONS SPECIFIQUES CONCERNANT L'EXERCICE DES ACTIVITES

TITRE Ier. - Dispositions générales

Art. 7. La présente partie ne porte pas atteinte aux obligations qui découlent, pour les entreprises d'assurances [¹, de la loi du 13 mars 2016,] ¹ de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail et de la loi du 3 juillet 1967 sur la prévention et la réparation des dommages résultant des accidents du travail, des accidents survenus sur le chemin du travail et des maladies professionnelles dans le secteur public.

(1)<L 2016-03-13/07, art. 721, 004; En vigueur : 23-03-2016; voir aussi l'art. 756>

Art. 8. Les contrats d'assurance qui sont conclus par un assureur non autorisé en vertu de la loi à exercer des activités d'assurance en Belgique, sont nuls. Pour les assureurs étrangers, cette sanction de nullité est limitée aux contrats relatifs à des risques ou engagements situés en Belgique.

L'assureur est toutefois tenu de remplir les obligations qu'il a contractées si le preneur d'assurance a souscrit de bonne foi. Nonobstant toute stipulation contraire défavorable au preneur d'assurance, à l'assuré et/ou au bénéficiaire, l'assureur est également tenu à la réparation du dommage causé par la nullité du contrat concerné dans le chef du preneur d'assurance, de l'assuré ou du bénéficiaire. Le dommage est présumé, de manière irréfragable, résulter de la conclusion illégale du contrat d'assurance par un assureur non autorisé en vertu de la loi à exercer des activités d'assurance en Belgique.

Art. 9. Les assureurs belges doivent écarter de leurs statuts toute disposition préjudiciable aux preneurs d'assurance, aux assurés, aux bénéficiaires et aux tiers ayant un intérêt à l'exécution du contrat d'assurance.

Art. 10. Les statuts des associations belges d'assurances mutuelles doivent mentionner à peine de nullité

- les conditions et le mode d'admission, de démission et d'exclusion des associés;

- le mode de fixation et de recouvrement des cotisations ou des primes ainsi que des suppléments éventuels en vue du règlement des sinistres;

- la procédure à suivre en cas de modifications des statuts ou de liquidation de l'association, sans préjudice des dispositions de la présente partie.

Art. 11. Concernant les comptes de sociétaires, les statuts des associations belges d'assurances mutuelles disposent :

a) qu'il n'est possible d'effectuer des paiements en faveur des membres à partir de ces comptes que si cela n'a pas pour effet de faire descendre les éléments constitutifs des fonds propres réglementaires au-dessous du niveau requis ou, après dissolution de l'entreprise, que si toutes ses autres dettes ont été réglées;

b) que la Banque est avertie au moins un mois à l'avance de tout paiement effectué à d'autres fins que la résiliation individuelle de l'affiliation, et qu'elle peut, pendant ce délai, interdire le paiement.

Art. 12. § 1er. Les entreprises d'assurances belges communiquent à la FSMA au moins trois semaines avant la réunion de l'assemblée générale ou, à son défaut, de l'organe de décision de l'entreprise, les projets de modifications aux statuts, ainsi que les projets des décisions qu'elles se proposent de prendre lors de cette réunion et qui sont susceptibles d'avoir une incidence sur les droits et obligations des preneurs d'assurance, des assurés, des bénéficiaires et des tiers ayant un intérêt à l'exécution des contrats d'assurance.

La FSMA peut exiger que les observations qu'elle formule concernant ces projets soient portées, selon les modalités qu'elle détermine, à la connaissance de l'assemblée générale ou, à son défaut, de l'organe de décision de l'entreprise. Ces observations et les réponses qui y sont apportées doivent figurer au procès-verbal.

§ 2. Les dispositions des statuts des associations belges d'assurances mutuelles qui portent sur les critères visés à l'article 11 ne peuvent être modifiées qu'après que la FSMA a déclaré ne pas s'opposer à la modification.

Art. 13. Les assureurs belges et les assureurs étrangers autres que des entreprises d'assurances de l'EEE

communiquent à la FSMA dans le mois suivant leur approbation par l'assemblée générale ou, à son défaut, par l'organe de décision, les modifications aux statuts ainsi que les décisions qui peuvent avoir une incidence sur les droits et obligations des preneurs d'assurance, des assurés, des bénéficiaires et des tiers ayant un intérêt à l'exécution des contrats d'assurance.

La FSMA s'oppose, dans le délai maximum d'un mois à partir de la date où elle en a eu connaissance, à l'exécution en Belgique de toutes modifications ou décisions visées à l'alinéa précédent, qui violeraient les dispositions de la présente loi ou de ses arrêtés et règlements d'exécution.

Art. 14. Les assureurs belges doivent conserver tous les documents relatifs aux contrats d'assurance qu'ils ont souscrits. Les assureurs étrangers autres que des entreprises d'assurances de l'EEE doivent conserver tous les documents relatifs aux contrats souscrits par leur établissement belge, ou relatifs aux contrats dont le risque ou l'engagement est situé en Belgique.

[1 ...]¹

Les copies photographiques, microphotographiques, magnétiques, électroniques ou optiques des documents détenus par les assureurs belges et les assureurs étrangers autres que des entreprises d'assurances de l'EEE font foi comme les originaux, dont elles sont présumées, sauf preuve contraire, être une copie fidèle lorsqu'elles ont été établies par un de ces assureurs ou sous son contrôle. Le Roi peut, sur avis de la FSMA, fixer les conditions et les modalités de l'établissement de ces copies.

Sans préjudice d'autres dispositions légales, la FSMA et la Banque peuvent fixer, par voie de règlement, le délai de conservation obligatoire de ces documents.

(1)<L 2023-11-05/07, art. 103, 030; En vigueur : 21-12-2023>

Art. 15. Les assureurs qui exercent des activités d'assurance en Belgique sont tenus de respecter les dispositions légales et réglementaires d'intérêt général qui s'appliquent en Belgique aux assureurs et à leurs opérations.

Art. 16. Les entreprises d'assurances belges et les entreprises d'assurances étrangères qui exercent des activités d'assurance en Belgique autrement que sous le régime de la libre prestation de services, adoptent les mesures organisationnelles nécessaires sur le plan de leur structure de gestion, de leur organisation administrative et comptable, de leurs mécanismes de contrôle et de sécurité dans le domaine informatique et de leur contrôle interne, en vue de respecter les règles visant à garantir un traitement honnête, équitable et professionnel des parties intéressées.

[1] Les assureurs qui commercialisent des contrats d'assurance en Belgique et/ou concluent des contrats d'assurance dont le risque ou l'engagement est situé en Belgique, mettent en place des structures et systèmes appropriés pour satisfaire à toutes les obligations d'information et autres règles visant à garantir un traitement honnête, équitable et professionnel des parties intéressées, telles qu'imposées conformément à la présente loi ou à ses arrêtés et règlements d'exécution. L'organe légal d'administration de l'assureur supervise la procédure de publication ou de communication de toutes les informations requises conformément à la présente loi ou à ses arrêtés et règlements d'exécution.]¹

(1)<L 2016-06-29/01, art. 69, 005; En vigueur : 16-07-2016>

Art. 16/1.[¹] Les assureurs qui commercialisent des contrats d'assurance en Belgique et/ou concluent des contrats d'assurance dont le risque ou l'engagement est situé en Belgique, mettent en place des structures et systèmes appropriés pour satisfaire aux exigences de l'² article 304, § 2², ainsi qu'une politique écrite, approuvée par l'organe légal d'administration de l'assureur, qui garantisse l'adéquation permanente des informations communiquées à la FSMA.]¹

(1)<Inséré par L 2016-06-29/01, art. 70, 005; En vigueur : 16-07-2016>

(2)<L 2018-12-06/11, art. 14, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Art. 16/2.[¹] § 1er. L'assureur qui sous-traite des fonctions, activités ou tâches opérationnelles conserve l'entièr responsabilité du respect de l'ensemble des obligations qui lui incombent en vertu de la présente loi et de ses arrêtés et règlements d'exécution. La sous-traitance ne peut pas nuire à la prestation continue d'un niveau de service satisfaisant à l'égard des preneurs d'assurance, des assurés et des bénéficiaires de contrats d'assurance.

Elle ne peut pas compromettre la capacité de la FSMA de vérifier que l'assureur respecte ses obligations prévues par ou en vertu de la présente loi et de ses arrêtés et règlements d'exécution.

§ 2. Si l'assureur sous-traite des fonctions, activités ou tâches opérationnelles qui sont directement ou indirectement liées aux obligations prévues par la présente loi ou ses arrêtés et règlements d'exécution, il prend les mesures nécessaires pour faire en sorte de réunir les conditions suivantes :

- a) le délégué doit coopérer avec la FSMA en ce qui concerne la fonction ou l'activité sous-traitée;
- b) les assureurs, les personnes chargées du contrôle de leurs comptes et la FSMA doivent avoir effectivement accès aux données afférentes aux fonctions ou aux activités sous-traitées;
- c) la FSMA doit avoir effectivement accès aux locaux du délégué et doit pouvoir exercer ce droit d'accès conformément à l'² article 304, § 2².

§ 3. Si l'assureur sous-traite, dans le cadre des opérations d'assurance liées à un fonds d'investissement, la gestion dudit fonds, il convient en outre que les conditions suivantes soient réunies :

1° l'assureur doit être en mesure de motiver objectivement l'ensemble de sa structure de délégation;

2° la délégation ne peut être conférée qu'à des entreprises agréées ou enregistrées aux fins de la gestion d'actifs et soumises à une surveillance ou, lorsque cette condition ne peut être remplie, que moyennant l'approbation préalable de la FSMA;

3° lorsque la délégation est conférée à une entreprise d'un pays tiers, en sus des obligations prévues au point 2°, la coopération entre la FSMA et l'autorité de surveillance de l'entreprise doit être assurée;

4° l'assureur doit être en mesure de prouver que le délégué est qualifié et capable d'exercer les fonctions en question, que toute la diligence requise a été mise en oeuvre pour sa sélection et que l'assureur est à même de suivre de manière efficace et à tout moment la tâche déléguée, de donner à tout moment des instructions supplémentaires au délégué et de retirer la délégation avec effet immédiat lorsque cela est dans l'intérêt des preneurs d'assurance ou des bénéficiaires. L'assureur examine en permanence les services fournis par chaque délégué.]¹

(1)<Inséré par L 2016-06-29/01, art. 71, 005; En vigueur : 16-07-2016>

(2)<L 2018-12-06/11, art. 15, 015; En vigueur : 28-12-2018>

TITRE II. - Les cessions de contrats d'assurance

Art. 17. Les cessions de droits et obligations résultant de contrats relatifs à des risques ou engagements situés en Belgique, sont opposables aux preneurs d'assurance, aux assurés, aux bénéficiaires et à tous tiers ayant un intérêt à l'exécution du contrat d'assurance lorsqu'elles ont été autorisées par la Banque ou par les autorités compétentes d'un autre Etat membre.

Sans préjudice de l'application des articles 34 et 36, cette opposabilité prend effet à la date de la publication [¹ visée aux articles 106 ou 567, § 2, de la loi du 13 mars 2016].¹

(1)<L 2016-03-13/07, art. 722, 004; En vigueur : 23-03-2016; voir aussi l'art. 756>

Art. 18. § 1er. Les preneurs d'assurance ont la faculté de résilier leur contrat dans les formes prescrites à l'article 84, § 1er, dans un délai de trois mois à partir de la publication [¹ visée aux articles 106 ou 567, § 2, de la loi du 13 mars 2016].¹ Cette résiliation prend effet à l'expiration d'un délai d'un mois à compter du lendemain de la signification de l'exploit d'huijssier, du lendemain de la date du récépissé ou du lendemain du dépôt de la lettre recommandée ou le jour d'échéance annuelle de la prime s'il est antérieur.

§ 2. Les dispositions du paragraphe 1er ne s'appliquent pas aux fusions et scissions d'entreprises d'assurances, ni aux cessions effectuées dans le cadre d'un apport de la généralité des biens ou d'une branche d'activité, ni aux autres cessions entre entreprises d'assurances qui font partie d'un même ensemble consolidé.

(1)<L 2016-03-13/07, art. 723, 004; En vigueur : 23-03-2016; voir aussi l'art. 756>

TITRE III. - Règles particulières concernant les assurances du groupe d'activités "vie" liées à des fonds d'investissement

Art. 19. § 1er. S'agissant de contrats d'assurance dans le cadre desquels le risque d'investissement est supporté directement ou indirectement par le preneur d'assurance, les prestations d'assurance ne peuvent être liées, directement ou indirectement, qu'à des actifs et instruments dont l'assureur est en mesure de bien évaluer les risques.

L'assureur informe le preneur d'assurance, avant la conclusion du contrat et en des termes clairs, sur le risque que ce dernier supporte.

§ 2. Le contrat ne peut comporter une garantie d'un rendement minimum que si cette garantie fait l'objet d'une couverture prise auprès d'une entreprise agréée à cet effet dans l'Union européenne.

[¹ § 3. Le Roi définit, sur avis de la FSMA, les règles relatives à la nature du fonds d'investissement, à la détermination et à l'évolution de la valeur du fonds d'investissement, au règlement de gestion du fonds d'investissement et à l'établissement de rapports financiers concernant le fonds d'investissement.]¹

(1)<L 2016-06-29/01, art. 72, 005; En vigueur : 16-07-2016>

Art. 20.

<Abrogé par L 2017-04-18/03, art. 51, 007; En vigueur : 04-05-2017>

Art. 20/2.

<Abrogé par L 2018-12-06/11, art. 16, 015; En vigueur : 28-12-2018>

PARTIE 3. - L'OFFRE ET LA CONCLUSION DE CONTRATS : INFORMATION, PUBLICITE, TARIFICATION, SEGMENTATION ET PARTICIPATION AUX BENEFICES

TITRE Ier. - Dispositions générales

Art. 21. Pour la rédaction de tous les documents relatifs à la conclusion et à l'exécution des contrats d'assurance, les assureurs et les intermédiaires d'assurances sont tenus de se conformer aux règles fixées, en vertu de la présente loi, par le Roi sur avis de la FSMA.

Art. 22. § 1er. [² Les contrats d'assurance dans leur ensemble, les conditions générales, particulières et spéciales ainsi que toutes les autres clauses qui forment les conditions du contrat d'assurance]² qui ne sont pas conformes aux dispositions des parties 2 et 3 et de leurs arrêtés et règlements d'exécution, [¹ ou aux dispositions de la loi du 13 mars 2016]¹ et de ses arrêtés et règlements d'exécution, sont censés avoir été établis dès la conclusion du contrat en conformité, selon le cas, avec les dispositions des parties 2 et 3 et de leurs arrêtés et règlements d'exécution, [¹ ou avec les dispositions de la loi du 13 mars 2016]¹ et de ses arrêtés et règlements d'exécution.

§ 2. [¹ ...]¹

(1)<L 2016-03-13/07, art. 724, 004; En vigueur : 23-03-2016; voir aussi l'art. 756>

(2)<L 2024-05-03/21, art. 66, 032; En vigueur : 10-06-2024>

Art. 23. § 1er. [¹ Les contrats d'assurance dans leur ensemble, les conditions générales, particulières et spéciales ainsi que toutes les autres clauses qui forment les conditions du contrat d'assurance, doivent être rédigés en termes clairs et précis.]¹ Ils ne peuvent contenir aucune clause de nature à porter atteinte à l'équivalence entre les engagements de l'assureur et ceux du preneur d'assurance.

§ 2. En cas de doute sur le sens d'une clause, l'interprétation la plus favorable au preneur d'assurance prévaut dans tous les cas. Si le preneur d'assurance et l'assuré ne sont pas une seule et même personne, c'est l'interprétation la plus favorable à l'assuré qui prévaut.

L'alinéa 1er n'est pas applicable aux contrats d'assurance relatifs à des grands risques, à l'exception des risques visés à l'article 5, 39°, point b), pour autant que le preneur d'assurance exerce une profession libérale et que le risque porte sur l'exercice de cette profession.

(1)<L 2024-05-03/21, art. 67, 032; En vigueur : 10-06-2024>

Art. 24. Sans préjudice de l'application des traités ou accords internationaux, sont nuls toutes clauses et tous accords attribuant aux tribunaux étrangers, à l'exclusion du juge belge, compétence pour connaître de toutes contestations relatives aux contrats d'assurance.

Art. 25. Les contrats destinés à satisfaire à une obligation d'assurance imposée par la loi belge sont régis par le droit belge.

Lorsque le contrat d'assurance fournit la couverture dans plusieurs Etats membres dont l'un au moins impose une obligation de souscrire une assurance, le contrat est considéré, pour l'application du présent article, comme comportant plusieurs contrats dont chacun ne se rapporterait qu'à un seul Etat membre.

Art. 26. § 1er. Les assureurs qui proposent des assurances du groupe d'activités "non-vie" rendues obligatoires en Belgique, sont tenus d'en informer la FSMA.

§ 2. La FSMA peut exiger des assureurs visés au paragraphe 1er qu'ils communiquent à la FSMA et à la Banque, préalablement à leur diffusion, les conditions générales et spéciales de ces assurances du groupe d'activités "non-vie" rendues obligatoires en Belgique.

§ 3. Les informations et documents visés aux paragraphes 1er et 2 doivent être rédigés au moins dans la langue imposée par la loi ou le décret.

Art. 27. Si l'assureur doit, en vertu de la loi belge qui impose l'obligation d'assurance, déclarer toute cessation de garantie aux autorités, cette cessation n'est opposable aux tiers lésés que dans les conditions prévues par la loi belge.

TITRE II. - Règles en matière de transparence

CHAPITRE 1er. - Dispositions générales concernant les publicités et autres documents et avis

Art. 28. § 1er. Tous documents portés à la connaissance du public en Belgique par les assureurs ou les intermédiaires d'assurances doivent comprendre les mentions fixées par le Roi, sur avis de la FSMA.

§ 2. Le Roi peut, sur avis de la FSMA, fixer des règles concernant le contenu et le mode de présentation des avis, publicités et autres documents de commercialisation qui se rapportent aux contrats d'assurance offerts et/ou commercialisés en Belgique par un assureur ou un intermédiaire d'assurances.

§ 3. Les avis, publicités et autres documents qui se rapportent aux contrats d'assurance offerts et/ou commercialisés en Belgique par un assureur ou un intermédiaire d'assurances doivent au moins remplir les conditions suivantes :

1° les informations qu'ils contiennent ne peuvent être trompeuses ou inexactes;

2° les données qu'ils contiennent sont compatibles avec les autres informations dont la loi prévoit la communication obligatoire au candidat preneur d'assurance.

Les communications à caractère promotionnel doivent être clairement reconnaissables en tant que telles.

§ 4. Aux fins du présent article, l'on entend par "commercialisation" la présentation d'un contrat d'assurance, de quelque manière que ce soit, en vue d'inciter le preneur d'assurance ou le preneur d'assurance potentiel à souscrire un contrat d'assurance.

§ 5. Tant que le délai de prescription prévu pour les actions intentées à l'égard d'un assureur ou d'un intermédiaire d'assurances n'est pas écoulé et pendant une période d'au moins deux ans à compter de l'expiration du dernier contrat d'assurance auquel se rapportent ces avis, publicités et autres documents, les assureurs et les intermédiaires d'assurances conservent une copie des avis, publicités et autres documents visés au paragraphe 3.

§ 6. Les copies photographiques, microphotographiques, magnétiques, électroniques ou optiques des avis, publicités et autres documents font foi comme les originaux, dont elles sont présumées, sauf preuve contraire, être une copie fidèle lorsqu'elles ont été établies par les assureurs et/ou les intermédiaires d'assurances ou sous leur contrôle. Le Roi peut, sur avis de la FSMA, fixer les conditions et les modalités de l'établissement de ces copies.

CHAPITRE 2. - Des informations

Art. 29. Les dispositions du présent chapitre portent sur les contrats d'assurance dont le risque ou l'engagement est situé en Belgique.

Art. 30.[¹§ 1er.]¹ Tous documents destinés au preneur d'assurance, à l'assuré, au bénéficiaire et à tout tiers ayant un intérêt à l'exécution du contrat d'assurance doivent comprendre les mentions fixées par le Roi, sur avis de la FSMA.

[¹ § 2. [² ...]²]¹

(1)<L 2016-06-29/01, art. 74, 005; En vigueur : 16-07-2016>

(2)<L 2017-04-18/03, art. 52, 007; En vigueur : 31-12-2016>

Art. 31. Lorsque la loi belge exige une preuve de la souscription d'une assurance obligatoire, l'assureur doit délivrer à l'assuré une attestation certifiant que le contrat d'assurance obligatoire a été souscrit.

Le Roi détermine, sur avis de la FSMA, les éléments qui doivent figurer dans cette attestation.

Art. 32. Pour les assurances du groupe d'activités "non-vie", l'assureur doit, avant la conclusion du contrat, dans le cas où le preneur d'assurance est une personne physique, au moins :

a) fournir à ce dernier des informations sur le droit applicable au contrat, en précisant :

i. lorsque les parties n'ont pas de liberté de choix, le droit qui sera applicable au contrat;

ii. lorsque les parties ont la liberté de choix :

- le fait que les parties ont la liberté de choisir le droit applicable,

- le droit que l'assureur propose, le cas échéant, de choisir, et

- le droit qui sera applicable, selon la législation pertinente, à défaut d'accord entre les parties ou de choix exprès posé par celles-ci;

et

b) l'informer des dispositions relatives au traitement des plaintes des preneurs d'assurance au sujet des contrats, y compris de l'existence du service ombudsman des assurances, sans préjudice de la possibilité pour le preneur d'assurance d'intenter une action en justice.

Art. 33.§ 1er. Lorsqu'une assurance du groupe d'activités "non-vie" est proposée par un assureur étranger, le preneur d'assurance doit être informé, avant la conclusion de tout engagement, du nom du pays où sont situés le siège principal et, le cas échéant, la succursale avec laquelle le contrat sera conclu.

Tous les documents fournis au preneur d'assurance comportent l'information visée à l'alinéa 1er.

Dans le cas où l'assureur étranger est une entreprise d'assurances de l'EEE, les obligations énoncées aux alinéas 1er et 2 ne concernent pas les grands risques.

§ 2. Le contrat ou tout autre document accordant la couverture, ainsi que la proposition d'assurance dans le cas où elle lie le preneur d'assurance, indiquent le nom et l'adresse du siège principal et, le cas échéant, de la succursale de l'assureur qui accorde la couverture.

Les documents visés à l'alinéa 1er mentionnent également le nom et l'adresse du représentant de l'assureur, [¹ tel que visé à l'article 557 de la loi du 13 mars 2016]¹.

(1)<L 2016-03-13/07, art. 725, 004; En vigueur : 23-03-2016; voir aussi l'art. 756>

Art. 34.Pour les assurances du groupe d'activités "non-vie", l'assureur informe le preneur d'assurance, pendant toute la durée du contrat, de toute modification concernant les informations suivantes :

a) le nom et l'adresse du siège principal et, le cas échéant, de la succursale de l'assureur qui accorde la couverture;

b) le nom et l'adresse du représentant de l'assureur, [¹ tel que visé à l'article 557 de la loi du 13 mars 2016]¹.

L'assureur transmet à la FSMA une copie de ces communications.

(1)<L 2016-03-13/07, art. 726, 004; En vigueur : 23-03-2016; voir aussi l'art. 756>

Art. 35. § 1er. Pour les assurances du groupe d'activités "vie", l'assureur doit, avant la conclusion du contrat, communiquer au preneur d'assurance au moins les informations mentionnées aux paragraphes 2 et 3.

§ 2. Sans préjudice d'autres obligations légales, les informations suivantes concernant l'assureur sont communiquées :

- a) la dénomination ou la raison sociale et la forme juridique de l'assureur;
- b) le nom du pays où sont situés le siège principal et, le cas échéant, la succursale avec laquelle le contrat sera conclu;
- c) l'adresse du siège principal et, le cas échéant, de la succursale avec laquelle le contrat sera conclu;
- d) une référence concrète au rapport sur la solvabilité et la situation financière prévu à l'article 51 de la Directive 2009/138/CE, qui permet au preneur d'assurance d'accéder facilement à ces informations.

§ 3. Sans préjudice d'autres obligations légales, les informations suivantes concernant l'engagement sont communiquées :

- a) la définition de chaque garantie et de chaque option;
- b) la durée du contrat;
- c) les modalités de résiliation du contrat;
- d) les modalités de paiement des primes et la durée des paiements;
- e) les modalités de calcul et d'attribution des participations aux bénéfices;
- f) des indications sur les valeurs de rachat et de réduction et sur la nature des garanties y afférentes;
- g) des informations sur les primes relatives à chaque garantie, qu'elle soit principale ou complémentaire, lorsque de telles informations se révèlent appropriées;
- h) une énumération des valeurs de référence utilisées (unités de compte) dans les assurances liées à des fonds d'investissement;
- i) des indications sur la nature des actifs représentatifs des assurances liées à des fonds d'investissement;
- j) les modalités d'exercice du droit de renonciation;
- k) des indications générales relatives au régime fiscal applicable au type de police, y compris une information concernant le traitement fiscal des prestations à l'échéance finale du contrat et en cas de rachat anticipé;
- l) les dispositions relatives au traitement des plaintes des preneurs d'assurance, assurés ou bénéficiaires, au sujet des contrats, y compris l'existence du service ombudsman des assurances, sans préjudice de la possibilité d'intenter une action en justice;
- m) des informations sur le droit applicable au contrat, en précisant :
 - i. lorsque les parties n'ont pas de liberté de choix, le droit qui sera applicable au contrat;
 - ii. lorsque les parties ont la liberté de choix :
 - le fait que les parties ont la liberté de choisir le droit applicable,
 - le droit que l'assureur propose, le cas échéant, de choisir, et
 - le droit qui sera applicable, selon la législation pertinente, à défaut d'accord entre les parties ou de choix exprès posé par celles-ci.

En outre, des informations spécifiques sont fournies afin de permettre de bien percevoir les risques sous-jacents au contrat qui sont assumés par le preneur d'assurance.

Art. 36. Pour les assurances du groupe d'activités "vie", l'assureur informe le preneur d'assurance, pendant toute la durée du contrat, de toute modification concernant les informations suivantes :

- a) les conditions générales, spéciales et particulières de la police;
- b) la dénomination ou la raison sociale de l'assureur, sa forme juridique ou l'adresse de son siège principal et, le cas échéant, de sa succursale avec laquelle le contrat a été conclu;
- c) toutes informations énumérées à l'article 35, § 3, points d) à j), que la modification résulte d'un avenant au contrat ou soit la conséquence d'une modification de la législation applicable au contrat;
- d) chaque année, des informations concernant la situation de la participation aux bénéfices.

L'assureur transmet à la FSMA une copie de ces communications.

Art. 37. Les informations visées aux articles 35 et 36 doivent être formulées de manière claire et précise, par écrit, et être fournies dans une des langues officielles de la Belgique.

Ces informations peuvent toutefois être fournies au preneur d'assurance dans une autre langue si celui-ci le demande ou s'il a la liberté de choisir le droit applicable.

Art. 38. Le Roi peut, sur avis de la FSMA, définir de manière plus précise les informations requises au titre des articles 32 à 36 et déterminer les informations complémentaires que les assureurs et/ou les intermédiaires doivent fournir au preneur d'assurance avant la conclusion du contrat et pendant la durée de celui-ci, ainsi que le mode de communication de ces informations.

TITRE III. - La tarification, les conditions et la segmentation

CHAPITRE 1er. - Dispositions générales

Art. 39. En ce qui concerne les assureurs étrangers, les dispositions du présent chapitre portent uniquement sur les contrats d'assurance dont le risque ou l'engagement est situé en Belgique.

Art. 40. § 1er. Pour l'établissement et l'application de leurs tarifs et conditions, les assureurs sont tenus de se

conformer aux règles fixées par le Roi, sur avis de la FSMA et de la Banque.

§ 2. Par dérogation au paragraphe 1er, les entreprises d'assurances de l'EEE doivent se conformer, pour l'établissement et l'application de leurs tarifs, à la législation de leur Etat membre d'origine.

L'alinéa 1er ne porte toutefois pas atteinte à l'obligation pour les entreprises d'assurances de l'EEE de se conformer aux règles impératives d'intérêt général prévues par le droit belge qui instaurent un cadre technique pour le développement de tarifs au sein duquel les entreprises d'assurances doivent calculer leurs primes.

Art. 41. Si la Banque prend des mesures [1 conformément à l'article 504 de la loi du 13 mars 2016]¹, le relèvement d'un tarif s'applique aux contrats souscrits à partir de la notification de la décision de la Banque et, sans préjudice du droit à la résiliation du preneur d'assurance, il s'applique également aux primes et cotisations de contrats en cours, qui viennent à échéance à partir du premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision de la Banque.

(1)<L 2016-03-13/07, art. 727, 004; En vigueur : 23-03-2016; voir aussi l'art. 756>

CHAPITRE 2. - De la segmentation

Art. 42. Les dispositions du présent chapitre portent sur les contrats d'assurance dont le risque ou l'engagement est situé en Belgique.

Art. 43. § 1er. Les articles 44 à 46 sont applicables aux contrats d'assurance énumérés ci-dessous, dans la mesure où le preneur d'assurance est un consommateur au sens de l'[1 article I.1, 2° du même Code]¹ :

- L'assurance obligatoire de la responsabilité en matière de véhicules automoteurs;
- L'assurance contre l'incendie et autres périls en ce qui concerne les habitations présentant un risque simple au sens de l'article 5 de l'arrêté royal du 31 décembre 1992 portant exécution de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre;
- L'assurance couvrant la responsabilité civile extra-contractuelle relative à la vie privée;
- L'assurance protection juridique;
- L'assurance individuelle sur la vie; et
- Le contrat d'assurance maladie visé à l'article 201, § 1er, 1°.

§ 2. Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, pris sur avis de la FSMA, étendre l'application de tout ou partie du présent chapitre à d'autres contrats d'assurance.

§ 3. Le présent chapitre s'applique sans préjudice des obligations imposées par la partie 4 de la présente loi et les arrêtés et/ou règlements pris pour son exécution.

(1)<L 2015-10-26/06, art. 84, 003; En vigueur : 09-11-2015>

Art. 44. Toute segmentation opérée sur le plan de l'acceptation, de la tarification et/ou de l'étendue de la garantie doit être objectivement justifiée par un objectif légitime, et les moyens de réaliser cet objectif doivent être appropriés et nécessaires.

Art. 45. § 1er. L'assureur publie sur son site web, par type de contrat d'assurance tel que visé à l'article 43, § 1er, les critères qu'il utilise dans le cadre de la segmentation opérée sur le plan de l'acceptation, de la tarification et/ou de l'étendue de la garantie. L'assureur explique sur son site web, de manière claire et compréhensible pour le preneur d'assurance, la raison pour laquelle il utilise ces critères.

§ 2. Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, pris sur avis de la FSMA, déterminer, le cas échéant par type de contrat d'assurance, les critères de segmentation qui peuvent être utilisés par l'assureur, ou indiquer, le cas échéant par type de contrat d'assurance, les critères de segmentation qui ne peuvent pas l'être.

Art. 46. § 1er. Dans son offre au preneur d'assurance, l'assureur mentionne les critères de segmentation qu'il a utilisés pour déterminer les conditions tarifaires du contrat et l'étendue de la garantie. Cette information est fournie individuellement et de manière claire et compréhensible pour le preneur d'assurance.

Dans son explication concernant les critères de segmentation utilisés, l'assureur opère une distinction entre :

- les critères utilisés pour déterminer les conditions qui seront applicables lors de la prise de cours du contrat; et
- les critères susceptibles d'avoir, dans le futur, un impact sur les conditions du contrat.

§ 2. Lorsque l'assureur décide, pendant la durée du contrat d'assurance, de transmettre au preneur d'assurance, en raison de la modification d'un risque, une proposition de modification des conditions tarifaires ou de la garantie accordée, il doit, sans préjudice d'autres obligations légales éventuelles, présenter sa proposition au preneur d'assurance par écrit, de manière expresse et motivée.

La proposition et sa motivation doivent être communiquées au preneur d'assurance individuellement et formulées dans un langage clair et compréhensible pour ce dernier. Dans la motivation, l'assureur expose en particulier les données, communiquées ou non par le preneur d'assurance, qu'il a utilisées lors de l'évaluation du risque modifié, ainsi que les critères de segmentation qu'il a appliqués, et qui l'ont amené à formuler sa proposition. La proposition explique également, de manière claire et compréhensible pour le preneur d'assurance, ce qu'il advient du contrat d'assurance en cours selon que le preneur d'assurance décide de donner suite ou non à la proposition.

§ 3. Lorsque l'assureur décide, pendant la durée du contrat d'assurance, de résilier celui-ci en raison de la modification d'un risque, il doit, sans préjudice d'autres obligations légales éventuelles, en aviser le preneur d'assurance par écrit, de manière expresse et motivée, sauf dans les cas visés à l'article 57, §§ 3, 4 et 5.

Cette décision et sa motivation doivent être communiquées au preneur d'assurance individuellement et formulées dans un langage clair et compréhensible pour ce dernier. Dans la motivation, l'assureur expose en particulier les données, communiquées ou non par le preneur d'assurance, qu'il a utilisées lors de l'évaluation du risque, ainsi que les critères de segmentation qu'il a appliqués, et qui l'ont amené à prendre sa décision.

§ 4. Lorsqu'un assureur décide de refuser l'octroi d'une assurance, il doit en aviser le preneur d'assurance par écrit, de manière expresse et motivée.

Cette décision et sa motivation doivent être communiquées au preneur d'assurance individuellement et formulées dans un langage clair et compréhensible pour ce dernier. Dans la motivation, l'assureur expose en particulier les données, communiquées ou non par le preneur d'assurance, qu'il a utilisées lors de l'évaluation du risque, ainsi que les critères de segmentation qu'il a appliqués, et qui l'ont amené à prendre sa décision.

Dans le cas où la communication du motif de son refus serait susceptible de porter gravement préjudice à l'activité de l'assureur ou dans le cas où cette communication l'amènerait à enfreindre une obligation de secret imposée par la loi, l'assureur n'est pas tenu, moyennant le respect des conditions décrites dans l'alinéa suivant, de communiquer le motif spécifique sous-tendant sa décision de refus.

Lorsque la non-communication du motif de refus au candidat preneur d'assurance ne peut être justifiée par le respect d'une obligation de secret imposée par la loi, l'assureur ne peut se prévaloir de l'exception à l'obligation de motivation telle que prévue à l'alinea précédent qu'à la condition que le motif de refus sous-tendant sa décision figure dans une liste limitative de motifs de refus confidentiels qui aura été préalablement communiquée à la FSMA et approuvée par celle-ci. L'assureur tient en outre de manière centralisée, dans l'un de ses établissements belges ou, s'il ne dispose pas d'un établissement belge, à son siège principal situé au sein de l'EEE ou en tout autre lieu préalablement approuvé par la FSMA, une liste des assurances qu'il a refusées dont le motif spécifique sous-tendant sa décision de refus n'a pas été communiqué, en mentionnant le motif de refus concerné, tel que celui-ci figurait dans la liste de motifs de refus confidentiels préalablement transmise à la FSMA, ou en se référant à la base légale régissant son obligation de secret.

§ 5. Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, pris sur avis de la FSMA, imposer des règles supplémentaires concernant le contenu précis de la motivation visée dans les paragraphes précédents, la manière dont la décision doit être communiquée et les délais à respecter par les assureurs.

[CHAPITRE 3.](#) [¹ - Données à caractère personnel concernant le mode de vie ou la santé de l'assuré issues d'objets connectés]¹

(1)<Inséré par L 2020-12-10/32, art. 2, 023; En vigueur : 25-01-2021>

[Art. 46/1.](#) [¹ Les dispositions du présent chapitre, prises en application de l'article 9.4 du Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE, sont applicables aux contrats d'assurance énumérés ci-dessous :

- 1° l'assurance individuelle sur la vie ;
- 2° le contrat d'assurance maladie visé à l'article 201, § 1er.]¹

(1)<Inséré par L 2020-12-10/32, art. 3, 023; En vigueur : 25-01-2021>

[Art. 46/2.](#) [¹ Lors de la conclusion du contrat visé à l'article 46/1, le refus du candidat assuré d'acquérir ou d'utiliser un objet connecté qui récolte des données à caractère personnel concernant son mode de vie ou sa santé ne peut en aucun cas conduire à un refus d'assurance ni à une augmentation du coût du produit d'assurance.]¹

(1)<Inséré par L 2020-12-10/32, art. 4, 023; En vigueur : 25-01-2021>

[Art. 46/3.](#) [¹ Aucune segmentation ne peut être opérée sur le plan de l'acceptation, de la tarification et/ou de l'étendue de la garantie sur la base de la condition que le candidat assuré accepte d'acquérir ou d'utiliser un objet connecté qui récolte des données à caractère personnel concernant son mode de vie ou sa santé, accepte de partager des informations récoltées par un tel objet connecté, ni sur la base de l'utilisation par l'assureur de telles informations.]¹

(1)<Inséré par L 2020-12-10/32, art. 5, 023; En vigueur : 25-01-2021>

TITRE IV. - La participation aux bénéfices

[Art. 47.](#) Les dispositions du présent titre portent sur les contrats d'assurance dont le risque ou l'engagement

est situé en Belgique.

Art. 48. La participation aux bénéfices ne peut être mentionnée dans les publicités et autres documents de commercialisation que pour autant que l'assureur ait l'obligation légale ou contractuelle de prévoir une participation aux bénéfices et que le droit à la participation aux bénéfices dans le cadre d'un contrat individuel ne dépende pas du pouvoir de décision discrétionnaire de l'assureur.

[¹] [²] Nonobstant l'alinéa 1er, la participation aux bénéfices peut être mentionnée dans les publicités et autres documents de commercialisation si l'assureur n'a ni l'obligation légale, ni l'obligation contractuelle de prévoir une participation aux bénéfices et/ou si le droit à la participation aux bénéfices dans le cadre d'un contrat individuel dépend du pouvoir de décision discrétionnaire de l'assureur, moyennant le respect des conditions suivantes:

1° il y a lieu d'y mentionner explicitement que l'assureur n'a ni l'obligation légale, ni l'obligation contractuelle de prévoir une participation aux bénéfices et/ou que le droit à la participation aux bénéfices dans le cadre d'un contrat individuel dépend du pouvoir de décision discrétionnaire de l'assureur;

2° il y a lieu d'y mentionner explicitement que la participation aux bénéfices n'est pas garantie et que celle-ci peut changer chaque année;

3° il ne peut être fait mention de prévisions pour le futur, ni y être fait référence.]²

La FSMA peut, par voie de règlement, préciser les modalités de l'alinéa précédent.]¹

(1)<L 2016-06-29/01, art. 75, 005; En vigueur : 16-07-2016>

(2)<L 2018-07-30/47, art. 71, 013; En vigueur : 15-09-2018>

Art. 49.[¹] Le Roi fixe, sur avis de la FSMA et de la Banque, les règles à respecter par les assureurs en ce qui concerne la participation aux bénéfices.]¹

Avant la conclusion du contrat d'assurance, l'assureur informe le candidat preneur d'assurance individuellement sur le point de savoir si et à quelles conditions un droit de participation aux bénéfices existe en faveur des contrats d'assurance. Les modalités de calcul et d'attribution de la participation aux bénéfices lui sont exposées.

(1)<L 2016-06-29/01, art. 76, 005; En vigueur : 16-07-2016>

Art. 50. § 1er. Le preneur d'assurance reçoit au moins une fois par an une information sur la situation de la participation aux bénéfices et est tenu informé pendant toute la durée du contrat de toute modification concernant cette situation.

§ 2. Dans le cas où l'assureur, en rapport avec l'offre ou la conclusion d'un contrat d'assurance du groupe d'activités "vie", communique des projections concernant la participation aux bénéfices, il fournit au preneur d'assurance un exemple de calcul dans lequel le possible versement à échéance est exposé sur la base d'un calcul appliquant trois taux d'intérêt différents. Ceci ne s'applique pas aux assurances décès temporaires. L'assureur informe le preneur d'assurance, de manière claire et compréhensible, que cet exemple de calcul n'est que l'application d'un modèle fondé sur de pures hypothèses et que le preneur d'assurance ne tire de cet exemple de calcul aucun droit contractuel.

§ 3. Dans le cas d'assurances avec participation aux bénéfices, l'assureur informe le preneur d'assurance, annuellement et par écrit, de la situation des droits du preneur d'assurance, en incluant la participation aux bénéfices. En outre, lorsqu'il a communiqué des projections concernant la participation aux bénéfices, l'assureur informe le preneur d'assurance des différences entre l'évolution constatée et les données initiales.

§ 4. L'assureur transmet à la FSMA une copie des communications faites au preneur d'assurance conformément aux paragraphes précédents.

Art. 51.§ 1er. Si la participation aux bénéfices est mentionnée dans les publicités et/ou autres documents de commercialisation, [¹] conformément à l'article 48, alinéa 1er,]¹ l'assureur établit, à titre d'information pour les preneurs d'assurance, un plan de participation aux bénéfices. L'assureur met ce plan à la disposition du candidat preneur d'assurance avant la conclusion du contrat d'assurance. Toutes modifications apportées ultérieurement à ce plan, dans la mesure où elles ont une incidence sur les contrats d'assurance, sont communiquées sans délai, par écrit, aux preneurs d'assurance.

§ 2. Ce plan de participation aux bénéfices expose, en des termes clairs pour le preneur d'assurance, les éléments suivants :

- le mode de calcul du bénéfice distribuable total;
- la manière de déterminer si et à concurrence de quel montant ce bénéfice distribuable sera versé ou attribué aux actionnaires et à la collectivité des contrats d'assurance prévoyant une participation aux bénéfices;
- le mode d'établissement de la clé de répartition entre les actionnaires et la collectivité des contrats d'assurance qui sera appliquée; et
- les critères sur la base desquels la participation aux bénéfices sera attribuée aux contrats d'assurance distincts et les conditions auxquelles cette attribution s'effectuera.

§ 3. La répartition, entre les contrats d'assurance distincts, du bénéfice attribué à la collectivité des contrats d'assurance doit s'effectuer dans le respect de l'équité entre preneurs d'assurance.

§ 4. Le Roi peut, par arrêté pris sur avis de la FSMA et de la Banque, préciser le contenu du plan de participation aux bénéfices et déterminer les critères que l'assureur peut ou doit appliquer lors de l'attribution de la participation aux bénéfices aux contrats d'assurance distincts.

Art. 52. § 1er. Les informations visées aux articles 48 à 51 doivent être formulées de manière claire et précise, par écrit, et être fournies dans une des langues officielles de la Belgique.

Ces informations peuvent toutefois être fournies au preneur d'assurance dans une autre langue si celui-ci le demande ou s'il a la liberté de choisir le droit applicable.

§ 2. Le Roi peut, par arrêté pris sur avis de la FSMA, préciser le contenu et le mode de communication des informations visées aux articles 48 à 51.

Art. 53. Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, pris sur avis de la FSMA et de la Banque, prévoir, pour une ou plusieurs activités d'assurance, des dispositions précisant :

1° qu'une partie du bénéfice distribuable doit être répartie au sein de la collectivité des contrats d'assurance, et selon quelles modalités cette partie du bénéfice ainsi que la clé de répartition entre les actionnaires et la collectivité des contrats doivent être calculées;

2° à quelles conditions la répartition des bénéfices en faveur des contrats d'assurance n'emporte pas la renonciation définitive à ces montants dans le chef de l'entreprise d'assurances, de sorte que celle-ci pourra encore les utiliser, pendant une période limitée dans le temps, aux fins du respect des exigences légales en matière de solvabilité;

3° à quel moment les montants attribués sont réputés définitivement acquis par les bénéficiaires;

4° de quelle manière les éléments mentionnés dans les points ci-dessus doivent être traités dans la comptabilité de l'entreprise d'assurances.

PARTIE 4. - LE CONTRAT D'ASSURANCE TERRESTRE

TITRE Ier. - Champ d'application et définitions

Champ d'application

Art. 54. Les dispositions de la présente partie s'appliquent à tous les contrats d'assurance terrestre régis par le droit belge, dans la mesure où il n'y est pas dérogé par des lois particulières.

Elles ne s'appliquent ni à la réassurance, ni aux assurances des transports de marchandises, assurances bagages et déménagements exceptées.

Définitions

Art. 55. Au sens de la présente partie, l'on entend par :

1° "personne lésée" : dans une assurance de responsabilité, la personne victime d'un dommage dont l'assuré est responsable;

2° "prestation d'assurance" : le montant payable ou le service à fournir par l'assureur en exécution du contrat d'assurance;

3° "assurance à caractère indemnitaire" : celle dans laquelle l'assureur s'engage à fournir la prestation nécessaire pour réparer tout ou partie d'un dommage subi par l'assuré ou dont celui-ci est responsable;

4° "assurance à caractère forfaitaire" : celle dans laquelle la prestation de l'assureur ne dépend pas de l'importance du dommage;

5° "demande d'assurance" : un formulaire émanant de l'assureur par lequel celui-ci offre de prendre le risque en charge provisoirement, à la demande du preneur d'assurance;

6° "proposition d'assurance" : un formulaire émanant de l'assureur, à remplir par le preneur d'assurance, et destiné à éclairer l'assureur sur la nature de l'opération et sur les faits et circonstances qui constituent pour lui des éléments d'appréciation du risque;

7° "police présignée" : une police d'assurance signée préalablement par l'assureur et contenant une offre de contracter aux conditions qui y sont décrites, éventuellement complétées par les spécifications que le preneur d'assurance mentionne aux endroits prévus à cet effet;

8° "réduction en assurance à caractère indemnitaire" : une sanction consistant pour l'assureur à diminuer sa prestation, eu égard au manquement, par le preneur d'assurance ou l'assuré, à l'une des obligations découlant du contrat d'assurance.

Règles impératives

Art. 56. Sauf lorsque la possibilité d'y déroger par des conventions particulières résulte de leur rédaction même, les dispositions de la présente partie sont impératives.

TITRE II. - Le contrat d'assurance en général

CHAPITRE 1er. - Dispositions communes à tous les contrats

Section Ire. - Conclusion du contrat

Proposition d'assurance, police présignée et demande d'assurance

Art. 57. § 1er. La proposition d'assurance n'engage ni le candidat preneur d'assurance ni l'assureur à conclure le contrat. Si dans les trente jours de la réception de la proposition, l'assureur n'a pas notifié au candidat preneur d'assurance, soit une offre d'assurance, soit la subordination de l'assurance à une demande d'enquête, soit le refus d'assurer, il s'oblige à conclure le contrat sous peine de dommages et intérêts. Ces dispositions, ainsi que la mention selon laquelle la signature de la proposition ne fait pas courir la couverture, doivent figurer expressément dans la proposition d'assurance.

§ 2. En cas de police présignée ou de demande d'assurance, le contrat est formé dès la signature de l'un de ces documents par le preneur d'assurance.

Sauf convention contraire, la garantie prend cours le lendemain de la réception par l'assureur de la police présignée ou de la demande. L'assureur communiquera cette date au preneur d'assurance.

§ 3. Sauf pour les contrats d'une durée inférieure à trente jours, le preneur d'assurance doit disposer de la faculté de résilier le contrat, avec effet immédiat au moment de la notification, dans un délai de trente jours pour les contrats d'assurance sur la vie et pour les opérations de capitalisation et dans un délai de quatorze jours pour les autres contrats d'assurance, à compter de la prise de cours du contrat. Cette faculté doit expressément être mentionnée dans les conditions de la police. Dans le cas de contrats qui ne sont ni des contrats d'assurance sur la vie ni des opérations de capitalisation, le preneur d'assurance ne dispose de cette faculté que si le contrat a été formé par la voie d'une police présignée ou d'une demande d'assurance.

§ 4. Sauf pour les contrats d'une durée inférieure à trente jours, l'assureur peut résilier le contrat qui a été formé via une police présignée ou une demande d'assurance, dans un délai de trente jours pour les contrats d'assurance sur la vie et de quatorze jours pour les autres contrats d'assurance, à compter de la réception de la police présignée ou de la demande, la résiliation devenant effective huit jours après sa notification. Ces dispositions doivent expressément être mentionnées dans les conditions de la police présignée ou de la demande. La demande et la proposition doivent être signées séparément.

§ 5. Tout contrat d'assurance à distance, au sens du [1 titre 3, chapitre 2, du Livre VI du même Code]¹, est conclu quand l'assureur reçoit l'acceptation du preneur d'assurance.

Le preneur d'assurance et l'assureur disposent d'un délai de quatorze jours pour résilier le contrat d'assurance, sans pénalité et sans obligation de motivation. Toutefois, pour les contrats d'assurance sur la vie, ce délai est porté à trente jours.

Le délai dans lequel peut s'exercer le droit de résiliation commence à courir :

- à compter du jour de la conclusion du contrat d'assurance, sauf pour les contrats d'assurance sur la vie, pour lesquels le délai commence à courir au moment où le preneur d'assurance est informé par l'assureur que le contrat d'assurance a été conclu;

- à compter du jour où le preneur d'assurance reçoit les conditions contractuelles et toutes autres informations complémentaires, si ce dernier jour est postérieur à celui visé au premier tiret.

La résiliation émanant du preneur d'assurance prend effet au moment de la notification, celle émanant de l'assureur huit jours après sa notification.

Le droit de résiliation ne s'applique pas aux polices d'assurance de voyage ou de bagages ou aux polices d'assurance similaires à court terme d'une durée inférieure à un mois, ni aux contrats d'assurance sur la vie, liés à un fonds d'investissement.

§ 6. Le Roi peut, sur avis de la FSMA et de la Banque, préciser les modalités applicables en cas d'exercice du droit de résiliation visé aux paragraphes 3, 4 et 5.

§ 7. Dès leur réception, l'assureur procédera au datage systématique des propositions d'assurance, des polices présignées et des demandes d'assurance.

(1)<L 2015-10-26/06, art. 85, 003; En vigueur : 09-11-2015>

Obligation de déclaration

Art. 58. Le preneur d'assurance a l'obligation de déclarer exactement, lors de la conclusion du contrat, toutes les circonstances connues de lui et qu'il doit raisonnablement considérer comme constituant pour l'assureur des éléments d'appréciation du risque. Toutefois, il ne doit pas déclarer à l'assureur les circonstances déjà connues de celui-ci ou que celui-ci devrait raisonnablement connaître. Les données génétiques ne peuvent pas être communiquées.

S'il n'est point répondu à certaines questions écrites de l'assureur et si ce dernier a néanmoins conclu le contrat, il ne peut, hormis le cas de fraude, se prévaloir ultérieurement de cette omission.

Omission ou inexactitude intentionnelles

Art. 59. Lorsque l'omission ou l'inexactitude intentionnelles dans la déclaration induisent l'assureur en erreur sur les éléments d'appréciation du risque, le contrat d'assurance est nul.

Les primes échues jusqu'au moment où l'assureur a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude intentionnelles lui sont dues.

Omission ou inexactitude non intentionnelles

Art. 60. § 1er. Lorsque l'omission ou l'inexactitude dans la déclaration ne sont pas intentionnelles, le contrat

n'est pas nul.

L'assureur propose, dans le délai d'un mois à compter du jour où il a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude, la modification du contrat avec effet au jour où il a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude.

Si l'assureur apporte la preuve qu'il n'aurait en aucun cas assuré le risque, il peut résilier le contrat dans le même délai.

Si la proposition de modification du contrat est refusée par le preneur d'assurance ou si, au terme d'un délai d'un mois à compter de la réception de cette proposition, cette dernière n'est pas acceptée, l'assureur peut résilier le contrat dans les quinze jours.

L'assureur qui n'a pas résilié le contrat ni proposé sa modification dans les délais indiqués ci-dessus ne peut plus se prévaloir à l'avenir des faits qui lui sont connus.

§ 2. Si l'omission ou la déclaration inexacte ne peut être reprochée au preneur d'assurance et si un sinistre survient avant que la modification du contrat ou la résiliation ait pris effet, l'assureur doit fournir la prestation convenue.

§ 3. Si l'omission ou la déclaration inexacte peut être reprochée au preneur d'assurance et si un sinistre survient avant que la modification du contrat ou la résiliation ait pris effet, l'assureur n'est tenu de fournir une prestation que selon le rapport entre la prime payée et la prime que le preneur d'assurance aurait dû payer s'il avait régulièrement déclaré le risque.

Toutefois, si lors d'un sinistre, l'assureur apporte la preuve qu'il n'aurait en aucun cas assuré le risque dont la nature réelle est révélée par le sinistre, sa prestation est limitée au remboursement de la totalité des primes payées.

§ 4. Si une circonstance inconnue des deux parties lors de la conclusion du contrat vient à être connue en cours d'exécution de celui-ci, il est fait application de l'article 80 ou de l'article 81 suivant que ladite circonstance constitue une diminution ou une aggravation du risque assuré.

Information médicale

Art. 61. Le médecin choisi par l'assuré peut remettre à l'assuré qui en fait la demande, les certificats médicaux nécessaires à la conclusion ou à l'exécution du contrat. Ces certificats se limitent à une description de l'état de santé actuel.

Ces certificats ne peuvent être remis qu'au médecin-conseil de l'assureur. Ce dernier ne peut communiquer aucune information non pertinente eu égard au risque pour lequel les certificats ont été établis ou relative à d'autres personnes que l'assuré.

L'examen médical, nécessaire à la conclusion et à l'exécution du contrat, ne peut être fondé que sur les antécédents déterminant l'état de santé actuel du candidat-assuré et non sur des techniques d'analyse génétique propres à déterminer son état de santé futur.

Pour autant que l'assureur justifie de l'accord préalable de l'assuré, le médecin de celui-ci transmet au médecin-conseil de l'assureur un certificat établissant la cause du décès.

Lorsqu'il n'existe plus de risque pour l'assureur, le médecin-conseil restitue, à leur demande, les certificats médicaux à l'assuré ou, en cas de décès, à ses ayants droit.

Section Ibis. [1 - Droit à l'oubli.]¹

(1)<Inséré par L 2019-04-04/26, art. 2, 019; En vigueur : 01-02-2020>

Sous-section 1re. [1 - Champ d'application]¹

(1)<Inséré par L 2022-10-30/02, art. 3, 027; En vigueur : 27-11-2022>

Art. 61/1.[¹ Les dispositions de la présente section sont applicables:

1° aux contrats d'assurance qui garantissent le remboursement du capital:

- a) d'un crédit hypothécaire visé à l'article 224;
- b) d'un crédit professionnel;

2° aux contrats d'assurance incapacité de travail visés à l'article 201, § 1er, 2°, qu'ils soient ou non liés à une activité professionnelle.]¹

[² 3° à l'assurance annulation voyage, qui rembourse en tout ou en partie les personnes assurées en cas d'annulation d'un voyage pour des raisons médicales, familiales ou professionnelles.]²

(1)<L 2022-10-30/02, art. 3, 027; En vigueur : 27-11-2022> 7

(2)<L 2025-01-20/06, art. 2, 038; En vigueur : 01-06-2026>

Section 1/1. [¹ Document d'information]¹

(1)<Inséré par L 2025-01-20/06, art. 4, 038; En vigueur : 01-06-2026>

Art. 61/1. [1] L'entreprise d'assurances fournit au candidat assuré, de sa propre initiative, par écrit et de manière claire, explicite et non équivoque, des informations concernant les dispositions de la présente section, le Bureau du suivi de la tarification visé à l'article 217 et la Caisse de compensation agréée conformément à l'article 220, sous la forme d'un document d'information standardisé. Ce document d'information est transmis au candidat assuré au moins en même temps que le questionnaire médical et conjointement avec ce dernier. Il est également publié sur le site internet de l'entreprise d'assurances.

Le Roi peut, après avoir recueilli l'avis du Centre fédéral d'expertise des soins de santé, déterminer la forme et les lignes directrices concernant le contenu du document d'information standardisé.]¹

(1)<Inséré par L 2025-01-20/06, art. 4, 038; En vigueur : 01-06-2026>

Sous-section 2. [1 - Assurance solde restant dû]¹

(1)<Inséré par L 2022-10-30/02, art. 4, 027; En vigueur : 27-11-2022>

Art. 61/2.[1] § 1er. [2] ans préjudice de l'article 58, les personnes qui sont ou ont été atteintes d'une pathologie cancéreuse, quel qu'en soit le type, et qui veulent contracter une assurance telle que visée à l'article 61/1, 1°, ne doivent plus, à l'expiration d'un délai de cinq ans après la fin d'un traitement réussi et en l'absence de rechute dans ce délai, déclarer cette pathologie à leur assureur]².

§ 2.[2] Si l'entreprise d'assurances a connaissance de la pathologie cancéreuse visée au paragraphe 1er, il lui est interdit, à l'expiration d'un délai de cinq ans après la fin d'un traitement réussi et en l'absence de rechute dans ce délai, de prendre en compte cette pathologie cancéreuse pour déterminer l'état de santé actuel, tel que visé à l'article 61]².

Si la personne était âgée de moins de 21 ans au moment où la pathologie cancéreuse a été diagnostiquée, le délai visé à l'alinéa 1er est de cinq ans maximum.

Le délai visé à l'alinéa 1er est ramené à cinq ans le 1er janvier 2025.

§ 3. Par la fin d'un traitement réussi, on entend la date de la fin du traitement actif de la pathologie cancéreuse, en l'absence d'une nouvelle apparition du cancer.

L'entreprise d'assurance ne peut exclure du contrat d'assurance cette pathologie cancéreuse ou refuser l'assurance en raison de ladite pathologie cancéreuse.]¹

(1)<L 2022-10-30/02, art. 5, 027; En vigueur : 27-11-2022>

(2)<L 2025-01-20/06, art. 5, 038; En vigueur : 01-06-2026>

Art. 61/3.[1] § 1er. Pour autant qu'il en soit justifié objectivement et raisonnablement au regard de la technique médicale et assurantielle, sur la base de données scientifiques, le Roi peut déterminer, dans une grille de référence, certains types d'affections cancéreuses pour lesquelles le délai visé à l'article 61/2, § 2, est adapté en fonction de catégories d'âge et/ou types d'affection cancéreuse. Le délai adapté ne peut toutefois pas excéder huit ans. Si la personne était âgée de moins de 21 ans au moment où l'affection cancéreuse a été diagnostiquée, le délai adapté ne peut pas excéder cinq ans.

Après le délai mentionné dans la grille de référence, il est interdit à l'entreprise d'assurance de tenir compte de ces affections lors de la détermination de l'état de santé actuel.

§ 2. Pour autant qu'il en soit justifié objectivement et raisonnablement au regard de la technique médicale et assurantielle, sur la base de données scientifiques, le Roi peut, sur proposition du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé et après avis du Bureau du suivi de la tarification visé à l'article 217, adapter la grille de référence à certains types d'affections cancéreuses, le cas échéant en déterminant les modalités suivant lesquelles, le délai visé à l'article 61/2, § 2, peut être adapté. Le délai adapté ne peut toutefois pas excéder huit ans. Si la personne était âgée de moins de 21 ans au moment où l'affection cancéreuse a été diagnostiquée, le délai adapté ne peut pas excéder cinq ans.

Après le délai mentionné dans la grille de référence, il est interdit à l'entreprise d'assurance de tenir compte de ces affections lors de la détermination de l'état de santé actuel.]¹

(1)<L 2022-10-30/02, art. 6, 027; En vigueur : 27-11-2022>

Art. 61/4.[1] § 1er. Pour autant qu'il en soit justifié objectivement et raisonnablement au regard de la technique médicale et assurantielle, sur la base de données scientifiques, le Roi peut déterminer, dans une grille de référence, un certain nombre de maladies chroniques pour lesquelles, le cas échéant, selon certaines modalités:

1° l'entreprise d'assurance ne peut ni imputer une surprime, ni prévoir une exclusion ou refuser de conclure le contrat en raison de cette affection;

2° l'entreprise d'assurance peut imputer une surprime en raison de cette affection. Le Roi détermine également le niveau auquel cette surprime est justifiée au regard de la technique médicale et assurantielle.

§ 2. Pour autant qu'il en soit justifié objectivement et raisonnablement au regard de la technique médicale et assurantielle, sur la base de données scientifiques, le Roi peut, sur proposition du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé et après avis du Bureau du suivi de la tarification visé à l'article 217, adapter la grille de référence

pour des affections chroniques particulières, et déterminer après quels délais et suivant quelles modalités:

1° l'entreprise d'assurance ne peut imputer aucune surprime, ni prévoir une exclusion ou refuser de conclure le contrat en raison de cette affection;

2° l'entreprise d'assurance peut imputer une surprime en raison de cette affection. Le Roi détermine également le niveau auquel cette surprime est justifiée au regard de la technique médicale et assurantielle.]¹

(1)<L 2022-10-30/02, art. 7, 027; En vigueur : 27-11-2022>

Art. 61/5. [¹ § 1er. Tous les deux ans, le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé évalue la grille de référence en fonction du progrès médical et des données scientifiques disponibles relatives aux pathologies visées aux articles 61/3 et 61/4. Il communique sa proposition d'adaptation de la grille de référence au Bureau du suivi de la tarification visé à l'article 217. Ce Bureau du suivi de la tarification transmet la proposition accompagnée de son avis au ministre qui a les Assurances dans ses attributions, ainsi qu'au ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions.

Pour autant qu'il en soit justifié objectivement et raisonnablement au regard de la technique médicale et assurantielle, sur la base de données scientifiques, le Roi peut adapter la grille de référence.

§ 2. Le Roi peut adapter le délai visé au paragraphe 1er et déterminer l'objet de la proposition d'adaptation.]¹

(1)<Inséré par L 2022-10-30/02, art. 8, 027; En vigueur : 27-11-2022>

Art. 61/6. [¹ Le financement de la mission d'avis du Bureau du suivi de la tarification sur les propositions du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé concernant le droit à l'oubli, visées aux articles 61/3 à 61/5, est à charge de la Caisse de compensation agréée conformément à l'article 220.]¹

(1)<Inséré par L 2022-10-30/02, art. 9, 027; En vigueur : 27-11-2022>

Art. 61/7. [¹ Sans préjudice de la compétence des cours et tribunaux, les litiges relatifs à l'application des dispositions de la présente sous-section sont d'abord soumis, par la partie la plus diligente, au Bureau du suivi de la tarification visé à l'article 217. Le Bureau du suivi de la tarification donne son avis dans un délai de quinze jours ouvrables prenant cours à la date de la réception du dossier complet. Sur simple demande du Bureau, l'entreprise d'assurance transmet son dossier.

Le financement de la mission d'avis du Bureau du suivi de la tarification sur les litiges visés à l'alinéa 1er est à charge de la Caisse de compensation agréée conformément à l'article 220.]¹

(1)<Inséré par L 2022-10-30/02, art. 10, 027; En vigueur : 27-11-2022>

Sous-section 3. [¹ - Assurance incapacité de travail]¹

(1)<Inséré par L 2022-10-30/02, art. 11, 027; En vigueur : 27-11-2022>

Art. 61/8. [¹ § 1er. ² Sans préjudice de l'article 58, les personnes qui sont ou ont été atteintes d'une pathologie cancéreuse, quel qu'en soit le type, et qui veulent contracter une assurance telle que visée à l'article 61/1, 2°, ne doivent plus, à l'expiration d'un délai de cinq ans après la fin d'un traitement réussi et en l'absence de rechute et d'incapacité de travail à la suite de la pathologie cancéreuse dans ce délai, déclarer cette pathologie à leur assureur]².

§ 2. [² Si l'entreprise d'assurances a connaissance de la pathologie cancéreuse visée au paragraphe 1er, il lui est interdit, à l'expiration d'un délai de cinq ans après la fin d'un traitement réussi et en l'absence de rechute et d'incapacité de travail à la suite de la pathologie cancéreuse dans ce délai, de prendre en compte cette pathologie cancéreuse pour déterminer l'état de santé actuel, tel que visé à l'article 61].²

§ 3. Par la fin d'un traitement réussi, on entend la date de la fin du traitement actif de la pathologie cancéreuse, en l'absence d'une nouvelle apparition du cancer.

L'entreprise d'assurance ne peut exclure du contrat d'assurance cette pathologie cancéreuse ou refuser l'assurance en raison de ladite pathologie cancéreuse.]¹

(1)<Inséré par L 2022-10-30/02, art. 12, 027; En vigueur : 27-11-2022>

(2)<L 2025-01-20/06, art. 6, 038; En vigueur : 01-06-2026>

Art. 61/9. [¹ § 1er. Nonobstant les articles 61/8 et 61/10, l'entreprise d'assurance peut exclure de la couverture l'incapacité de travail économique ou physiologique permanente et/ou l'invalidité consécutive à un cancer qui existe au moment de la souscription du contrat d'assurance ou de l'affiliation à une assurance liée à l'activité professionnelle.

La proposition d'exclusion et sa motivation doivent être communiquées au candidat preneur d'assurance ou, le

cas échéant, au candidat assuré en termes clairs, précis et compréhensibles. Dans la motivation, l'assureur expose, en particulier, les données qu'il a utilisées, ainsi que les critères qu'il a appliqués et qui l'ont amené à formuler sa proposition.

§ 2. Le candidat preneur d'assurance qui n'est pas d'accord avec l'exclusion proposée en informe l'assureur. L'assureur transmet immédiatement l'ensemble du dossier au réassureur, en lui demandant de l'évaluer.

Pour autant qu'aucun élément nouveau ne soit transmis par le candidat assuré à l'assureur, le réassureur ne doit pas réévaluer la proposition de l'assureur pour autant qu'il ait déjà été consulté par celui-ci lors de l'examen du dossier par l'assureur et que son avis a été suivi.

Le réassureur décide sur la seule base du dossier transmis. Tout contact direct entre, d'une part, le réassureur et, d'autre part, le preneur d'assurance, l'assuré ou le médecin traitant est interdit.

Lorsque le réassureur confirme la décision de l'assureur, ce dernier confirme sa décision initiale au candidat à l'assurance.

Dans le cas contraire, l'assureur, s'il décide de conclure le contrat, suit la position du réassureur et modifie en ce sens la proposition d'assurance.

L'assureur dispose d'un délai de quinze jours à dater de la prise de connaissance du refus du candidat preneur d'assurance pour communiquer sa décision.

L'assureur en informe le candidat preneur d'assurance, et le cas échéant, le candidat assuré.

Le contrat d'assurance détermine en termes clairs, précis et compréhensibles l'exclusion et sa portée.]¹

(1)<Inséré par L 2022-10-30/02, art. 13, 027; En vigueur : 27-11-2022>

Art. 61/10. [¹ § 1er. Pour autant qu'il en soit justifié objectivement et raisonnablement au regard de la technique médicale et assurantielle, sur la base de données scientifiques, le Roi peut, sur proposition du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé et après avoir recueilli l'avis d'au moins un expert en technique assurantielle, déterminer, dans une grille de référence, certains types d'affections cancéreuses pour lesquelles le délai visé à l'article 61/8, § 2, est adapté. Le délai adapté ne peut toutefois pas excéder huit ans. Si la personne était âgée de moins de 21 ans au moment où l'affection cancéreuse a été diagnostiquée, le délai adapté ne peut pas excéder cinq ans.

Après le délai mentionné dans la grille de référence, il est interdit à l'entreprise d'assurance de tenir compte de ces affections lors de la détermination de l'état de santé actuel.

§ 2. Pour autant qu'il en soit justifié objectivement et raisonnablement au regard de la technique médicale et assurantielle, sur la base de données scientifiques, le Roi peut, sur proposition du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé et après avoir recueilli l'avis d'au moins un expert en technique assurantielle, adapter la grille de référence à certains types d'affections cancéreuses, le cas échéant en déterminant les modalités suivant lesquelles le délai visé à l'article 61/8, § 2, peut être adapté. Le délai adapté ne peut toutefois pas excéder huit ans. Si la personne était âgée de moins de 21 ans au moment où l'affection cancéreuse a été diagnostiquée, le délai adapté ne peut pas excéder cinq ans.

Après le délai mentionné dans la grille de référence, il est interdit à l'entreprise d'assurance de tenir compte de ces affections lors de la détermination de l'état de santé actuel.]¹

(1)<Inséré par L 2022-10-30/02, art. 14, 027; En vigueur : 27-11-2022>

Art. 61/11. [¹ § 1er. Pour autant qu'il en soit justifié objectivement et raisonnablement au regard de la technique médicale et assurantielle, sur la base de données scientifiques, le Roi peut, sur proposition du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé et après avoir recueilli l'avis d'au moins un expert en technique assurantielle, déterminer, dans une grille de référence, un certain nombre de maladies chroniques pour lesquelles, le cas échéant, selon certaines modalités:

1° l'entreprise d'assurance ne peut imputer aucune surprime, ni prévoir une exclusion ou refuser de conclure le contrat en raison de cette affection;

2° l'entreprise d'assurance peut imputer une surprime en raison de cette affection. Le Roi détermine également le niveau auquel cette surprime est justifiée au regard de la technique médicale et assurantielle.

§ 2. Pour autant qu'il en soit justifié objectivement et raisonnablement au regard de la technique médicale et assurantielle, sur la base de données scientifiques, le Roi peut, sur proposition du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé et après avoir recueilli l'avis d'au moins un expert en technique assurantielle, adapter la grille de référence reprenant un certain nombre de maladies chroniques et peut déterminer après quels délais et suivant quelles modalités:

1° l'entreprise d'assurance ne peut imputer aucune surprime, ni prévoir une exclusion ou refuser de conclure le contrat en raison de cette affection;

2° l'entreprise d'assurance peut imputer une surprime en raison de cette affection. Le Roi détermine également le niveau auquel cette surprime est justifiée au regard de la technique médicale et assurantielle.]¹

(1)<Inséré par L 2022-10-30/02, art. 15, 027; En vigueur : 27-11-2022>

Art. 61/12. [¹ § 1er. Tous les deux ans, le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé évalue la grille de

référence en fonction du progrès médical et des données scientifiques disponibles relatives aux pathologies visées aux articles 61/10 et 61/11. Il communique sa proposition au ministre qui a les Assurances dans ses attributions ainsi qu'au ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions.

Pour autant qu'il en soit justifié objectivement et raisonnablement au regard de la technique médicale et assurantielle, sur la base de données scientifiques, le Roi peut, sur proposition du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé, après avoir recueilli l'avis d'au moins un expert en technique assurantielle, adapter la grille de référence.

§ 2. Le Roi peut adapter le délai visé au paragraphe 1er et déterminer l'objet de la proposition d'adaptation.]¹

(1)<Inséré par L 2022-10-30/02, art. 16, 027; En vigueur : 27-11-2022>

Art. 61/13. [¹ § 1er. Sans préjudice des articles 61/10, 61/11 et 61/12, le Roi peut créer au sein du Bureau du suivi de la tarification visé à l'article 217, une section en charge de l'assurance incapacité de travail. Le Roi peut charger cette section d'émettre des avis sur les propositions du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé et de les amender afin que celles-ci répondent à la technique médicale et assurantielle.

Le Roi peut charger cette section du Bureau du suivi de la tarification d'émettre des avis dans le cadre des litiges relatifs à l'application de la présente sous-section et en fixer les modalités.

§ 2. Le financement des missions d'avis du Bureau du suivi de la tarification visées au paragraphe 1er, sont à charge du service ombudsman des assurances visé à l'article 322.

Tous les deux ans à dater de l'entrée en vigueur du présent article, le financement est réévalué sur la base d'un rapport du service de l'ombudsman des assurances au ministre qui a les Assurances dans ses attributions. Le Roi peut déterminer qu'une Caisse de compensation "maladie" doit pourvoir au financement de cette mission.]¹

(1)<Inséré par L 2022-10-30/02, art. 17, 027; En vigueur : 27-11-2022>

Sous-section 4. [¹ Assurance annulation voyage]¹

(1)<Inséré par L 2025-01-20/06, art. 8, 038; En vigueur : 01-06-2026>

Art. 61/14. [¹ . § 1er. Pour l'assurance visée à l'article 61/1, 3°, toute pathologie stable au moment de la réservation du voyage visée au paragraphe 3 est considérée comme oubliée en ce sens qu'en cas d'annulation ultérieure, cette pathologie ne pourra pas être invoquée par l'assureur pour ne pas accorder la garantie assurée.

§ 2. Sans préjudice de l'article 58, nulle personne atteinte d'une pathologie stable visée au paragraphe 3 n'est tenue de la déclarer à son assureur. Si l'entreprise d'assurance a connaissance d'une pathologie visée à l'alinéa 1er, il lui est interdit de prendre en compte cette pathologie pour déterminer l'état de santé actuel, tel que visé à l'article 61.

§ 3. Par pathologie stable, on entend toute pathologie qui ne nécessite aucun nouveau traitement médical ou médicamenteux durant le mois précédent la réservation du voyage et pour laquelle, selon le médecin traitant, il n'existe aucune contre-indication médicale à effectuer le voyage.

§ 4. Le Roi peut fixer les modalités d'application du présent article, notamment les modalités administratives et les procédures de vérification d'une pathologie stable]¹

(1)<Inséré par L 2025-01-20/06, art. 7, 038; En vigueur : 01-06-2026>

Art. 61/15. [¹ Sans préjudice de la compétence des cours et tribunaux, les litiges relatifs à l'application des dispositions de la présente sous-section sont d'abord soumis, par la partie la plus diligente, au Bureau du suivi de la tarification visé à l'article 217. Le Bureau du suivi de la tarification donne son avis dans un délai de quinze jours ouvrables prenant cours à la date de la réception du dossier complet. Sur simple demande du Bureau, l'entreprise d'assurance transmet son dossier.

Le financement de la mission d'avis du Bureau du suivi de la tarification sur les litiges visés à l'alinéa 1er est à charge de la Caisse de compensation agréée conformément à l'article 220.]¹

(1)<Inséré par L 2025-01-20/06, art. 1, 038; En vigueur : 01-06-2026>

Section II. - Etendue de la garantie

Dol et faute

Art. 62. Nonobstant toute convention contraire, l'assureur ne peut être tenu de fournir sa garantie à l'égard de quiconque a causé intentionnellement le sinistre.

L'assureur répond des sinistres causés par la faute, même lourde, du preneur d'assurance, de l'assuré ou du bénéficiaire. Toutefois, l'assureur peut s'exonérer de ses obligations pour les cas de faute lourde déterminés expressément et limitativement dans le contrat.

Le Roi peut établir une liste limitative des faits qui ne peuvent être qualifiés de faute lourde.

Guerre

Art. 63. Sauf convention contraire, l'assureur ne répond pas des sinistres causés par la guerre ou par des faits de même nature et par la guerre civile.

L'assureur doit faire la preuve du fait qui l'exonère de sa garantie.

Le Roi peut toutefois fixer des règles allégeant la charge de la preuve du fait qui exonère l'assureur de sa garantie.

Section III. - Preuve et contenu du contrat

Preuve et contenu du contrat

Art. 64. § 1er. Sous réserve de l'aveu et du serment, et quelle que soit la valeur des engagements, le contrat d'assurance ainsi que ses modifications se prouvent par écrit entre parties. Il n'est reçu aucune preuve par témoins ou par présomptions contre et outre le contenu de l'acte.

Toutefois, lorsqu'il existe un commencement de preuve par écrit, la preuve par témoins ou par présomptions est admise.

L'article [1 8.22]¹ du Code civil n'est pas applicable au contrat d'assurance ou à ses modifications.

§ 2. Le contrat d'assurance mentionne au moins :

1° la date à laquelle le contrat d'assurance est conclu et la date à laquelle l'assurance prend cours;

2° la durée du contrat;

3° l'identité du preneur d'assurance et, le cas échéant, de l'assuré et du bénéficiaire;

4° le nom et l'adresse de l'assureur ou des coassureurs;

5° le cas échéant, le nom et l'adresse de l'intermédiaire d'assurance;

6° les risques couverts;

7° le montant de la prime ou la manière de la déterminer.

§ 3. L'assureur est tenu de délivrer au preneur d'assurance, au plus tard au moment de la conclusion du contrat, une copie des renseignements que ce dernier a communiqués par écrit au sujet du risque à couvrir.

(1)<L 2019-04-13/28, art. 55, 022; En vigueur : 01-11-2020>

Section IV. - Exécution du contrat

Déchéance partielle ou totale du droit à la prestation d'assurance

Art. 65. Le contrat d'assurance ne peut prévoir la déchéance partielle ou totale du droit à la prestation d'assurance qu'en raison de l'inexécution d'une obligation déterminée imposée par le contrat et à la condition que le manquement soit en relation causale avec la survenance du sinistre.

Toutefois, le Roi peut réglementer la déchéance partielle ou totale du droit à la prestation d'assurance.

Police combinées

Art. 66. A défaut de convention contraire, lorsque, dans un même contrat, l'assureur s'engage à diverses prestations, soit en raison des garanties promises, soit en raison des risques assurés, la cause de résiliation relative à l'une des prestations n'affecte pas le contrat dans son ensemble.

Si l'assureur résilie la garantie relative à une ou plusieurs prestations, le preneur d'assurance peut alors résilier le contrat dans son ensemble.

La cause de nullité relative à l'une des prestations n'affecte pas le contrat dans son ensemble.

Modalités de paiement de la prime et de la prestation d'assurance

Art. 67. La prime d'assurance est queriable.

A défaut d'être fait directement à l'assureur, est libératoire le paiement de la prime fait au tiers qui le requiert et qui apparaît comme le mandataire de l'assureur pour le recevoir.

Lorsque l'assureur ne verse pas directement à l'assuré ou à son ayant droit les montants dont il lui est redévable dans le cadre de l'exécution du contrat d'assurance, mais effectue ce versement par le biais d'un intermédiaire d'assurances, seule la réception effective de ce paiement par l'assuré ou son ayant droit libère l'assureur de ses obligations.

Paiement aux mineurs d'âge, interdits et autres incapables

Art. 68. L'assureur qui effectue un paiement à un mineur, un interdit ou un autre incapable en application d'un contrat d'assurance, l'effectue sur un compte ouvert à son nom, frappé d'indisponibilité jusqu'à la majorité ou à la levée de l'incapacité, sans préjudice du droit de jouissance légale.

[1] Les sommes ainsi versées peuvent être libérées sur autorisation spéciale du juge de paix, à la demande du tuteur ou de l'administrateur des biens selon les mêmes règles que celles applicables aux situations visées aux

(1)<L 2015-10-26/06, art. 86, 003; En vigueur : 09-11-2015>

Défaut de paiement de la prime

Art. 69. Le défaut de paiement de la prime à l'échéance peut donner lieu à la suspension de la garantie ou à la résiliation du contrat à condition que le débiteur ait été mis en demeure.

Le contrat d'assurance peut toutefois prévoir que la garantie ne prend cours qu'après le paiement de la première prime.

Sommation de payer

Art. 70. La mise en demeure visée à l'article 69 est faite soit par exploit d'huissier soit par lettre recommandée.

Elle comporte sommation de payer la prime dans le délai qu'elle fixe. Ce délai ne peut être inférieur à quinze jours à compter du lendemain de la signification ou du lendemain du dépôt de la lettre recommandée.

La mise en demeure rappelle la date d'échéance de la prime et le montant de celle-ci. Elle rappelle également les conséquences du défaut du paiement de la prime dans le délai fixé, le point de départ de ce délai et précise que la suspension de la garantie ou la résiliation du contrat prend effet à compter du lendemain du jour où le délai prend fin, sans que cela ne porte préjudice à la garantie relative à un événement assuré survenu antérieurement.

Prise d'effet de la suspension de la garantie ou de la résiliation du contrat

Art. 71. La suspension ou la résiliation n'ont d'effet qu'à l'expiration du délai visé à l'article 70, alinéa 2.

Si la garantie a été suspendue, le paiement par le preneur d'assurance des primes échues met fin à cette suspension.

L'assureur qui suspend son obligation de garantie, peut résilier le contrat dans la même mise en demeure. Dans ce cas, la résiliation prend effet à l'expiration d'un délai qui ne peut être inférieur à quinze jours à compter du premier jour de la suspension.

Si l'assureur n'a pas notifié la résiliation du contrat dans la mise en demeure même, la résiliation ne peut intervenir que moyennant une nouvelle mise en demeure faite conformément à l'article 70.

Les dispositions du présent article relatives à la suspension de la garantie ne s'appliquent pas aux contrats d'assurance pour lesquels le paiement de la prime est facultatif.

Effets de la suspension à l'égard des primes à échoir

Art. 72. La suspension de la garantie ne porte pas atteinte au droit de l'assureur de réclamer les primes venant ultérieurement à échéance à condition que le preneur d'assurance ait été mis en demeure conformément à l'article 70. Dans ce cas, la mise en demeure rappelle la suspension de la garantie.

Le droit de l'assureur est toutefois limité aux primes afférentes à deux années consécutives.

Crédit de prime

Art. 73.[¹] Lorsque le contrat est résilié pour quelque cause que ce soit ou devient caduc par défaut d'intérêt assuré, les primes payées afférentes à la période d'assurance postérieure à la date de prise d'effet de la résiliation ou de la caducité sont remboursées dans un délai de trente jours à compter de la prise d'effet de la résiliation ou à partir de la notification de la disparition de l'intérêt assuré par le preneur d'assurance ou, en cas d'application de l'article 57, § 3, à compter de la réception par l'assureur de la notification de la résiliation.]¹

En cas de résiliation partielle ou de tout autre diminution des prestations d'assurance, l'alinéa 1er ne s'applique qu'à la partie des primes correspondant à cette diminution et dans la mesure de celle-ci.

(1)<L 2023-11-05/07, art. 104, 030; En vigueur : 21-12-2023>

Paiement d'une prestation d'assurance et sanctions BR>

Art. 73/1. [¹] § 1er. Le présent article s'applique à défaut d'autres dispositions légales spécifiques visant certains types de sinistres, notamment les articles 111/1, 121, 145/1 à 145/5, 197/1 et 197/2 de la présente loi, ainsi que les articles 13 et 14 de la loi du 21 novembre 1989 relative à l'assurance obligatoire de la responsabilité en matière de véhicules automoteurs.

§ 2. Lorsqu'une personne présente une demande de paiement d'une prestation d'assurance à la suite d'un sinistre mais que l'assureur conteste la couverture de ce sinistre par le contrat d'assurance, l'assureur donne une réponse motivée aux éléments invoqués dans la demande dans un délai de trois mois à compter de la date à laquelle celle-ci a été présentée.

Si aucune réponse motivée n'est donnée dans le délai de trois mois visé à l'alinéa 1er, l'assureur est tenu de plein droit au paiement d'un montant forfaitaire de 300 euros en faveur du bénéficiaire de la prestation d'assurance.

Lorsque, après l'expiration du délai de trois mois visé à l'alinéa 1er, le bénéficiaire de la prestation d'assurance a envoyé un rappel, par envoi recommandé ou par tout autre moyen équivalent, à l'assureur, celui-ci est tenu de

plein droit au paiement d'un montant forfaitaire de 300 euros par jour de retard en faveur du bénéficiaire de la prestation d'assurance à partir du jour de l'envoi du rappel s'il n'a pas répondu au rappel dans les onze jours. Le Roi peut préciser les moyens de communication considérés équivalents à l'envoi recommandé.

Le délai de onze jours visé à l'alinéa 3 prend cours le troisième jour ouvrable qui suit celui de l'envoi du rappel par le bénéficiaire de la prestation d'assurance, sauf preuve contraire de l'assureur.

Le montant visé à l'alinéa 3 cesse d'être dû le jour suivant celui de la réception de la réponse motivée ou de l'offre motivée de paiement par le bénéficiaire de la prestation d'assurance.

Les montants visés aux alinéas 2 et 3 sont indexés automatiquement le 1er janvier de chaque année sur la base du dernier indice des prix à la consommation disponible. L'indexation a lieu pour la première fois le 1er janvier de l'année suivant l'entrée en vigueur de la présente loi, en utilisant comme indice de référence l'indice des prix à la consommation du mois précédent l'entrée en vigueur de la présente loi. L'année de base utilisée pour l'indice des prix à la consommation est 2013 = 100.

§ 3. L'assureur effectue la prestation d'assurance convenue dans le délai prévu au paragraphe 6 à compter du moment où:

- 1° il se trouve en possession de tous les éléments raisonnablement nécessaires à cette fin; et
- 2° aucune contestation ne subsiste en ce qui concerne:
 - a) la couverture du sinistre par le contrat d'assurance;
 - b) le montant de la prestation d'assurance due.

§ 4. Lorsque le montant définitif de la prestation d'assurance est contesté, l'assureur paie la partie de la prestation d'assurance incontestablement due constatée de commun accord entre l'assureur et le bénéficiaire de la prestation d'assurance dans le délai prévu au paragraphe 6.

§ 5. En aucun cas les offres d'avance ne peuvent contenir quittance pour solde de compte, même partiel.

§ 6. Les montants dus sont payés dans les trente jours de leur fixation.

La partie de la prestation d'assurance qui n'est pas versée dans le délai visé à l'alinéa 1er porte de plein droit intérêt au double du taux de l'intérêt légal à dater du jour suivant celui de l'expiration du délai jusqu'à celui du paiement effectif, à moins que l'assureur ne prouve que le retard n'est pas imputable à lui-même ou à un de ses mandataires.

§ 7. Les demandes de l'assureur relatives aux documents et informations visant à lui permettre de déterminer si le sinistre survenu est couvert par la garantie ainsi que le montant de la prestation d'assurance doivent être raisonnables et pertinentes.

§ 8. Les délais prévus aux paragraphes 2 et 6 sont suspendus lorsque l'assureur a fait connaître par écrit au bénéficiaire de la prestation d'assurance les raisons indépendantes de sa volonté et de celle de ses mandataires qui rendent impossible la bonne exécution de ses obligations dans lesdits délais.

§ 9. Le présent article s'applique lorsque le ou les paiements sont effectués par l'assureur directement au bénéficiaire de la prestation d'assurance. Il ne s'applique pas:

- 1° aux tiers subrogés;
- 2° lorsque, conformément à un mécanisme convenu avec un tiers prestataire de services, la prestation d'assurance est versée à ce prestataire, dans les limites de cette prestation d'assurance.]¹

(1)<Inséré par L 2024-03-17/13, art. 2, 034; En vigueur : 01-10-2024>

Déclaration du sinistre

Art. 74. § 1er. L'assuré doit, dès que possible et en tout cas dans le délai fixé par le contrat, donner avis à l'assureur de la survenance du sinistre.

Toutefois, l'assureur ne peut se prévaloir de ce que le délai prévu au contrat pour donner l'avis mentionné à l'alinéa 1er n'a pas été respecté, si cet avis a été donné aussi rapidement que cela pouvait raisonnablement se faire.

§ 2. L'assuré doit fournir sans retard à l'assureur tous renseignements utiles et répondre aux demandes qui lui sont faites pour déterminer les circonstances et fixer l'étendue du sinistre.

Devoirs de l'assuré en cas de sinistre

Art. 75. Dans toute assurance à caractère indemnitaire, l'assuré doit prendre toutes mesures raisonnables pour prévenir et atténuer les conséquences du sinistre.

Sanctions

Art. 76. § 1er. Si l'assuré ne remplit pas une des obligations prévues aux articles 74 et 75 et qu'il en résulte un préjudice pour l'assureur, celui-ci a le droit de prétendre à une réduction de sa prestation, à concurrence du préjudice qu'il a subi.

§ 2. L'assureur peut décliner sa garantie si, dans une intention frauduleuse, l'assuré n'a pas exécuté les obligations énoncées aux articles 74 et 75.

Section V. - Stipulation pour autrui

Stipulation pour autrui

Art. 77. Les parties peuvent convenir à tout moment qu'un tiers peut prétendre au bénéfice de l'assurance aux conditions qu'elles déterminent.

Ce tiers ne doit pas être désigné ni même être conçu au moment de la stipulation, mais il doit être déterminable au jour de l'exigibilité des prestations d'assurances.

Le Roi peut, sur avis de la FSMA, préciser les règles auxquelles doivent satisfaire les stipulations pour autrui en vue de protéger les droits des assurés et de tous tiers ayant un intérêt à l'exécution du contrat d'assurance.

Communication des conditions de la garantie

Art. 78. Tout bénéficiaire à titre onéreux d'une garantie d'assurance a le droit d'obtenir du preneur d'assurance ou, à son défaut, de l'assureur, communication des conditions de la garantie.

Section VI. - Inexistence et modification du risque

Inexistence du risque

Art. 79. Lorsque, au moment de la conclusion du contrat, le risque n'existe pas ou s'est déjà réalisé, l'assurance est nulle.

Il en est de même en cas d'assurance d'un risque futur, si celui-ci ne naît pas.

Lorsque, dans les cas visés aux alinéas 1er et 2, le preneur d'assurance a contracté de mauvaise foi ou en commettant une erreur inexcusable, l'assureur conserve la prime relative à la période allant de la date prévue pour la prise d'effet du contrat jusqu'au jour où il apprend l'inexistence du risque.

Diminution du risque

Art. 80. Lorsque, au cours de l'exécution d'un contrat d'assurance autre qu'un contrat d'assurance sur la vie ou d'assurance maladie, le risque de survenance de l'événement assuré a diminué d'une façon sensible et durable au point que, si la diminution avait existé au moment de la souscription, l'assureur aurait consenti l'assurance à d'autres conditions, celui-ci est tenu d'accorder une diminution de la prime à due concurrence à partir du jour où il a eu connaissance de la diminution du risque.

Si les parties contractantes ne parviennent pas à un accord sur la prime nouvelle dans un délai d'un mois à compter de la demande de diminution formée par le preneur d'assurance, celui-ci peut résilier le contrat.

Aggravation du risque

Art. 81. § 1er. Sauf s'il s'agit d'un contrat d'assurance sur la vie, d'assurance maladie ou d'assurance-crédit, le preneur d'assurance a l'obligation de déclarer, en cours de contrat, dans les conditions de l'article 58, les circonstances nouvelles ou les modifications de circonstance qui sont de nature à entraîner une aggravation sensible et durable du risque de survenance de l'événement assuré.

Sans préjudice des dispositions de la partie 3, titre III, chapitre 2, lorsque, au cours de l'exécution d'un contrat d'assurance autre qu'un contrat d'assurance sur la vie, d'assurance maladie ou d'assurance-crédit, le risque de survenance de l'événement assuré s'est aggravé de telle sorte que, si l'aggravation avait existé au moment de la souscription, l'assureur n'aurait consenti l'assurance qu'à d'autres conditions, il doit, dans le délai d'un mois à compter du jour où il a eu connaissance de l'aggravation, proposer la modification du contrat avec effet rétroactif au jour de l'aggravation.

Si l'assureur apporte la preuve qu'il n'aurait en aucun cas assuré le risque aggravé, il peut résilier le contrat dans le même délai.

Si la proposition de modification du contrat d'assurance est refusée par le preneur d'assurance ou si, au terme d'un délai d'un mois à compter de la réception de cette proposition, cette dernière n'est pas acceptée, l'assureur peut résilier le contrat dans les quinze jours suivant l'expiration du délai précité.

L'assureur qui n'a pas résilié le contrat ni proposé sa modification dans les délais indiqués ci-dessus ne peut plus se prévaloir à l'avenir de l'aggravation du risque.

§ 2. Si un sinistre survient avant que la modification du contrat ou la résiliation ait pris effet et si le preneur d'assurance a rempli l'obligation visée au paragraphe 1er, l'assureur est tenu d'effectuer la prestation convenue.

§ 3. Si un sinistre survient et que le preneur d'assurance n'a pas rempli l'obligation visée au paragraphe 1er :

- a) l'assureur est tenu d'effectuer la prestation convenue lorsque le défaut de déclaration ne peut être reproché au preneur d'assurance;

- b) l'assureur n'est tenu d'effectuer sa prestation que selon le rapport entre la prime payée et la prime que le preneur d'assurance aurait dû payer si l'aggravation avait été prise en considération, lorsque le défaut de déclaration peut être reproché au preneur d'assurance.

Toutefois, si l'assureur apporte la preuve qu'il n'aurait en aucun cas assuré le risque aggravé, sa prestation en cas de sinistre est limitée au remboursement de la totalité des primes payées;

- c) si le preneur d'assurance a agi dans une intention frauduleuse, l'assureur peut refuser sa garantie. Les primes échues jusqu'au moment où l'assureur a eu connaissance de la fraude lui sont dues à titre de dommages et intérêts.

Section VII. - Coassurance et apérition

Coassurance

Art. 82. Sauf convention contraire, la coassurance n'implique pas la solidarité.

Apérition

Art. 83. En cas de coassurance, un apériteur doit être désigné dans le contrat. Celui-ci est réputé mandataire des autres assureurs pour recevoir les déclarations prévues par le contrat et faire les diligences requises en vue du règlement des sinistres, en ce compris la détermination du montant de l'indemnité.

En conséquence, l'assuré peut lui adresser toutes les significations et les notifications, sauf celles relatives à une action en justice intentée contre les autres coassureurs. Si aucun apériteur n'a été désigné dans le contrat, l'assuré peut considérer n'importe lequel des coassureurs comme apériteur pour l'application du présent article. L'assuré doit cependant toujours s'adresser au même coassureur comme apériteur.

Section VIII. - Formes de résiliation

Formes de résiliation

Art. 84. § 1er. La résiliation du contrat se fait [1 par envoi recommandé]1, par exploit d'huisser ou par remise de la lettre de résiliation contre récépissé. [1 Si l'envoi recommandé est envoyé par voie électronique, il doit s'agir d'un service d'envoi recommandé électronique qualifié au sens de l'article 3.37 du règlement (UE) n° 910/2014 du Parlement européen et du Conseil du 23 juillet 2014 sur l'identification électronique et les services de confiance pour les transactions électroniques au sein du marché intérieur et abrogeant la directive 1999/93/CE.]1

Dans le cas visé à l'article 71, la résiliation se fait par l'acte de mise en demeure visé à l'article 70.

§ 2. Sauf dans les cas visés aux articles 57, §§ 3, 4 et 5, 71 [1 , 85/1, § 2,]1 et 86, § 1er, la résiliation n'a d'effet qu'à l'expiration d'un délai d'un mois minimum à compter du lendemain de la signification ou du lendemain de la date du récépissé [1 ou, dans le cas d'un envoi recommandé]1, à compter du lendemain de son dépôt.

Le délai visé à l'alinéa 1er doit être indiqué dans le contrat et rappelé dans l'acte de résiliation.

[1 § 3. Sans préjudice du paragraphe 1er, et dans la mesure prévue par l'assureur, le contrat peut être résilié par le preneur d'assurance via un environnement numérique mis à disposition par l'assureur ou l'intermédiaire d'assurance, le preneur d'assurance signant électroniquement la résiliation avec une signature électronique qualifiée ou un cachet électronique qualifié visés respectivement aux articles 3.12 et 3.27 du règlement (UE) n° 910/2014 du Parlement européen et du Conseil du 23 juillet 2014 sur l'identification électronique et les services de confiance pour les transactions électroniques au sein du marché intérieur et abrogeant la directive 1999/93/CE, par lesquels le signataire s'identifie et manifeste sa volonté.

L'assureur remet sans délai au preneur d'assurance, sur un support durable, un accusé de réception de la résiliation mentionnant le numéro du contrat.

Sans préjudice du paragraphe 2, la résiliation n'a d'effet qu'à l'expiration d'un délai d'un mois à compter du jour suivant la date de la signature électronique.]1

(1)<L 2023-10-09/04, art. 2, 033; En vigueur : 01-10-2024>

Section IX. - Durée et fin du contrat

Durée des obligations

Art. 85. § 1er. La durée du contrat d'assurance ne peut excéder un an. [2 Sauf si le preneur d'assurance s'y oppose, dans les formes prescrites à l'article 84, §§ 1er ou 3, au moins deux mois avant l'arrivée du terme du contrat, ou sauf si l'assureur s'y oppose, dans les formes prescrites à l'article 84, § 1er, au moins trois mois avant l'arrivée du terme du contrat]2, celui-ci est reconduit tacitement pour des périodes consécutives d'un an.

[1 Pour certains types d'assurances, le Roi peut fixer, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, et après avoir recueilli l'avis de la Banque nationale de Belgique, des délais plus courts dans lesquels le preneur d'assurance doit s'opposer à la reconduction tacite.]1

Le contrat ne peut imposer d'autres délais de préavis.

Les parties peuvent cependant résilier le contrat lorsque, entre la date de sa conclusion et celle de sa prise d'effet, s'écoule un délai supérieur à un an. Cette résiliation doit être notifiée au plus tard trois mois avant la prise d'effet du contrat.

[1 Les alinéas 1er et 3]1 ne s'appliquent pas aux opérations de capitalisation ni aux contrats d'assurance maladie et d'assurance sur la vie. Toutefois, quelle que soit la durée de ces contrats, le preneur d'assurance peut les résilier chaque année, soit à la date anniversaire de la prise de cours du contrat, soit à la date de l'échéance annuelle de la prime.

§ 2. Les dispositions du paragraphe 1er ne sont pas applicables aux contrats d'assurance portant sur les risques que le Roi détermine.

Toutefois, les risques suivants ne peuvent pas être exclus :

- Responsabilité civile et corps de véhicules en matière de véhicules automoteurs;

-

- Incendie (risques simples);
- Responsabilité civile extra-contractuelle relative à la vie privée;
- Accidents corporels couverts à titre individuel;
- Assistance;
- Protection juridique.

§ 3. Le présent article n'est pas applicable aux contrats d'assurance d'une durée inférieure à un an.

(1)<L 2019-04-22/03, art. 2, 017; En vigueur : 10-05-2019>

(2)<L 2023-10-09/04, art. 3, 033; En vigueur : 01-10-2024>

Résiliation dans le cas de certains contrats tacitement reconductibles BR>

Art. 85/1. [¹ § 1er. Le présent article s'applique aux contrats d'assurance tacitement reconductibles:

- qui relèvent des branches du groupe d'activité "non-vie";
- et qui couvrent les consommateurs au sens de l'article I.1, 2°, du Code de droit économique.

Le Roi peut déterminer certaines branches du groupe d'activité "non-vie" auxquelles le présent article ne s'applique pas.

§ 2. Par dérogation à l'article 85, le preneur d'assurance peut, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la prise de cours du contrat d'assurance, résilier sans frais ni pénalités les contrats tacitement reconductibles visés au paragraphe 1er.

La résiliation prend effet à l'expiration d'un délai de deux mois à compter du lendemain de la signification ou du lendemain de la date du récépissé ou, dans le cas d'un envoi recommandé, à compter du lendemain de son dépôt, ou dans le cas d'une résiliation via un environnement numérique mis à disposition par l'assureur, à compter du jour suivant la date de la signature électronique.

Le droit de résiliation prévu à l'alinéa 1er est rappelé en termes clairs et compréhensibles avec chaque avis d'échéance de prime.

Lorsque le contrat est résilié dans les conditions prévues à l'alinéa 1er, le preneur d'assurance bénéficie du crédit de prime, conformément à l'article 73.

§ 3. Le preneur d'assurance qui souhaite procéder à la résiliation d'un contrat conformément au paragraphe 2, en vue de contracter avec un nouvel assureur, peut demander à ce nouvel assureur, ou le cas échéant à un intermédiaire d'assurances, d'effectuer pour son compte les formalités nécessaires à l'exercice du droit de résiliation. Dans ce cas, le nouvel assureur ou, le cas échéant, l'intermédiaire d'assurances, s'assure de l'entrée en vigueur du nouveau contrat au plus tard à l'expiration du délai de résiliation.

La demande du preneur d'assurance, visée à l'alinéa 1er, ne peut pas être refusée.

En cas de polices combinées, nonobstant l'article 66, l'ancien contrat peut être résilié dans son ensemble.

Le même droit s'applique lorsque le preneur d'assurance s'oppose à la reconduction tacite d'un contrat, conformément à l'article 85, en vue de contracter avec un nouvel assureur.

§ 4. Le Roi précise, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, les modalités et conditions d'application du présent article.]¹

(1)<Inséré par L 2023-10-09/04, art. 4, 033; En vigueur : 01-10-2024>

Art. 85/2. [¹ Dans le cadre de la délégation prévue à l'article 85/1, § 4, le Roi peut prévoir le traitement de données à caractère personnel à condition qu'il soit satisfait aux conditions suivantes:

1° la catégorie de personnes dont les données à caractère personnel sont susceptibles de faire l'objet d'un traitement sont le preneur d'assurance, l'assureur actuel ou l'intermédiaire d'assurance qui, en tant que mandataire d'une ou plusieurs entreprises d'assurance, dispose du pouvoir de gérer le contrat d'assurance au nom et pour le compte de celles-ci;

2° les données à caractère personnel traitées sont les données d'identification du preneur d'assurance, de l'assureur actuel, de l'intermédiaire d'assurance qui, en tant que mandataire d'une ou plusieurs entreprises d'assurance, dispose du pouvoir de gérer le contrat d'assurance au nom et pour le compte de celles-ci, le numéro de police du contrat d'assurance à résilier ainsi que toutes informations fournies par le preneur d'assurance nécessaire à la résiliation du contrat d'assurance;

3° la finalité du traitement des données à caractère personnel est de permettre au nouvel assureur et/ou, le cas échéant, à l'intermédiaire d'assurance d'effectuer, pour le compte du preneur d'assurance, les formalités nécessaires à la résiliation du contrat d'assurance visées aux articles 85 et 85/1;

4° la catégorie des personnes qui ont accès aux données à caractère personnel sont l'actuel assureur du preneur d'assurance, le nouvel assureur et/ou, le cas échéant, l'intermédiaire d'assurance;

5° le délai maximum de conservation des données à caractère personnel est de dix ans.]¹

(1)<L 2024-05-03/21, art. 68, 032; En vigueur : 01-10-2024>

Résiliation après sinistre

Art. 86. § 1er. Dans les cas où l'assureur se réserve le droit de résilier le contrat après la survenance d'un sinistre, le preneur d'assurance dispose du même droit. Cette résiliation est notifiée au plus tard un mois après le

paiement ou le refus de paiement de l'indemnité.

La résiliation prend effet à l'expiration d'un délai d'au moins trois mois à compter du lendemain de la signification, du lendemain de la date du récépissé ou du lendemain de la date du dépôt de l'envoi recommandé.

Lorsque le preneur d'assurance, l'assuré ou le bénéficiaire a manqué à l'une des obligations nées de la survenance du sinistre dans l'intention de tromper l'assureur, ce dernier peut, en tout temps, résilier le contrat d'assurance dès qu'il a déposé plainte, avec constitution de partie civile, contre une de ces personnes devant un juge d'instruction ou l'a citée devant la juridiction de jugement sur la base des articles 193, 196, 197, 496 ou 510 à 520 du Code pénal. La résiliation prend effet au plus tôt un mois à compter du lendemain de la signification, du lendemain de la date du récépissé ou du lendemain de la date du dépôt de l'envoi recommandé.

L'assureur est tenu de réparer le dommage résultant de cette résiliation s'il s'est désisté de son action ou si l'action publique a abouti à un non-lieu ou à un acquittement.

§ 2. En assurance sur la vie ou en assurance maladie, l'assureur ne peut se réservé le droit de résilier le contrat après sinistre.

§ 3. En assurance couvrant la responsabilité civile obligatoire en matière de véhicules automoteurs, l'assureur ne peut se réservé le droit de résilier le contrat après sinistre que s'il a payé ou devra payer des indemnités en faveur de personnes lésées, à l'exception des paiements effectués en application de l'article 29bis de la loi du 21 novembre 1989 relative à l'assurance obligatoire de la responsabilité en matière de véhicules automoteurs.

Dans les cas où la résiliation n'est pas autorisée au sens de l'alinéa précédent, la résiliation par l'assureur d'une garantie annexée au contrat couvrant la responsabilité civile, ne lui permet pas d'invoquer les dispositions de l'article 66 pour résilier ce dernier.

§ 4. Les dispositions du paragraphe 1er du présent article ne sont pas applicables aux contrats d'assurance portant sur les risques que le Roi détermine.

Toutefois, les risques visés à l'article 85, § 2, alinéa 2, ne peuvent pas être exclus.

[Faillite du preneur d'assurance](#)

Art. 87. En cas de faillite du preneur d'assurance, l'assurance subsiste au profit de la masse des créanciers qui devient débitrice envers l'assureur du montant des primes à échoir à partir de la déclaration de la faillite.

L'assureur et le curateur de la faillite ont néanmoins le droit de résilier le contrat. Toutefois, la résiliation du contrat par l'assureur ne peut se faire au plus tôt que trois mois après la déclaration de la faillite tandis que le curateur de la faillite ne peut résilier le contrat que dans les trois mois qui suivent la déclaration de la faillite.

Le présent article ne s'applique pas aux assurances de personnes.

[Section X. - Prescription](#)

[Délai de prescription](#)

Art. 88. § 1er. Le délai de prescription de toute action dérivant du contrat d'assurance est de trois ans. En assurance sur la vie, le délai est de trente ans en ce qui concerne l'action relative à la réserve formée, à la date de la résiliation ou de l'arrivée du terme, par les primes payées, déduction faite des sommes consommées.

Le délai court à partir du jour de l'événement qui donne ouverture à l'action. Toutefois, lorsque celui à qui appartient l'action prouve qu'il n'a eu connaissance de cet événement qu'à une date ultérieure, le délai ne commence à courir qu'à cette date, sans pouvoir excéder cinq ans à dater de l'événement, le cas de fraude excepté.

En matière d'assurance de la responsabilité, le délai court, en ce qui concerne l'action récursoire de l'assuré contre l'assureur, à partir de la demande en justice de la personne lésée, soit qu'il s'agisse d'une demande originale d'indemnisation, soit qu'il s'agisse d'une demande ultérieure ensuite de l'aggravation du dommage ou de la survenance d'un dommage nouveau.

En matière d'assurance de personnes, le délai court, en ce qui concerne l'action du bénéficiaire, à partir du jour où celui-ci a connaissance à la fois de l'existence du contrat, de sa qualité de bénéficiaire et de la survenance de l'événement duquel dépend l'exigibilité des prestations d'assurance.

§ 2. Sous réserve de dispositions légales particulières, l'action résultant du droit propre que la personne lésée possède contre l'assureur en vertu de l'article 150 se prescrit par cinq ans à compter du fait générateur du dommage ou, s'il y a infraction pénale à compter du jour où celle-ci a été commise.

Toutefois, lorsque la personne lésée prouve qu'elle n'a eu connaissance de son droit envers l'assureur qu'à une date ultérieure, le délai ne commence à courir qu'à cette date, sans pouvoir excéder dix ans à compter du fait générateur du dommage ou, s'il y a infraction pénale, du jour où celle-ci a été commise.

§ 3. L'action récursoire de l'assureur contre l'assuré se prescrit par trois ans à compter du jour du paiement par l'assureur, le cas de fraude excepté.

[Suspension et interruption de la prescription](#)

Art. 89. § 1er. La prescription contre les mineurs, interdits et autres incapables ne court pas jusqu'au jour de la majorité ou de la levée de l'incapacité.

§ 2. La prescription ne court pas contre l'assuré, le bénéficiaire ou la personne lésée qui se trouve par force majeure dans l'impossibilité d'agir dans les délais prescrits.

§ 3. Si la déclaration de sinistre a été faite en temps utile, la prescription est interrompue jusqu'au moment où l'assureur a fait connaître sa décision par écrit à l'autre partie.

§ 4. L'interruption ou la suspension de la prescription de l'action de la personne lésée contre un assuré entraîne l'interruption ou la suspension de la prescription de son action contre l'assureur. L'interruption ou la suspension de la prescription de l'action de la personne lésée contre l'assureur entraîne l'interruption ou la suspension de la prescription de son action contre l'assuré.

§ 5. La prescription de l'action visée à l'article 88, § 2, est interrompue dès que l'assureur est informé de la volonté de la personne lésée d'obtenir l'indemnisation de son préjudice. Cette interruption cesse au moment où l'assureur fait connaître par écrit, à la personne lésée, sa décision d'indemnisation ou son refus.

Section XI. - Arbitrage

Arbitrage

Art. 90. § 1er. La clause par laquelle les parties à un contrat d'assurance s'engagent d'avance à soumettre à des arbitres les contestations à naître du contrat est réputée non écrite.

§ 2. Les dispositions du paragraphe 1er ne sont pas applicables aux contrats d'assurance portant sur les risques que le Roi détermine.

Toutefois, les risques visés à l'article 85, § 2, alinéa 2, ne peuvent pas être exclus.

CHAPITRE 2. - Dispositions propres aux assurances à caractère indemnitaire

Intérêt d'assurance

Art. 91. L'assuré doit pouvoir justifier d'un intérêt économique à la conservation de la chose ou à l'intégrité du patrimoine.

Assurance pour compte

Art. 92. L'assurance peut être souscrite pour compte de qui il appartiendra. Dans ce cas, l'assuré est celui qui justifie de l'intérêt d'assurance lors de la survenance du sinistre.

Les exceptions inhérentes au contrat d'assurance que l'assureur pourrait opposer au preneur d'assurance sont également opposables à l'assuré quel qu'il soit.

Etendue de la prestation d'assurance

Art. 93. La prestation due par l'assureur est limitée au préjudice subi par l'assuré.

Ce préjudice peut notamment consister dans la privation de l'usage du bien assuré ainsi que dans le défaut de profit espéré.

Cumul d'assurances à caractères différents

Art. 94. Sauf convention contraire, les prestations dues en exécution d'un contrat d'assurance à caractère indemnitaire ne sont pas diminuées des prestations dues en exécution d'un contrat d'assurance à caractère forfaitaire.

Subrogation de l'assureur

Art. 95. L'assureur qui a payé l'indemnité est subrogé, à concurrence du montant de celle-ci, dans les droits et actions de l'assuré ou du bénéficiaire contre les tiers responsables du dommage.

Si, par le fait de l'assuré ou du bénéficiaire, la subrogation ne peut plus produire ses effets en faveur de l'assureur, celui-ci peut lui réclamer la restitution de l'indemnité versée dans la mesure du préjudice subi.

La subrogation ne peut nuire à l'assuré ou au bénéficiaire qui n'aurait été indemnisé qu'en partie. Dans ce cas, il peut exercer ses droits, pour ce qui lui reste dû, de préférence à l'assureur.

Sauf en cas de malveillance, l'assureur n'a aucun recours contre les descendants, les ascendants, le conjoint et les alliés en ligne directe de l'assuré, ni contre les personnes vivant à son foyer, ses hôtes et les membres de son personnel domestique. En cas de malveillance occasionnée par des mineurs, le Roi peut limiter le droit de recours de l'assureur couvrant la responsabilité civile extra-contractuelle relative à la vie privée.

Toutefois l'assureur peut exercer un recours contre ces personnes dans la mesure où leur responsabilité est effectivement garantie par un contrat d'assurance.

Surassurance de bonne foi

Art. 96. Lorsque le montant assuré de bonne foi, par un ou plusieurs contrats souscrits auprès du même assureur, dépasse l'intérêt assurable, chacune des parties a le droit de le réduire à due concurrence.

Lorsque le montant assuré est réparti entre plusieurs contrats souscrits auprès de plusieurs assureurs, cette réduction s'opère, à défaut d'un accord entre toutes les parties, sur les montants assurés par les contrats dans l'ordre de leur date en commençant par le plus récent et comporte éventuellement la résiliation d'un ou de plusieurs contrats dont le montant assuré serait ainsi rendu nul.

Surassurance de mauvaise foi

Art. 97. Lorsqu'un même intérêt assurable est assuré de mauvaise foi pour un montant trop élevé, par un ou plusieurs contrats souscrits auprès d'un ou de plusieurs assureurs, les contrats sont nuls, et l'assureur ou les assureurs, s'ils sont de bonne foi, ont le droit de conserver les primes perçues à titre de dommages et intérêts.

Sous-assurance : règle proportionnelle

Art. 98. § 1er. Sauf convention contraire, si la valeur de l'intérêt assurable est déterminable et si le montant assuré lui est inférieur, l'assureur n'est tenu de fournir sa prestation que dans le rapport de ce montant à cette valeur.

§ 2. Le Roi peut, pour certains risques, limiter ou interdire la sous-assurance et l'application de la règle proportionnelle.

Répartition de la charge du sinistre en cas de pluralité de contrats

Art. 99. § 1er. Si un même intérêt est assuré contre le même risque auprès de plusieurs assureurs, l'assuré peut, en cas de sinistre, demander l'indemnisation à chaque assureur, dans les limites des obligations de chacun d'eux, et à concurrence de l'indemnité à laquelle il a droit.

Sauf en cas de fraude, aucun des assureurs ne peut se prévaloir de l'existence d'autres contrats couvrant le même risque pour refuser sa garantie.

§ 2. Sauf accord entre les assureurs au sujet d'un autre mode de répartition, la charge du sinistre se répartit comme suit :

1° Si la valeur de l'intérêt assurable est déterminable, la répartition s'effectue entre les assureurs proportionnellement à leurs obligations respectives;

2° Si la valeur de l'intérêt assurable n'est pas déterminable, la répartition s'effectue par parts égales entre tous les contrats jusqu'à concurrence du montant maximum commun assuré par l'ensemble des contrats; sans qu'il ne soit plus tenu compte des contrats dont la garantie effectivement accordée atteint ce dernier montant, le solde éventuel de l'indemnité se répartit de la même manière entre les autres contrats, cette technique de répartition étant reproduite par tranches successives jusqu'à la hauteur du montant total de l'indemnité ou des garanties effectivement accordées par l'ensemble des contrats;

3° Lorsqu'un ou plusieurs assureurs ne peuvent payer tout ou partie de leur quote-part, celle-ci est répartie entre les autres assureurs de la manière prévue au 2°, sans toutefois que le montant assuré par chacun puisse être dépassé.

§ 3. Lorsqu'un ou plusieurs assureurs ne peuvent payer tout ou partie de leur quote-part, les autres assureurs disposent contre eux d'un droit de recours dans la mesure où ils ont assumé des charges supplémentaires.

Décès du preneur d'assurance bénéficiaire de la garantie

Art. 100. En cas de transmission, à la suite du décès du preneur d'assurance, de l'intérêt assuré, les droits et obligations nés du contrat d'assurance sont transmis au nouveau titulaire de cet intérêt.

Toutefois, le nouveau titulaire de l'intérêt assuré et l'assureur peuvent notifier la résiliation du contrat, le premier par lettre recommandée dans les trois mois et quarante jours du décès, le second dans les formes prescrites par l'article 84, § 1er, dans les trois mois du jour où il a eu connaissance du décès.

Contrats conclus intuitu personae

Art. 101. Par dérogation à l'article 100, le contrat qui a été conclu en considération de la personne de l'assuré prend fin de plein droit au décès de celui-ci.

CHAPITRE 3. - Dispositions propres aux assurances à caractère forfaitaire

Intérêt d'assurance

Art. 102. Le bénéficiaire doit avoir un intérêt personnel et licite à la non-survenance de l'événement assuré. Il est suffisamment justifié de cet intérêt lorsque l'assuré a donné son consentement au contrat.

Absence de subrogation

Art. 103. Sauf convention contraire, l'assureur qui a exécuté les prestations assurées n'est pas subrogé contre les tiers dans les droits du preneur d'assurance ou du bénéficiaire.

Cumul d'indemnités et prestations

Art. 104. Sauf convention contraire, les indemnités ou prestations que le bénéficiaire obtient à un autre titre ne réduisent pas les obligations de l'assureur.

TITRE III. - Les assurances de dommages

CHAPITRE 1er. - Dispositions générales

Principe indemnitaire

Art. 105. Toute assurance de dommages a un caractère indemnitaire.

Frais de sauvetage

Art. 106. Les frais découlant aussi bien des mesures demandées par l'assureur aux fins de prévenir ou d'atténuer les conséquences du sinistre que des mesures urgentes et raisonnables prises d'initiative par l'assuré pour prévenir le sinistre en cas de danger imminent ou, si le sinistre a commencé, pour en prévenir ou en atténuer les conséquences, sont supportés par l'assureur lorsqu'ils ont été exposés en bon père de famille, alors même que les diligences faites l'auraient été sans résultat. Ils sont à sa charge même au-delà du montant assuré.

Le Roi peut, pour les contrats d'assurance de la responsabilité autre que celle visée par la loi du 21 novembre 1989 relative à l'assurance obligatoire de la responsabilité en matière de véhicules automoteurs et pour les contrats d'assurance de choses, limiter les frais visés à l'alinéa 1er du présent article.

CHAPITRE 2. - Des contrats d'assurance de choses

Section 1re. - Dispositions communes à toutes les assurances de choses

Sous-section 1re. - Valeur assurable

Modalités d'évaluation

Art. 107. Les parties peuvent déterminer la manière dont les biens doivent être évalués en vue de leur assurance. Par dérogation à l'article 93, elles peuvent convenir d'une valeur de reconstruction, de reconstitution ou de remplacement, même sans en déduire la dépréciation résultant de la vétusté.

Fixation du montant assuré

Art. 108. Le montant assuré est fixé par le preneur d'assurance. Ce montant est censé être égal à la valeur de l'intérêt assurable s'il est fixé en accord avec le mandataire de l'assureur.

Les parties peuvent convenir que ce montant sera adapté de plein droit selon les critères qu'elles déterminent.

Valeur agréée

Art. 109. Les parties peuvent agréer expressément la valeur qu'elles entendent attribuer à des biens déterminés. Cette valeur les engage, sauf fraude.

Si le bien assuré en valeur agréée vient à perdre une part sensible de sa valeur, chacune des parties est néanmoins fondée à réduire le montant de la valeur agréée ou à résilier le contrat.

Sous-section 2. - Obligations de l'assuré

Etat des lieux

Art. 110. L'assuré ne peut, de sa propre autorité, apporter sans nécessité au bien sinistré des modifications de nature à rendre impossible ou plus difficile la détermination des causes du sinistre ou l'estimation du dommage.

Si l'assuré ne remplit pas l'obligation visée à l'alinéa 1er et qu'il en résulte un préjudice pour l'assureur, celui-ci a le droit de prétendre à une réduction de sa prestation à concurrence du préjudice qu'il a subi ou de réclamer des dommages et intérêts.

L'assureur peut décliner sa garantie si, dans une intention frauduleuse, l'assuré n'a pas exécuté l'obligation visée à l'alinéa 1er.

Sous-section 3. - Cession entre vifs

Cession entre vifs d'une chose assurée

Art. 111. § 1er. En cas de cession entre vifs d'un immeuble, l'assurance prend fin de plein droit trois mois après la date de passation de l'acte authentique.

Jusqu'à l'expiration du délai visé à l'alinéa 1er, la garantie accordée au cédant est acquise au cessionnaire, sauf si ce dernier bénéficie d'une garantie résultant d'un autre contrat.

§ 2. En cas de cession entre vifs d'un meuble, l'assurance prend fin de plein droit dès que l'assuré n'a plus la possession du bien, sauf si les parties au contrat d'assurance conviennent d'une autre date.

Sous-section 4. - Paiement de l'indemnité et privilège de l'assureur

Paiement d'une demande d'indemnisation et sanctions BR>

Art. 111/1. [¹] § 1er. Le présent article s'applique à défaut d'autres dispositions légales spécifiques visant certains types de sinistres, notamment l'article 121.

§ 2. Lorsque l'assuré présente une demande d'indemnisation mais que l'assureur conteste la couverture du sinistre par le contrat d'assurance, l'assureur donne une réponse motivée aux éléments invoqués dans la demande dans un délai de trois mois à compter de la date à laquelle celle-ci a été présentée.

Si aucune réponse motivée n'est donnée dans le délai de trois mois visé à l'alinéa 1er, l'assureur est tenu de plein droit au paiement d'un montant forfaitaire de 300 euros en faveur du bénéficiaire de la prestation d'assurance.

Lorsque, après l'expiration du délai de trois mois visé à l'alinéa 1er, le bénéficiaire de la prestation d'assurance a envoyé un rappel, par envoi recommandé ou par tout autre moyen équivalent, à l'assureur, celui-ci est tenu de plein droit au paiement d'un montant forfaitaire de 300 euros par jour de retard en faveur du bénéficiaire de la prestation d'assurance à partir du jour de l'envoi du rappel s'il n'a pas répondu au rappel dans les onze jours. Le Roi peut préciser les moyens de communication considérés équivalents à l'envoi recommandé.

Le délai de onze jours visé à l'alinéa 3 prend cours le troisième jour ouvrable qui suit celui de l'envoi du rappel par le bénéficiaire de la prestation d'assurance, sauf preuve contraire de l'assureur.

Le montant visé à l'alinéa 3 cesse d'être dû le jour suivant celui de la réception de la réponse motivée ou de l'offre motivée d'indemnisation par l'assuré.

Les montants visés aux alinéas 2 et 3 sont indexés automatiquement le 1er janvier de chaque année sur la base du dernier indice des prix à la consommation disponible. L'indexation a lieu pour la première fois le 1er janvier de l'année suivant l'entrée en vigueur de la présente loi, en utilisant comme indice de référence l'indice des prix à la consommation du mois précédent l'entrée en vigueur de la présente loi. L'année de base utilisée pour l'indice des prix à la consommation est 2013 = 100.

§ 3. Pour autant qu'il n'y ait pas de contestation sur la couverture du sinistre par le contrat d'assurance, l'assureur paie la partie de l'indemnité incontestablement due constatée de commun accord entre les parties dans les trente jours qui suivent cet accord.

En cas de contestation du montant de l'indemnité, l'assuré désigne un expert qui fixera le montant de l'indemnité en concertation avec l'expert désigné par l'assureur. A défaut d'un accord, les deux experts désignent un troisième expert. La décision définitive quant au montant de l'indemnité est alors prise par les experts à la majorité des voix. Les coûts de l'expert désigné par l'assuré et le cas échéant du troisième expert sont avancés par l'assureur et sont à charge de la partie à laquelle il n'a pas été donné raison.

La clôture de l'expertise ou la fixation du montant du dommage a lieu dans les nonante jours qui suivent la date à laquelle l'assuré a informé l'assureur de la désignation de son expert.

L'indemnité est payée dans les trente jours qui suivent la date de clôture de l'expertise ou, à défaut, la date de la fixation du montant du dommage.

§ 4. Les délais prévus aux paragraphes 2 et 3 sont suspendus dans les cas suivants:

1° l'assuré n'a pas exécuté, à la date de clôture de l'expertise, toutes les obligations mises à sa charge par le contrat d'assurance;

2° il existe des présomptions que le sinistre peut être dû à un fait intentionnel dans le chef de l'assuré ou du bénéficiaire d'assurance;

3° l'assureur a fait connaître par écrit à l'assuré les raisons indépendantes de sa volonté et de celle de ses mandataires, qui empêchent la clôture de l'expertise ou la fixation du montant du dommage visées au paragraphe 3.

Dans le cas visé à l'alinéa 1er, 1°, les délais ne commencent à courir que le lendemain du jour où l'assuré a exécuté lesdites obligations contractuelles.

Dans le cas visé à l'alinéa 1er, 2°, l'assureur peut se réservé le droit de lever préalablement copie du dossier répressif. La demande d'autorisation d'en prendre connaissance est formulée par l'assureur dès que possible et, en cas d'expertise, au plus tard dans les trente jours de la clôture de celle-ci. L'éventuel paiement intervient dans les trente jours de la prise de connaissance par l'assureur des conclusions dudit dossier, pour autant que l'assuré ou le bénéficiaire, qui réclame l'indemnité, ne soit pas poursuivi pénalement.

§ 5. En cas de non-respect des délais visés au paragraphe 3, la partie de l'indemnité qui n'est pas versée dans les délais porte de plein droit intérêt au double du taux de l'intérêt légal à dater du jour suivant celui de l'expiration du délai jusqu'à celui du paiement effectif, à moins que l'assureur ne prouve que le retard n'est pas imputable à lui-même ou à un de ses mandataires.

§ 6. Les demandes de l'assureur relatives aux documents et informations visant à lui permettre de déterminer si le sinistre survenu est couvert par la garantie ainsi que le montant de la prestation d'assurance doivent être raisonnables et pertinentes.

§ 7. En aucun cas les offres d'avance ne peuvent contenir quittance pour solde de compte, même partiel.

§ 8. Le présent article s'applique lorsque le ou les paiements sont effectués par l'assureur directement au bénéficiaire de la prestation d'assurance. Il ne s'applique pas:

1° aux tiers subrogés;

2° lorsque, conformément à un mécanisme convenu avec un tiers prestataire de services, la prestation d'assurance est versée à ce prestataire, dans les limites de cette prestation d'assurance.]¹

(1)<Inséré par L 2024-03-17/13, art. 3, 034; En vigueur : 01-10-2024>

Créanciers privilégiés et hypothécaires

Art. 112. Dans la mesure où l'indemnité due à la suite de la perte ou de la détérioration d'un bien n'est pas entièrement appliquée à la réparation ou au remplacement de ce bien, elle est affectée au paiement des créances privilégiées ou hypothécaires, selon le rang de chacune d'elles.

Néanmoins, le paiement de l'indemnité fait à l'assuré libère l'assureur si les créanciers dont le privilège ne fait pas l'objet d'une publicité n'ont pas au préalable formé opposition.

Les alinéas 1er et 2 ne portent pas atteinte aux dispositions légales relatives aux actions directes contre l'assureur dans des cas particuliers.

Faillite de l'assuré

Art. 113. En cas de faillite de l'assuré, l'indemnité revient à la masse faillie. Si toutefois certains biens assurés sont insaisissables, l'indemnité due en vertu du contrat d'assurance de ces biens revient au failli.

Privilège de l'assureur

Art. 114. L'assureur a un privilège sur la chose assurée pour la prime relative à la période pendant laquelle il a couvert effectivement le risque. Le privilège n'existe, quelles que soient les modalités de paiement de la prime, que pour une somme correspondant à deux primes annuelles.

Ce privilège est dispensé de toute inscription. Il prend rang immédiatement après celui des frais de justice.

Section II. - Dispositions propres à certaines assurances de choses

Sous-section 1re. - L'assurance contre l'incendie

Garantie normale

Art. 115. Sauf convention contraire, l'assurance contre l'incendie garantit les biens assurés contre les dégâts causés par l'incendie, par la foudre, par l'explosion, par l'implosion ainsi que par la chute ou le heurt d'appareils de navigation aérienne ou d'objets qui en tombent ou qui en sont projetés et par le heurt de tous autres véhicules ou d'animaux.

Extensions de garantie

Art. 116. Même lorsque le sinistre se produit en dehors des biens assurés, la garantie de l'assurance s'étend aux dégâts causés à ceux-ci par :

- 1° les secours ou tout moyen convenable d'extinction, de préservation ou de sauvetage;
- 2° les démolitions ou destructions ordonnées pour arrêter les progrès d'un sinistre;
- 3° les effondrements résultant directement et exclusivement d'un sinistre;
- 4° la fermentation ou la combustion spontanée suivies d'incendie ou d'explosion.

Assurance du mobilier

Art. 117. Le mobilier assuré qui garnit tout ou partie d'un bâtiment comprend, outre celui qui appartient à l'assuré, celui de toutes les personnes vivant à son foyer, le preneur d'assurance étant réputé avoir souscrit à leur profit.

Néanmoins, les parties peuvent convenir d'exclure du mobilier assuré certains meubles déterminés dans le contrat.

Assurance des responsabilités connexes

Art. 118. Sauf convention contraire, l'assurance des responsabilités encourues par suite d'un sinistre frappant les biens désignés par le contrat et dont la cause ou l'objet sont mentionnés aux articles 115 à 117 ne couvre pas les dommages résultant de lésions corporelles.

Clauses d'exclusivité

Art. 119. L'assureur ne peut obliger le preneur d'assurance à faire assurer par lui :

- 1° l'augmentation des montants assurés;
- 2° des dommages autres que ceux qui sont initialement garantis.

L'alinéa 1er ne porte pas atteinte à l'application de l'article 108, alinéa 2.

Droits des créanciers privilégiés et hypothécaires

Art. 120. § 1er. Aucune exception ou déchéance dérivant d'un fait postérieur au sinistre ne peut être opposée par l'assureur au créancier jouissant sur les biens assurés d'un droit de préférence connu de l'assureur.

§ 2. La suspension de la garantie de l'assureur, la réduction du montant de l'assurance et la résiliation du

contrat sont opposables aux créanciers visés au paragraphe 1er.

Toutefois, si l'un de ces créanciers a avisé l'assureur de l'existence de son droit de préférence, la suspension, la réduction ou la résiliation ne lui seront opposables qu'à l'expiration du délai d'un mois à compter de la notification que l'assureur en fait par lettre recommandée. Le délai commence à courir le lendemain du jour où la lettre a été déposée.

Lorsque la suspension ou la résiliation sont intervenues à la suite du non-paiement de la prime par le preneur d'assurance, le créancier peut en éviter les conséquences moyennant le paiement, dans le mois de la notification faite par l'assureur, des primes échues augmentées s'il y a lieu des intérêts et des frais de recouvrement judiciaire.

Paiement de l'indemnité

Art. 121. § 1er. Les parties peuvent convenir que l'indemnité n'est payable qu'au fur et à mesure de la reconstitution ou de la reconstruction des biens assurés.

Le défaut de reconstruction ou de reconstitution desdits biens pour une cause étrangère à la volonté de l'assuré est sans effet sur le calcul de l'indemnité, sauf qu'il rend inapplicable la clause de valeur à neuf.

§ 2. En ce qui concerne les risques simples définis par le Roi, l'indemnité est payée de la manière suivante :

1° l'assureur verse le montant destiné à couvrir les frais de relogement et les autres frais de première nécessité au plus tard dans les quinze jours qui suivent la date de la communication de la preuve que lesdits frais ont été exposés;

2° l'assureur paie la partie de l'indemnité incontestablement due constatée de commun accord entre les parties dans les trente jours qui suivent cet accord. En cas de contestation du montant de l'indemnité, l'assuré désigne un expert qui fixera le montant de l'indemnité en concertation avec l'assureur. A défaut d'un accord, les deux experts désignent un troisième expert. La décision définitive quant au montant de l'indemnité est alors prise par les experts à la majorité des voix. Les coûts de l'expert désigné par l'assuré et le cas échéant du troisième expert sont avancés par l'assureur et sont à charge de la partie à laquelle il n'a pas été donné raison.

La clôture de l'expertise ou la fixation du montant du dommage doit avoir lieu dans les nonante jours qui suivent la date à laquelle l'assuré a informé l'assureur de la désignation de son expert. L'indemnité doit être payée dans les 30 jours qui suivent la date de clôture de l'expertise ou, à défaut, la date de la fixation du montant du dommage;

3° en cas de reconstruction ou de reconstitution des biens sinistrés, l'assureur est tenu de verser à l'assuré dans les trente jours qui suivent la date de clôture de l'expertise ou, à défaut, la date de la fixation du montant du dommage, une première tranche égale à l'indemnité minimale fixée au paragraphe 4, 1°, b).

Le restant de l'indemnité peut être payé par tranches au fur et à mesure de l'avancement de la reconstruction ou de la reconstitution pour autant que la tranche précédente soit épousée.

Les parties peuvent convenir après le sinistre une autre répartition du paiement des tranches d'indemnité;

4° en cas de remplacement du bâtiment sinistré par l'acquisition d'un autre bâtiment, l'assureur est tenu de verser à l'assuré dans les trente jours qui suivent la date de clôture de l'expertise ou, à défaut d'expertise, de la fixation du montant du dommage, une première tranche égale à l'indemnité minimale fixée au paragraphe 4, 1°, b).

Le solde est versé à la passation de l'acte authentique d'acquisition du bien de remplacement;

5° dans tous les autres cas, l'indemnité est payable dans les trente jours qui suivent la date de clôture de l'expertise ou à défaut la date de la fixation du montant du dommage;

6° la clôture de l'expertise ou l'estimation du dommage visées aux 3°, 4° et 5° ci-dessus doit avoir lieu dans les nonante jours qui suivent la date de la déclaration du sinistre.

§ 3. Les délais prévus au paragraphe 2 sont suspendus dans les cas suivants :

1° L'assuré n'a pas exécuté, à la date de clôture de l'expertise, toutes les obligations mises à sa charge par le contrat d'assurance. Dans ce cas, les délais ne commencent à courir que le lendemain du jour où l'assuré a exécuté lesdites obligations contractuelles;

2° [1 II]1 existe des présomptions que le sinistre peut être dû à un fait intentionnel dans le chef de l'assuré ou du bénéficiaire d'assurance. Dans ce cas, l'assureur peut se réserver le droit de lever préalablement copie du dossier répressif. La demande d'autorisation d'en prendre connaissance doit être formulée au plus tard dans les trente jours de la clôture de l'expertise ordonnée par lui. L'éventuel paiement doit intervenir dans les trente jours où l'assureur a eu connaissance des conclusions dudit dossier, pour autant que l'assuré ou le bénéficiaire, qui réclame l'indemnité, ne soit pas poursuivi pénalement;

3° Le sinistre est dû à une catastrophe naturelle définie à la sous-section 2 de la présente section. Dans ce cas, le ministre qui a les Affaires économiques dans ses attributions peut allonger les délais prévus au paragraphe 2, 1°, 2° et 6° ;

4° L'assureur a fait connaître par écrit à l'assuré les raisons indépendantes de sa volonté et de celle de ses mandataires, qui empêchent la clôture de l'expertise ou l'estimation des dommages visées au paragraphe 2, 6°.

§ 4. 1°. Sans préjudice de l'application des autres dispositions de la présente loi qui permettent de réduire l'indemnité, l'indemnité visée au paragraphe 2 ne peut être inférieure :

a) en cas d'assurance en valeur à neuf, lorsque l'assuré reconstruit, reconstitue ou remplace le bien sinistré, à 100 % de cette valeur à neuf, vétusté déduite conformément au paragraphe 5.

Toutefois, si le prix de reconstruction, de reconstitution ou la valeur de remplacement est inférieur à l'indemnité pour le bien sinistré calculée en valeur à neuf au jour du sinistre, l'indemnité est au moins égale à cette valeur de reconstruction, de reconstitution ou de remplacement majorée de 80 % de la différence entre l'indemnité initialement prévue et cette valeur de reconstruction, de reconstitution ou de remplacement déduction faite du

pourcentage de vétusté du bien sinistré et des taxes et droits qui seraient redevables sur cette différence, vétusté déduite, conformément au paragraphe 5;

b) en cas d'assurance en valeur à neuf, lorsque l'assuré ne reconstruit, ne reconstitue ou ne remplace pas le bien sinistré, à 80 % de cette valeur à neuf, vétusté déduite, conformément au paragraphe 5;

c) dans le cas d'une assurance en une autre valeur, à 100 % de cette valeur;

2° en cas de reconstruction, de reconstitution ou de remplacement du bien sinistré, l'indemnité visée au paragraphe 2 comprend tous taxes et droits généralement quelconques;

3° si le contrat comporte une formule d'adaptation automatique, l'indemnité pour le bâtiment sinistré, calculée au jour du sinistre, diminuée de l'indemnité déjà payée, est majorée en fonction de la majoration éventuelle du dernier indice connu au moment du sinistre, pendant le délai normal de reconstruction qui commence à courir à la date du sinistre sans que l'indemnité totale ainsi majorée puisse dépasser 120 % de l'indemnité initialement fixée ni excéder le coût total de la reconstruction.

§ 5. En cas d'assurance en valeur à neuf, la vétusté d'un bien sinistré ou de la partie sinistrée d'un bien ne peut être déduite que si elle excède 30 % de la valeur à neuf.

§ 6. Les paragraphes 1er, 4 et 5 ne s'appliquent pas à l'assurance de la responsabilité.

§ 7. En cas de non-respect des délais visés au paragraphe 2, la partie de l'indemnité qui n'est pas versée dans les délais porte de plein droit intérêt au double du taux de l'intérêt légal à dater du jour suivant celui de l'expiration du délai jusqu'à celui du paiement effectif, à moins que l'assureur ne prouve que le retard n'est pas imputable à lui-même ou à un de ses mandataires.

[1] § 8. Lorsque l'assuré présente une demande d'indemnisation mais que l'assureur conteste la couverture du sinistre par le contrat d'assurance, l'assureur donne une réponse motivée aux éléments invoqués dans la demande dans un délai de trois mois à compter de la date à laquelle celle-ci a été présentée.

Si aucune réponse motivée n'est donnée dans le délai de trois mois visé à l'alinéa 1er, l'assureur est tenu de plein droit au paiement d'un montant forfaitaire de 300 euros en faveur du bénéficiaire de la prestation d'assurance.

Lorsque, après l'expiration du délai de trois mois visé à l'alinéa 1er, le bénéficiaire de la prestation d'assurance a envoyé un rappel, par envoi recommandé ou par tout autre moyen équivalent, à l'assureur, celui-ci est tenu de plein droit au paiement d'un montant forfaitaire de 300 euros par jour de retard en faveur du bénéficiaire de la prestation d'assurance à partir du jour de l'envoi du rappel s'il n'a pas répondu au rappel dans les onze jours. Le Roi peut préciser les moyens de communication considérés équivalents à l'envoi recommandé.

Le délai de onze jours visé à l'alinéa 3 prend cours le troisième jour ouvrable qui suit celui de l'envoi du rappel par le bénéficiaire de la prestation d'assurance, sauf preuve contraire de l'assureur.

Le montant visé à l'alinéa 3 cesse d'être dû le jour suivant celui de la réception de la réponse motivée ou de l'offre motivée d'indemnisation par l'assuré.

Les montants visés aux alinéas 2 et 3 sont indexés automatiquement le 1er janvier de chaque année sur la base du dernier indice des prix à la consommation disponible. L'indexation a lieu pour la première fois le 1er janvier de l'année suivant l'entrée en vigueur de la présente loi, en utilisant comme indice de référence l'indice des prix à la consommation du mois précédent l'entrée en vigueur de la présente loi. L'année de base utilisée pour l'indice des prix à la consommation est 2013 = 100.

Le présent paragraphe ne s'applique pas aux risques simples déterminés par le Roi conformément au paragraphe 2.

§ 9. Les demandes de l'assureur relatives aux documents et informations visant à lui permettre de déterminer si le sinistre survenu est couvert par la garantie ainsi que le montant de la prestation d'assurance doivent être raisonnables et pertinentes.

§ 10. En aucun cas les offres d'avance ne peuvent contenir quittance pour solde de compte, même partiel.]¹

(1)<L 2024-03-17/13, art. 4, 034; En vigueur : 01-10-2024>

Art. 121 DROIT FUTUR.

§ 1er. Les parties peuvent convenir que l'indemnité n'est payable qu'au fur et à mesure de la reconstitution ou de la reconstruction des biens assurés.

Le défaut de reconstruction ou de reconstitution desdits biens pour une cause étrangère à la volonté de l'assuré est sans effet sur le calcul de l'indemnité, sauf qu'il rend inapplicable la clause de valeur à neuf.

§ 2. En ce qui concerne les risques simples définis par le Roi, l'indemnité est payée de la manière suivante :

1° l'assureur verse le montant destiné à couvrir les frais de relogement et les autres frais de première nécessité au plus tard dans les quinze jours qui suivent la date de la communication de la preuve que lesdits frais ont été exposés;

2° l'assureur paie la partie de l'indemnité incontestablement due constatée de commun accord entre les parties dans les trente jours qui suivent cet accord. En cas de contestation du montant de l'indemnité, l'assuré désigne un expert qui fixera le montant de l'indemnité en concertation avec l'assureur. A défaut d'un accord, les deux experts désignent un troisième expert. La décision définitive quant au montant de l'indemnité est alors prise par les experts à la majorité des voix. Les coûts de l'expert désigné par l'assuré et le cas échéant du troisième expert sont avancés par l'assureur et sont à charge de la partie à laquelle il n'a pas été donné raison.

La clôture de l'expertise ou la fixation du montant du dommage doit avoir lieu dans les nonante jours qui suivent la date à laquelle l'assuré a informé l'assureur de la désignation de son expert. L'indemnité doit être payée dans les 30 jours qui suivent la date de clôture de l'expertise ou, à défaut, la date de la fixation du montant du

dommage;

3° en cas de reconstruction ou de reconstitution des biens sinistrés, l'assureur est tenu de verser à l'assuré dans les trente jours qui suivent la date de clôture de l'expertise ou, à défaut, la date de la fixation du montant du dommage, une première tranche égale à l'indemnité minimale fixée au paragraphe 4, 1°, b).

Le restant de l'indemnité peut être payé par tranches au fur et à mesure de l'avancement de la reconstruction ou de la reconstitution pour autant que la tranche précédente soit épousée.

Les parties peuvent convenir après le sinistre une autre répartition du paiement des tranches d'indemnité;

4° en cas de remplacement du bâtiment sinistré par l'acquisition d'un autre bâtiment, l'assureur est tenu de verser à l'assuré dans les trente jours qui suivent la date de clôture de l'expertise ou, à défaut d'expertise, de la fixation du montant du dommage, une première tranche égale à l'indemnité minimale fixée au paragraphe 4, 1°, b).

Le solde est versé à la passation de l'acte authentique d'acquisition du bien de remplacement;

5° dans tous les autres cas, l'indemnité est payable dans les trente jours qui suivent la date de clôture de l'expertise ou à défaut la date de la fixation du montant du dommage;

6° la clôture de l'expertise ou l'estimation du dommage visées aux 3°, 4° et 5° ci-dessus doit avoir lieu dans les nonante jours qui suivent la date de la déclaration du sinistre.

§ 3. Les délais prévus au paragraphe 2 sont suspendus dans les cas suivants :

1° L'assuré n'a pas exécuté, à la date de clôture de l'expertise, toutes les obligations mises à sa charge par le contrat d'assurance. Dans ce cas, les délais ne commencent à courir que le lendemain du jour où l'assuré a exécuté lesdites obligations contractuelles;

2° [2 II]2 existe des présomptions que le sinistre peut être dû à un fait intentionnel dans le chef de l'assuré ou du bénéficiaire d'assurance. Dans ce cas, l'assureur peut se réserver le droit de lever préalablement copie du dossier répressif. La demande d'autorisation d'en prendre connaissance doit être formulée au plus tard dans les trente jours de la clôture de l'expertise ordonnée par lui. L'éventuel paiement doit intervenir dans les trente jours où l'assureur a eu connaissance des conclusions dudit dossier, pour autant que l'assuré ou le bénéficiaire, qui réclame l'indemnité, ne soit pas poursuivi pénalement;

3° Le sinistre est dû à une catastrophe naturelle définie à la sous-section 2 de la présente section. Dans ce cas, le ministre qui a les Affaires économiques dans ses attributions peut allonger les délais prévus au paragraphe 2, 1°, 2° et 6° ;

4° L'assureur a fait connaître par écrit à l'assuré les raisons indépendantes de sa volonté et de celle de ses mandataires, qui empêchent la clôture de l'expertise ou l'estimation des dommages visées au paragraphe 2, 6°;

[1] 5° Le délai mentionné à l'article 121/1, § 6, n'est pas encore écoulé.]¹

§ 4. 1°. Sans préjudice de l'application des autres dispositions de la présente loi qui permettent de réduire l'indemnité, l'indemnité visée au paragraphe 2 ne peut être inférieure :

a) en cas d'assurance en valeur à neuf, lorsque l'assuré reconstruit, reconstitue ou remplace le bien sinistré, à 100 % de cette valeur à neuf, vétusté déduite conformément au paragraphe 5.

Toutefois, si le prix de reconstruction, de reconstitution ou la valeur de remplacement est inférieur à l'indemnité pour le bien sinistré calculée en valeur à neuf au jour du sinistre, l'indemnité est au moins égale à cette valeur de reconstruction, de reconstitution ou de remplacement majorée de 80 % de la différence entre l'indemnité initialement prévue et cette valeur de reconstruction, de reconstitution ou de remplacement déduction faite du pourcentage de vétusté du bien sinistré et des taxes et droits qui seraient redevables sur cette différence, vétusté déduite, conformément au paragraphe 5;

b) en cas d'assurance en valeur à neuf, lorsque l'assuré ne reconstruit, ne reconstitue ou ne remplace pas le bien sinistré, à 80 % de cette valeur à neuf, vétusté déduite, conformément au paragraphe 5;

c) dans le cas d'une assurance en une autre valeur, à 100 % de cette valeur;

2° en cas de reconstruction, de reconstitution ou de remplacement du bien sinistré, l'indemnité visée au paragraphe 2 comprend tous taxes et droits généralement quelconques;

3° si le contrat comporte une formule d'adaptation automatique, l'indemnité pour le bâtiment sinistré, calculée au jour du sinistre, diminuée de l'indemnité déjà payée, est majorée en fonction de la majoration éventuelle du dernier indice connu au moment du sinistre, pendant le délai normal de reconstruction qui commence à courir à la date du sinistre sans que l'indemnité totale ainsi majorée puisse dépasser 120 % de l'indemnité initialement fixée ni excéder le coût total de la reconstruction.

§ 5. En cas d'assurance en valeur à neuf, la vétusté d'un bien sinistré ou de la partie sinistrée d'un bien ne peut être déduite que si elle excède 30 % de la valeur à neuf.

§ 6. Les paragraphes 1er, 4 et 5 ne s'appliquent pas à l'assurance de la responsabilité.

§ 7. En cas de non-respect des délais visés au paragraphe 2, la partie de l'indemnité qui n'est pas versée dans les délais porte de plein droit intérêt au double du taux de l'intérêt légal à dater du jour suivant celui de l'expiration du délai jusqu'à celui du paiement effectif, à moins que l'assureur ne prouve que le retard n'est pas imputable à lui-même ou à un de ses mandataires.

[2] § 8. Lorsque l'assuré présente une demande d'indemnisation mais que l'assureur conteste la couverture du sinistre par le contrat d'assurance, l'assureur donne une réponse motivée aux éléments invoqués dans la demande dans un délai de trois mois à compter de la date à laquelle celle-ci a été présentée.

Si aucune réponse motivée n'est donnée dans le délai de trois mois visé à l'alinéa 1er, l'assureur est tenu de plein droit au paiement d'un montant forfaitaire de 300 euros en faveur du bénéficiaire de la prestation d'assurance.

Lorsque, après l'expiration du délai de trois mois visé à l'alinéa 1er, le bénéficiaire de la prestation d'assurance a envoyé un rappel, par envoi recommandé ou par tout autre moyen équivalent, à l'assureur, celui-ci est tenu de plein droit au paiement d'un montant forfaitaire de 300 euros par jour de retard en faveur du bénéficiaire de la

prestation d'assurance à partir du jour de l'envoi du rappel s'il n'a pas répondu au rappel dans les onze jours. Le Roi peut préciser les moyens de communication considérés équivalents à l'envoi recommandé.

Le délai de onze jours visé à l'alinéa 3 prend cours le troisième jour ouvrable qui suit celui de l'envoi du rappel par le bénéficiaire de la prestation d'assurance, sauf preuve contraire de l'assureur.

Le montant visé à l'alinéa 3 cesse d'être dû le jour suivant celui de la réception de la réponse motivée ou de l'offre motivée d'indemnisation par l'assuré.

Les montants visés aux alinéas 2 et 3 sont indexés automatiquement le 1er janvier de chaque année sur la base du dernier indice des prix à la consommation disponible. L'indexation a lieu pour la première fois le 1er janvier de l'année suivant l'entrée en vigueur de la présente loi, en utilisant comme indice de référence l'indice des prix à la consommation du mois précédent l'entrée en vigueur de la présente loi. L'année de base utilisée pour l'indice des prix à la consommation est 2013 = 100.

Le présent paragraphe ne s'applique pas aux risques simples déterminés par le Roi conformément au paragraphe 2.

§ 9. Les demandes de l'assureur relatives aux documents et informations visant à lui permettre de déterminer si le sinistre survenu est couvert par la garantie ainsi que le montant de la prestation d'assurance doivent être raisonnables et pertinentes.

§ 10. En aucun cas les offres d'avance ne peuvent contenir quittance pour solde de compte, même partiel.]²

(1)<L 2024-05-03/21, art. 69, 032; En vigueur : 01-07-2025>

(2)<L 2024-03-17/13, art. 4, 034; En vigueur : 01-10-2024>

Expertise sur place ou expertise avec un expert désigné par l'assuré

Art. 121/1 DROIT FUTUR.

[¹ § 1er. L'assureur et l'assuré peuvent désigner, chacun en ce qui le concerne, un expert.

§ 2. Sans préjudice des obligations d'information prévues par d'autres lois, avant que l'expert désigné par l'assureur ne se rende sur place, l'assureur fournit à l'assuré d'une manière claire et compréhensible sur un support durable, les informations suivantes:

1° les données d'identification de l'assureur;

2° les données d'identification de l'expert désigné par cet assureur;

3° le code de conduite auquel l'expert désigné par l'assureur a, le cas échéant, souscrit;

4° l'existence d'un délai de réflexion minimum de cinq jours ouvrables pour que l'assuré puisse accepter l'indemnisation proposée par l'assureur;

5° les coordonnées du service ombudsman des assurances.

§ 3. Sans préjudice des obligations d'information prévues par d'autres lois, l'expert désigné par l'assuré fournit à l'assuré, avant la conclusion du contrat en vue de la réalisation d'une expertise, d'une manière claire et compréhensible, les informations suivantes comprenant:

1° ses données d'identification;

2° le code de conduite auquel il a le cas échéant souscrit;

3° les conditions concernant le droit de résiliation du contrat en vue de la réalisation d'une expertise, si ce droit est prévu;

4° le prix total toutes taxes comprises, notamment son taux horaire et le nombre estimé d'heures ou le pourcentage du montant des dommages et tous les services à payer obligatoirement en supplément par l'assuré, ou, lorsque le prix ne peut raisonnablement pas être calculé à l'avance, le mode de calcul du prix;

5° la mission de l'expert et l'étendue de ses pouvoirs;

6° si l'assuré est un consommateur, les coordonnées du Service de médiation pour le consommateur.

§ 4. Lors de toute visite non sollicitée au domicile de l'assuré en vue de la conclusion d'un contrat pour la réalisation d'une expertise, l'assuré ne peut recevoir qu'une offre sans engagement.

Cette offre est établie sur un support durable et est remise à l'assuré. A la demande de l'offrant, un exemplaire de l'offre est signé uniquement pour réception par l'assuré.

L'offre indique, à proximité immédiate de la signature de l'assuré, le texte suivant en caractères gras et dans la même police d'écriture que le reste du document: "Ce document est une offre sans engagement et non un contrat en vue de la réalisation d'une expertise".

L'offre ne peut être acceptée par l'assuré qu'après une période de minimum un jour après l'offre et après que l'assureur ait été informé de la survenance du dommage.

§ 5. Après chaque expertise réalisée sur place ou expertise réalisée avec un expert désigné par l'assuré, l'expert désigné par l'assureur rédige un procès-verbal d'expertise dans lequel le montant des dommages est constaté.

Une copie du procès-verbal d'expertise est transmise à l'assuré et à l'entreprise d'assurance.

L'entreprise d'assurance formule une proposition d'indemnisation à l'assuré sur la base du procès-verbal d'expertise.

Le Roi peut déterminer la forme et le contenu du procès-verbal d'expertise.

§ 6. L'assuré ne peut accepter l'indemnisation proposée par l'assureur qu'au plus tôt après l'expiration d'un délai de réflexion de minimum cinq jours ouvrables.

§ 7. A la fin de sa mission, l'expert désigné par l'assuré rédige un procès-verbal de fin de mission qui est remis

à l'assuré.

Le Roi peut déterminer la forme et le contenu du procès-verbal de fin de mission.

§ 8. Les données personnelles mentionnées aux paragraphes 2 et 3, et, le cas échéant, les données personnelles mentionnées dans le procès-verbal d'expertise visé au paragraphe 5 et le procès-verbal de fin de mission visé au paragraphe 7, peuvent faire l'objet d'un traitement, à condition qu'il soit satisfait aux conditions suivantes:

1° les personnes concernées sont les personnes qui effectuent des expertises dans le cadre d'une assurance incendie;

2° les données à caractère personnel traitées sont les données d'identification;

3° la finalité du traitement des données est l'amélioration de la transparence dans le cadre de l'expertise;

4° les catégories de personnes qui ont accès aux données sont l'assuré, ainsi que toute personne qui est concernée par l'expertise;

5° le délai maximum de conservation des données traitées est de dix ans après la décision définitive concernant le montant de l'indemnisation.]¹

(1)<Inséré par L 2024-05-03/21, art. 70, 032; En vigueur : 01-07-2025>

Droit propre du propriétaire et des tiers

Art. 122. L'indemnité due par l'assureur de la responsabilité locative est dévolue, tant en cas de location que de sous-location, au propriétaire du bien loué, à l'exclusion des autres créanciers du locataire ou du sous-locataire.

L'indemnité due par l'assureur du recours des tiers est dévolue exclusivement à ces derniers.

Le propriétaire et les tiers possèdent un droit propre contre l'assureur.

Sous-section 2. - L'assurance contre les catastrophes naturelles en ce qui concerne des risques simples

Couverture des catastrophes naturelles

Art. 123. L'assureur du contrat d'assurance de choses afférent au péril incendie qui couvre les risques simples tels qu'ils sont définis en exécution de l'article 121, § 2, délivre obligatoirement la garantie des catastrophes naturelles énumérées ci-dessous selon les conditions visées dans la présente sous-section :

- a) le tremblement de terre;
- b) l'inondation;
- c) le débordement ou le refoulement des égouts publics;
- d) le glissement ou l'affaissement de terrain.

Toute suspension, nullité, expiration ou résiliation de la garantie des catastrophes naturelles entraîne de plein droit celle de la garantie afférente au péril incendie. De même, toute suspension, nullité, expiration ou résiliation de la garantie afférente au péril incendie entraîne de plein droit celle de la garantie des catastrophes naturelles.

L'ensemble des périls visés par la présente sous-section forme une seule et même garantie qui ne peut être limitée à une quotité des montants qui sont assurés sur le bâtiment et le contenu que selon les règles déterminées par le Roi.

Sauf dispositions contraires, les dispositions de la sous-section 1ère s'appliquent à la garantie visée par la présente sous-section.

Catastrophe naturelle : définition

Art. 124. § 1er. Par catastrophe naturelle, l'on entend :

a) soit une inondation, à savoir un débordement de cours d'eau, canaux, lacs, étangs ou mers suite à des précipitations atmosphériques, un ruissellement d'eau résultant du manque d'absorption du sol suite à des précipitations atmosphériques, une fonte des neiges ou des glaces, une rupture de digues ou un raz-de-marée, ainsi que les glissements et affaissements de terrain qui en résultent;

b) soit un tremblement de terre d'origine naturelle qui

- détruit, brise ou endommage des biens assurables contre ce péril dans les 10 kilomètres du bâtiment assuré,
- ou a été enregistré avec une magnitude minimale de 4 degrés sur l'échelle de Richter,
ainsi que les inondations, les débordements et refoulements d'égouts publics, les glissements et affaissements de terrain qui en résultent;

c) soit un débordement ou un refoulement d'égouts publics occasionné par des crues, des précipitations atmosphériques, une tempête, une fonte des neiges ou de glace ou une inondation;

d) soit un glissement ou affaissement de terrain, à savoir un mouvement d'une masse importante de terrain qui détruit ou endommage des biens, dû en tout ou en partie à un phénomène naturel autre qu'une inondation ou un tremblement de terre.

§ 2. Peuvent être utilisées pour la constatation des catastrophes naturelles visées au paragraphe 1er, a) à d), les mesures effectuées par des établissements publics compétents ou, à défaut, privés, qui disposent des compétences scientifiques requises.

§ 3. Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, étendre la liste des catastrophes naturelles visées

au paragraphe 1er.

Catastrophe naturelle : unicité

Art. 125. § 1er. Sont considérés comme un seul et même tremblement de terre, le séisme initial et ses répliques survenues dans les 72 heures, ainsi que les périls assurés qui en résultent directement.

§ 2. Sont considérés comme une seule et même inondation, le débordement initial d'un cours d'eau, d'un canal, d'un lac, d'un étang ou d'une mer et tout débordement survenu dans un délai de 168 heures après la décrue, c'est-à-dire le retour de ce cours d'eau, ce canal, ce lac, cet étang ou cette mer dans ses limites habituelles, ainsi que les périls assurés qui en résultent directement.

Etendue de la garantie

Art. 126. La garantie couvre au minimum :

a) les dégâts causés directement aux biens assurés par une catastrophe naturelle telle que définie à l'article 124 ou un péril assuré qui en résulte directement, notamment, l'incendie, l'explosion, en ce compris celle d'explosifs, et l'implosion;

b) les dégâts aux biens assurés qui résulteraient de mesures prises dans le cas précité par une autorité légalement constituée pour la sauvegarde et la protection des biens et des personnes, en ce compris les inondations résultant de l'ouverture ou de la destruction d'écluses, de barrages ou de digues dans le but d'éviter une inondation éventuelle ou l'extension de celle-ci;

c) les frais de déblaiement et de démolition nécessaires à la reconstruction ou à la reconstitution des biens assurés endommagés;

d) pour les habitations, les frais de relogement exposés au cours [1 de l'année qui suit] la survenance du sinistre lorsque les locaux d'habitation sont devenus inhabitables.

Le Roi peut imposer des conditions minimales supplémentaires concernant la garantie.

(1)<L 2023-11-05/07, art. 105, 030; En vigueur : 21-12-2023>

Exclusions générales

Art. 127. § 1er. Sont en principe exclus de la garantie visée par la présente sous-section, sauf stipulation expresse du contrat d'assurance, les récoltes non engrangées, les cheptels vifs hors bâtiment, les sols, les cultures et les peuplements forestiers.

§ 2. Peuvent être exclus de la garantie visée par la présente sous-section :

a) les objets se trouvant en dehors des bâtiments sauf s'ils y sont fixés à demeure;

b) les constructions faciles à déplacer ou à démonter, délabrées ou en cours de démolition et leur contenu éventuel, sauf si ces constructions constituent le logement principal de l'assuré;

c) les abris de jardin, remises, débarres et leur contenu éventuel, les clôtures et les haies de n'importe quelle nature, les jardins, plantations, accès et cours, terrasses, ainsi que les biens à caractère somptuaire tels que piscines, tennis et golfs;

d) les bâtiments ou parties de bâtiment en cours de construction, de transformation ou de réparation et leur contenu éventuel, sauf s'ils sont habités ou normalement habitables;

e) les corps de véhicules terrestres, aériens, maritimes, lacustres et fluviaux;

f) les biens transportés;

g) les biens dont la réparation des dommages est organisée par des lois particulières ou par des conventions internationales;

h) les dommages causés par toute source de rayonnements ionisants;

i) le vol, le vandalisme, les dégradations immobilières et mobilières commises lors d'un vol ou d'une tentative de vol et les actes de malveillance rendus possibles ou facilités par un sinistre couvert.

§ 3. Le Roi peut préciser les exclusions visées aux paragraphes précédents.

Exclusions pour le péril inondation et les débordements et refoulements d'égouts publics

Art. 128. Peuvent être exclus de la garantie visée par la présente sous-section mais uniquement en ce qui concerne le péril inondation et débordements et refoulement d'égouts publics, les dégâts causés au contenu des caves entreposés à moins de 10 cm du sol, à l'exception des installations de chauffage, d'électricité et d'eau qui y sont fixés à demeure.

Par cave, l'on entend tout local dont le sol est situé à plus de 50 cm sous le niveau de l'entrée principale vers les pièces d'habitation du bâtiment qui le contient, à l'exception des locaux de cave aménagés de façon permanente en pièces d'habitation ou pour l'exercice d'une profession.

Zones à risque

Art. 129. § 1er. Par zones à risque, l'on entend les endroits qui ont été ou peuvent être exposés à des inondations répétitives et importantes.

§ 2. Le Roi détermine, en accord avec les régions, les critères sur la base desquels celles-ci doivent formuler leurs propositions en matière de délimitation des zones à risque.

Le Roi délimite ensuite les zones à risque.

Il ne peut étendre ou réduire les zones à risque qu'en accord avec les régions. Il fixe enfin les modalités de la publication des zones à risque.

§ 3. Par dérogation à l'article 123, alinéa 3, l'assureur du contrat d'assurance de choses afférent au péril incendie peut refuser de délivrer une couverture contre l'inondation [1] et contre les débordements et refoulement d'égouts publics [1] lorsqu'il couvre un bâtiment, une partie de bâtiment ou le contenu d'un bâtiment qui ont été construits plus de dix-huit mois après la date de publication au Moniteur belge de l'arrêté royal classant la zone où ce bâtiment est situé comme zone à risque conformément au paragraphe 2.

Les biens visés à l'alinéa précédent sont les biens en cours de construction, de transformation ou de réparation qui sont définitivement clos avec portes et fenêtres terminées et posées à demeure et qui sont définitivement et entièrement couverts.

Cette dérogation est également applicable aux extensions au sol des biens existant avant la date de classement visée à l'alinéa 1er.

Cette dérogation n'est pas applicable aux biens ou parties de biens qui sont reconstruits ou reconstitués après un sinistre et qui correspondent à la valeur de reconstruction ou de reconstitution des biens avant le sinistre.

§ 4. L'information sur le fait qu'un bien se situe dans une zone à risques est fournie :

- par le comité d'acquisition ou le notaire, dans l'acte authentique, en cas d'acte translatif de droit réel sur un bien immobilier;
- par l'architecte, par écrit dans le contrat, en cas de construction, restauration ou extension d'un bien immobilier;
- par le cédant, par écrit dans le contrat, en cas d'acte translatif de droit réel sur un bien immobilier;
- par le bailleur, par écrit, dans le contrat ou un document spécifique, pour les biens immobiliers donnés en location et érigés postérieurement à la délimitation des zones à risques;
- par les agents désignés à cette fin par le Roi;
- par les administrations communales en ce qui concerne les zones à risque situées sur leur territoire.

(1)<L 2017-04-18/03, art. 53, 007; En vigueur : 04-05-2017>

Paiement de l'indemnité

Art. 130. § 1er. Sauf application du paragraphe 2, l'indemnité est payée selon les dispositions de l'article 121.

Le contrat d'assurance ne peut appliquer, pour les risques catastrophes naturelles et autres périls exceptionnels, une franchise supérieure à 610 euros par sinistre. Ce montant est lié à l'évolution de l'indice des prix à la consommation, l'indice de base étant celui de décembre 1983, soit 119,64 (Base 1981 = 100).

§ 2. L'assureur peut limiter le total des indemnités qu'il devra payer lors de la survenance d'une catastrophe naturelle au montant le moins élevé de ceux obtenus en appliquant les formules suivantes :

- a) ($[1,88]^1 \times P + 0,05 \times S$) avec un minimum de 2.000.000 euros;
- b) $(1,05 \times [1,88]^1 \times P)$ avec un minimum de 2.000.000 euros;

où :

P est l'encaissement des primes et accessoires, hors frais d'acquisition et commissions, pour les garanties incendie et périls connexes plus électricité des risques simples visés à l'article 121, § 2, encaissement réalisé par l'assureur au cours de l'exercice comptable précédent le sinistre;

S est le montant des indemnités dues par l'assureur pour une catastrophe naturelle autre qu'un tremblement de terre excédant le montant de $[1,88]^1 \times P$.

Dans le cas d'un tremblement de terre, l'assureur peut limiter le total des indemnités qu'il devra payer au montant le moins élevé de ceux obtenus en appliquant les formules suivantes :

- a) $(1,20 \times P + 0,05 \times S')$ avec un minimum de 2.000.000 euros;
- b) $(1,05 \times 1,20 \times P)$ avec un minimum de 2.000.000 euros;

où :

P est l'encaissement des primes et accessoires, hors frais d'acquisition et commissions, pour les garanties incendie et périls connexes plus électricité des risques simples visés à l'article 121, § 2, encaissement réalisé par l'assureur au cours de l'exercice comptable précédent le sinistre;

S' est le montant des indemnités dues par l'assureur pour un tremblement de terre excédant $1,20 \times P$.

Le montant de 2.000.000 euros, visé dans le présent paragraphe, est indexé conformément à la prescription de l'article 19, § 3, de l'arrêté royal du 22 février 1991 portant règlement général relatif au contrôle des entreprises d'assurances et publié par la Banque.

§ 3. Lorsqu'un assureur applique les dispositions du paragraphe précédent, l'indemnité qu'il doit payer en vertu de chacun des contrats d'assurance qu'il a conclu, est réduite à due concurrence lorsque les limites prescrites à l'article 34-3, alinéa 3, de la loi du 12 juillet 1976 relative à la réparation de certains dommages causés à des biens privés par des calamités naturelles sont dépassées.

(1)<L 2023-12-22/01, art. 2, 031; En vigueur : 01-01-2024>

Bureau de tarification

Art. 131. § 1er. En vue d'assurer la couverture des risques visés par la présente sous-section, le Roi met en place un Bureau de tarification qui a pour mission de préciser les conditions tarifaires pour les risques qui ne trouvent pas de couverture. Sauf dans les cas visés à l'article 129, § 3, tout candidat preneur d'assurance a

accès aux conditions tarifaires du Bureau de tarification conformément à ce qui est prévu au paragraphe 2.

Le Roi fixe la date d'entrée en vigueur du Bureau.

Le Bureau de tarification n'est pas considéré comme un intermédiaire d'assurances au sens de l'article 5, 20°.

§ 2. L'assureur, qui refuse un candidat preneur d'assurance ou qui propose une prime ou une franchise qui excède les conditions tarifaires du Bureau, doit communiquer d'initiative aux candidats preneurs d'assurance les conditions tarifaires du Bureau de tarification et informer simultanément le candidat preneur d'assurance qu'il peut éventuellement s'adresser à un autre assureur.

§ 3. Le Bureau se compose de quatre membres représentant les entreprises d'assurances et quatre membres représentant les consommateurs, nommés par le Roi pour un terme de six ans.

Les membres du Bureau sont choisis [1] à partir de deux listes, présentées l'une par les associations professionnelles des entreprises d'assurance et l'autre par les associations susceptibles de représenter les intérêts des consommateurs]1.

Le Roi nomme, pour un terme de six ans, un président n'appartenant pas aux catégories précédentes.

Le Roi fixe les indemnités auxquelles le président et les membres du bureau de tarification ont droit.

Le Roi désigne également pour chaque membre un suppléant. Les suppléants sont choisis de la même manière que les membres effectifs.

Le Bureau peut s'adjointre des experts n'ayant pas voie délibérative.

Les ministres ayant l'Economie, l'Intérieur et la Protection de la Consommation dans leurs attributions peuvent déléguer un observateur auprès du Bureau.

A moins que le Roi n'en décide autrement, le Bureau exerce ses activités dans le cadre de la Caisse nationale des Calamités visée à l'article 35 de la loi du 12 juillet 1976 relative à la réparation de certains dommages causés à des biens privés par des calamités naturelles, qui en assure le secrétariat et la gestion journalière.

§ 4. Le Roi détermine les conditions de fonctionnement du Bureau et les obligations des assureurs.

§ 5. Les risques de catastrophes naturelles tarifés aux conditions du Bureau sont assurés par l'ensemble des assureurs pratiquant l'assurance incendie risques simples en Belgique. La gestion de ces risques est assumée par l'assureur du contrat d'assurance de choses afférant au péril incendie risque simple du preneur d'assurance ou, à défaut, par un autre assureur choisi par le candidat preneur d'assurance dans cet ensemble d'assureurs qui couvrent les risques simples en incendie en Belgique. Le résultat de cette gestion ainsi que les frais de fonctionnement du Bureau sont répartis entre les assureurs pratiquant l'assurance incendie risques simples en Belgique.

§ 6. Le Bureau fait annuellement rapport de son fonctionnement. Ce rapport comprend notamment une analyse des conditions tarifaires appliquées par les assureurs. Il est transmis sans délai aux Chambres législatives fédérales.

(1)<L 2023-11-05/07, art. 106, 030; En vigueur : 21-12-2023>

Caisse de Compensation des Catastrophes naturelles

Art. 132. § 1er. Le Roi agrée, aux conditions qu'il détermine, une Caisse de Compensation des Catastrophes naturelles, ci-après dénommée Caisse de Compensation, qui a pour mission de fixer la clé de répartition de la charge des sinistres dont les risques ont été tarifés aux conditions du Bureau, entre tous les assureurs qui offrent en Belgique l'assurance des risques simples en incendie.

Le Roi peut en outre confier à la Caisse de Compensation, dans le cadre de la couverture des catastrophes naturelles, une mission de coordination entre un assureur et la Caisse nationale des Calamités.

§ 2. Le Roi approuve les statuts et réglemente le contrôle des activités de la Caisse de Compensation. Il indique les actes qui doivent faire l'objet d'une publication au Moniteur belge. Au besoin, le Roi crée la Caisse de Compensation.

§ 3. Les assureurs qui pratiquent en Belgique l'assurance des risques simples en incendie sont solidairement tenus d'effectuer, à la Caisse de Compensation, les versements nécessaires pour l'accomplissement de sa mission et pour en supporter les frais de fonctionnement.

Si la Caisse de Compensation est créée par le Roi, un arrêté royal fixe chaque année les règles de calcul des versements à effectuer par les assureurs.

§ 4. L'agrément est retiré si la Caisse de Compensation n'agit pas conformément aux lois, aux règlements ou à ses statuts.

Dans ce cas, le Roi peut prendre toutes mesures propres à sauvegarder les droits des preneurs d'assurance, des assurés et des personnes lésées.

La Caisse de Compensation reste soumise au contrôle pendant la durée de la liquidation.

Le Roi nomme un liquidateur spécial chargé de cette liquidation.

Sous-section 3. - L'assurance des récoltes

Résiliation après sinistre

Art. 133. Par dérogation à l'article 86, lorsque en matière d'assurance des récoltes, l'assureur s'est réservé le droit de résilier le contrat après la survenance d'un sinistre, cette résiliation ne peut avoir d'effet qu'à l'expiration de la période normale des récoltes.

Sous-section 4. - L'assurance-crédit et l'assurance-caution

Champ d'application

Art. 134. La présente sous-section s'applique aux contrats d'assurance qui ont pour objet de garantir l'assuré contre les risques de non-paiement de créances et contre les autres risques qui y sont assimilables et qui sont déterminés par le Roi.

Dispositions légales inapplicables ou supplétives

Art. 135. Les articles 57, 60, 81, 85, 86, 87, 90 et 95 ne sont pas applicables à l'assurance-crédit et à l'assurance-caution.

Les articles 66, alinéas 2 et 3, et 80 sont supplétifs en ce qui concerne l'assurance-crédit et l'assurance-caution.

Exclusions

Art. 136. La présente partie n'est pas applicable :

1° à l'assurance-crédit et à l'assurance-caution qui garantissent des créances sur l'étranger;

2° aux assurances qui relèvent de l'Office national du Ducroire et que celui-ci délivre directement ou indirectement pour le compte ou avec la garantie de l'Etat en exécution de la loi du 31 août 1939 sur l'Office national du Ducroire.

Refus définitif de la garantie

Art. 137. Par dérogation aux articles 71, alinéa 2, et 72, lorsque le preneur d'assurance n'effectue pas le paiement des primes échues dans le mois de la sommation de payer, l'assureur a la faculté de refuser définitivement sa garantie; dans ce cas, le preneur d'assurance reste tenu du paiement des primes échues.

Omission ou inexactitude non intentionnelles dans la déclaration du risque et aggravation du risque

Art. 138. Sauf clause contraire, les règles suivantes s'appliquent :

§ 1er. Lorsque l'omission ou l'inexactitude dans la déclaration ne sont pas intentionnelles, l'assureur peut réduire sa prestation dans le rapport entre la prime payée et la prime que le preneur d'assurance aurait dû payer s'il avait régulièrement déclaré le risque. L'assureur peut néanmoins décliner sa garantie s'il établit qu'il n'aurait en aucun cas assuré le risque réel. Dans ce cas, il restitue la prime.

Si une circonstance inconnue des deux parties lors de la conclusion du contrat vient à être connue en cours d'exécution de celui-ci, il sera fait application du paragraphe 2 si ladite circonstance constitue une aggravation du risque assuré.

§ 2. Lorsque, au cours de l'exécution d'un contrat, le risque de survenance d'un événement assuré s'est aggravé, le preneur d'assurance doit en faire immédiatement la déclaration à l'assureur.

Si un sinistre survient et que le preneur d'assurance ait omis, dans une intention frauduleuse, de déclarer l'aggravation, l'assureur a le droit de décliner toute garantie et de conserver la prime.

Si le preneur d'assurance est de bonne foi, l'assureur peut réduire sa prestation selon le rapport entre la prime payée et la prime que le preneur d'assurance aurait dû payer si l'aggravation avait été prise en considération. L'assureur peut néanmoins décliner sa garantie s'il établit qu'il n'aurait en aucun cas assuré le risque aggravé. Dans ce cas, il restitue la prime.

Recours de l'assureur

Art. 139. Tous les droits et actions de l'assuré relatifs à la créance faisant l'objet de l'assurance sont transférés à l'assureur qui a indemnisé, même partiellement, l'assuré.

[1] Le Livre 5, titre 3, sous-titre 4, chapitre 1er, du Code civil et l'article 60, alinéa 3, du livre III, titre XVII, de l'ancien Code civil[1] ne sont pas applicables au transfert de droits et d'actions visé à l'alinéa 1er.

Sauf convention contraire, toutes les sommes récupérées après sinistre sont réparties entre l'assureur et l'assuré proportionnellement à leurs parts respectives dans la perte.

Si, par le fait de l'assuré, le transfert ne peut plus produire ses effets en faveur de l'assureur, celui-ci peut lui réclamer la restitution de l'indemnité versée dans la mesure du préjudice subi.

(1)<L 2022-04-28/25, art. 51, 028; En vigueur : 01-01-2023>

Cession des droits et obligations découlant du contrat

Art. 140. La cession à un tiers des droits et obligations découlant d'un contrat d'assurance-crédit ou d'assurance-caution n'est opposable à l'assureur que si celui-ci a donné son consentement par écrit.

CHAPITRE 3. - Des contrats d'assurance de la responsabilité

Champ d'application

Art. 141. Le présent chapitre est applicable aux contrats d'assurance qui ont pour objet de garantir l'assuré contre toute demande en réparation fondée sur la survenance du dommage prévu au contrat, et de tenir, dans les limites de la garantie, son patrimoine indemne de toute dette résultant d'une responsabilité établie.

Obligations de l'assureur postérieures à l'expiration du contrat

Art. 142. § 1er. La garantie d'assurance porte sur le dommage survenu pendant la durée du contrat et s'étend aux réclamations formulées après la fin de ce contrat.

§ 2. Pour les branches de la responsabilité civile générale, autres que la responsabilité civile afférente aux véhicules automoteurs, que le Roi détermine, les parties peuvent convenir que la garantie d'assurance porte uniquement sur les demandes en réparation formulées par écrit à l'encontre de l'assuré ou de l'assureur pendant la durée du contrat pour un dommage survenu pendant cette même durée.

Dans ce cas, sont également prises en considération, à condition qu'elles soient formulées par écrit à l'encontre de l'assuré ou de l'assureur dans un délai de trente-six mois à compter de la fin du contrat, les demandes en réparation qui se rapportent :

- à un dommage survenu pendant la durée de ce contrat si, à la fin de ce contrat, le risque n'est pas couvert par un autre assureur;

- à des actes ou des faits pouvant donner lieu à un dommage, survenus et déclarés à l'assureur pendant la durée de ce contrat.

Direction du litige

Art. 143. A partir du moment où la garantie de l'assureur est due, et pour autant qu'il y soit fait appel, celui-ci a l'obligation de prendre fait et cause pour l'assuré dans les limites de la garantie.

En ce qui concerne les intérêts civils, et dans la mesure où les intérêts de l'assureur et de l'assuré coïncident, l'assureur a le droit de combattre, à la place de l'assuré, la réclamation de la personne lésée. Il peut indemniser cette dernière s'il y a lieu.

Ces interventions de l'assureur n'impliquent aucune reconnaissance de responsabilité dans le chef de l'assuré et ne peuvent lui causer préjudice.

Transmission des pièces

Art. 144. Tout acte judiciaire ou extra-judiciaire relatif à un sinistre doit être transmis à l'assureur dès sa notification, sa signification ou sa remise à l'assuré, sous peine, en cas de négligence, de tous dommages et intérêts dus à l'assureur en réparation du préjudice qu'il a subi.

Défaut de comparaître

Art. 145. Lorsque par négligence l'assuré ne comparaît pas ou ne se soumet pas à une mesure d'instruction ordonnée par le tribunal, il doit réparer le préjudice subi par l'assureur.

Champ d'application du paiement d'une demande d'indemnisation et sanctions en cas de couverture de responsabilité BR>

Art. 145/1. [¹ Les articles 145/2 à 145/5 s'appliquent aux dommages subis par des personnes lésées qui sont des personnes physiques ou des personnes morales.

Ils s'appliquent à défaut d'autres dispositions légales spécifiques visant certains types de sinistres, notamment les articles 13 et 14 de la loi du 21 novembre 1989 relative à l'assurance obligatoire de la responsabilité en matière de véhicules automoteurs.]¹

(1)<Inséré par L 2024-03-17/13, art. 5, 034; En vigueur : 01-10-2024>

Paiement d'une demande d'indemnisation et sanctions BR>

Art. 145/2. [¹ § 1er. Dans un délai de trois mois à compter de la date à laquelle la personne lésée a présenté une demande d'indemnisation, l'assureur qui couvre la responsabilité de la personne à qui le sinistre est imputé ou son mandataire chargé du règlement des sinistres est tenu de présenter une offre d'indemnisation motivée lorsque chacune des conditions suivantes est remplie:

1° la couverture de la responsabilité par le contrat d'assurance n'est pas contestée,

2° la responsabilité n'est pas contestée,

3° et le dommage n'est pas contesté et a été quantifié.

Lorsque le dommage n'est pas entièrement quantifié, l'assureur ou son mandataire chargé du règlement des sinistres doit présenter une offre d'avance. En ce qui concerne le dommage corporel, l'avance porte au moins sur les frais déjà exposés et sur l'incontestablement dû au regard des conséquences déjà connues du dommage subi et, en particulier, des périodes d'incapacité et d'invalidité temporaires déjà écoulées et prévisibles sur la base des rapports d'expertise médicale, contradictoires ou non, disponibles. La prise en compte du préjudice futur peut être limitée aux trois mois suivant la date à laquelle la personne lésée a présenté sa demande

d'indemnisation.

Le cas échéant, l'assureur communique à la personne lésée les conclusions du rapport provisoire unilatéral d'expertise médicale, en précisant qu'il s'agit d'un rapport médical provisoire, et en recommandant à la personne lésée de s'informer de ce à quoi elle a droit.

§ 2. La personne lésée qui s'est vu adresser une offre d'avance peut, au plus tôt six mois après la demande précédente, introduire une nouvelle demande sur la base des informations complémentaires recueillies ultérieurement sur son dommage et son évolution.

§ 3. Si aucune offre n'est présentée dans le délai de trois mois visé au paragraphe 1er, alinéa 1er, l'assureur est tenu de plein droit en faveur de la personne lésée au paiement d'un montant complémentaire, correspondant à l'intérêt légal sur le montant de l'indemnisation ou de l'avance offerte par l'assureur ou octroyée par le juge à la personne lésée, pendant un délai qui court du jour de l'expiration du délai de trois mois visé au paragraphe 1er, alinéa 1er, au jour suivant celui de la réception de l'offre par la personne lésée ou, le cas échéant, au jour où le jugement ou l'arrêt par lequel l'indemnisation est accordée est coulé en force de chose jugée.

La même sanction est applicable lorsque le montant proposé dans l'offre visée au paragraphe 1er n'est pas liquidé dans les trente jours ouvrables qui suivent la date à laquelle l'assureur reçoit l'acceptation de cette offre par la personne lésée. Dans ce cas, le délai court du jour de la réception de l'acceptation au jour où le montant a été versé à la personne lésée.

La même sanction est applicable lorsque le montant proposé dans l'offre visée au paragraphe 1er est manifestement insuffisant. L'intérêt est calculé sur la différence entre le montant mentionné dans l'offre et le montant mentionné dans le jugement ou dans l'arrêt relatif à cette offre et passé en force de chose jugée. Le délai court du lendemain de l'expiration du délai de trois mois visé au paragraphe 1er, alinéa 1er, au jour du jugement ou de l'arrêt.

§ 4. En aucun cas les offres d'avance ne peuvent contenir quittance pour solde de compte, même partiel.

§ 5. Les demandes de l'assureur relatives aux documents et informations visant à lui permettre de déterminer si le sinistre survenu est couvert par la garantie ainsi que le montant de la prestation d'assurance doivent être raisonnables et pertinentes.]¹

(1)<Inséré par L 2024-03-17/13, art. 6, 034; En vigueur : 01-10-2024>

Sanctions en cas d'absence de réponse motivée en cas de contestation BR>

Art. 145/3. [¹ § 1er. Lorsque la personne lésée présente une demande d'indemnisation mais que:

- 1° la couverture de la responsabilité par le contrat d'assurance est contestée,
- 2° la responsabilité est contestée ou n'est pas clairement établie, ou que
- 3° le dommage est contesté ou n'est pas quantifié,

l'assureur qui couvre la responsabilité de la personne à qui le sinistre est imputé ou son mandataire chargé du règlement des sinistres donne une réponse motivée aux éléments invoqués dans la demande dans un délai de trois mois à compter de la date à laquelle celle-ci a été présentée.

§ 2. Si aucune réponse motivée n'est donnée dans le délai de trois mois visé au paragraphe 1er, l'assureur est tenu de plein droit au paiement d'un montant forfaitaire de 300 euros en faveur de la personne lésée.

Lorsque, après l'expiration du délai de trois mois visé au paragraphe 1er, la personne lésée a envoyé un rappel, par envoi recommandé ou par tout autre moyen équivalent, à l'assureur, celui-ci est tenu de plein droit au paiement d'un montant forfaitaire de 300 euros par jour de retard en faveur de la personne lésée à partir du jour de l'envoi du rappel s'il n'a pas répondu au rappel dans les onze jours. Le Roi peut préciser les moyens de communication considérés équivalents à l'envoi recommandé.

Le délai de onze jours visé à l'alinéa 2 prend cours le troisième jour ouvrable qui suit celui de l'envoi du rappel par la personne lésée, sauf preuve contraire de l'assureur.

Le montant visé à l'alinéa 2 cesse d'être dû le jour suivant celui de la réception de la réponse motivée ou de l'offre motivée d'indemnisation par la personne lésée.

Les montants visés aux alinéas 1er et 2 sont indexés automatiquement le 1er janvier de chaque année sur la base du dernier indice des prix à la consommation disponible. L'indexation a lieu pour la première fois le 1er janvier de l'année suivant l'entrée en vigueur de la présente loi, en utilisant comme indice de référence l'indice des prix à la consommation du mois précédent l'entrée en vigueur de la présente loi. L'année de base utilisée pour l'indice des prix à la consommation est 2013 = 100.]¹

(1)<Inséré par L 2024-03-17/13, art. 7, 034; En vigueur : 01-10-2024>

Suspension des délais BR>

Art. 145/4. [¹ Les délais prévus aux articles 145/2 et 145/3 sont suspendus lorsque l'assureur a fait connaître par écrit à la personne lésée les raisons indépendantes de sa volonté et de celle de ses mandataires qui rendent impossible la bonne exécution de ses obligations dans lesdits délais.]¹

(1)<Inséré par L 2024-03-17/13, art. 8, 034; En vigueur : 01-10-2024>

Limitations au champ d'application BR>

Art. 145/5. [¹ Les articles 145/2 et 145/3 s'appliquent lorsque le ou les paiements sont effectués par l'assureur directement à la personne lésée. Ils ne s'appliquent pas:

- 1° aux tiers subrogés;
- 2° lorsque, conformément à un mécanisme convenu avec un tiers prestataire de services, la prestation d'assurance est versée à ce prestataire, dans les limites de cette prestation d'assurance.]¹

(1)<Inséré par L 2024-03-17/13, art. 9, 034; En vigueur : 01-10-2024>

Paiement par l'assureur du principal, des intérêts et des frais

Art. 146. A concurrence de la garantie, l'assureur paie l'indemnité due en principal.

L'assureur paie, même au-delà des limites de la garantie, les intérêts afférents à l'indemnité due en principal.

L'assureur paie, même au-delà des limites de la garantie, les frais afférents aux actions civiles ainsi que les honoraires et les frais des avocats et des experts, mais seulement dans la mesure où ces frais ont été exposés par lui ou avec son accord ou, en cas de conflit d'intérêts qui ne soit pas imputable à l'assuré, pour autant que ces frais n'aient pas été engagés de manière déraisonnable.

Le Roi peut, pour les risques couverts dans les contrats d'assurance de la responsabilité autre que celle visée par la loi du 21 novembre 1989 relative à l'assurance obligatoire de la responsabilité en matière de véhicules automoteurs, limiter les intérêts et frais visés aux alinéas 2 et 3.

Libre disposition de l'indemnité

Art. 147. La personne lésée dispose librement de l'indemnité due par l'assureur. Le montant de cette indemnité ne peut varier en fonction de l'usage qu'en fera la personne lésée.

Quittance pour solde de compte

Art. 148. Une quittance pour solde de compte partiel ou pour solde de tout compte n'implique pas que la personne lésée renonce à ses droits.

Une quittance pour solde de tout compte doit mentionner les éléments du dommage sur lesquels porte ce compte.

Indemnisation par l'assuré

Art. 149. L'indemnisation ou la promesse d'indemnisation de la personne lésée faite par l'assuré sans l'accord de l'assureur n'est pas opposable à ce dernier.

L'aveu de la matérialité d'un fait ou la prise en charge par l'assuré des premiers secours pécuniaires et des soins médicaux immédiats ne peuvent constituer une cause de refus de garantie par l'assureur.

Droit propre de la personne lésée

Art. 150. L'assurance fait naître au profit de la personne lésée un droit propre contre l'assureur.

L'indemnité due par l'assureur est acquise à la personne lésée, à l'exclusion des autres créanciers de l'assuré.

S'il y a plusieurs personnes lésées et si le total des indemnités dues excède la somme assurée, les droits des personnes lésées contre l'assureur sont réduits proportionnellement jusqu'à concurrence de cette somme. Cependant, l'assureur qui a versé de bonne foi à une personne lésée une somme supérieure à la part lui revenant, parce qu'il ignorait l'existence d'autres prétentions, ne demeure tenu envers les autres personnes lésées qu'à concurrence du restant de la somme assurée.

Opposabilité des exceptions, nullités et déchéances

Art. 151. § 1er. Dans les assurances obligatoires de la responsabilité civile, les exceptions, franchises, nullités et déchéances dérivant de la loi ou du contrat, et trouvant leur cause dans un fait antérieur ou postérieur au sinistre, sont inopposables à la personne lésée.

Sont toutefois opposables à la personne lésée l'annulation, la résiliation, l'expiration ou la suspension du contrat, intervenues avant la survenance du sinistre.

§ 2. Pour les autres catégories d'assurances de la responsabilité civile, l'assureur ne peut opposer à la personne lésée que les exceptions, nullités et déchéances dérivant de la loi ou du contrat et trouvant leur cause dans un fait antérieur au sinistre.

Le Roi peut cependant étendre le champ d'application du paragraphe 1er aux catégories d'assurances de la responsabilité civile non obligatoires qu'il détermine.

[¹ Pour les contrats d'assurance visés à l'article 1er de l'arrêté royal du 12 janvier 1984 déterminant les conditions minimales de garantie des contrats d'assurance couvrant la responsabilité civile extra-contractuelle relative à la vie privée, un sinistre causé intentionnellement par un mineur ou résultant de sa faute lourde, comme prévu par l'article 62, n'est pas opposable à la personne lésée.]¹

(1)<L 2024-02-07/18, art. 37, 036; En vigueur : 01-01-2025>

[[1](#) Droit de recours de l'assureur contre le preneur d'assurance et l'assuré]¹

(1)<L 2016-06-29/01, art. 77, 005; En vigueur : 16-07-2016>

Art. 152.¹ L'assureur peut, dans la mesure où il aurait pu refuser ou réduire ses prestations suivant la loi ou le contrat d'assurance, se réservier un droit de recours contre le preneur d'assurance et, s'il y a lieu, contre l'assuré autre que le preneur d'assurance, à concurrence de la part de responsabilité incombant personnellement à l'assuré.

Sous peine de perdre son droit de recours, l'assureur a l'obligation de notifier au preneur d'assurance, s'il y a lieu, à l'assuré autre que le preneur d'assurance, son intention d'exercer un recours aussitôt qu'il a connaissance des faits justifiant cette décision.

Le Roi peut limiter le recours dans les cas et dans la mesure qu'il détermine.]¹

(1)<L 2016-06-29/01, art. 77, 005; En vigueur : 16-07-2016>

Interventions dans la procédure

Art. 153. § 1er. Aucun jugement n'est opposable à l'assureur, à l'assuré ou à la personne lésée que s'ils ont été présents ou appelés à l'instance.

Toutefois, le jugement rendu dans une instance entre la personne lésée et l'assuré est opposable à l'assureur, s'il est établi qu'il a, en fait, assumé la direction du procès.

§ 2. L'assureur peut intervenir volontairement dans le procès intenté par la personne lésée contre l'assuré.

L'assuré peut intervenir volontairement dans le procès intenté par la personne lésée contre l'assureur.

§ 3. L'assureur peut appeler l'assuré à la cause dans le procès qui lui est intenté par la personne lésée.

L'assuré peut appeler l'assureur à la cause dans le procès qui lui est intenté par la personne lésée.

§ 4. Le preneur d'assurance, s'il est autre que l'assuré, peut intervenir volontairement ou être mis en cause dans tout procès intenté contre l'assureur ou l'assuré.

§ 5. Lorsque le procès contre l'assuré est porté devant la juridiction répressive, l'assureur peut être mis en cause par la personne lésée ou par l'assuré et peut intervenir volontairement, dans les mêmes conditions que si le procès était porté devant la juridiction civile, sans cependant que la juridiction répressive puisse statuer sur les droits que l'assureur peut faire valoir contre l'assuré ou le preneur d'assurance.

CHAPITRE 4. - Des contrats d'assurance de la protection juridique

Champ d'application

Art. 154. Les articles 155 à 157 s'appliquent aux contrats d'assurance par lesquels l'assureur s'engage à fournir des services et à prendre en charge des frais afin de permettre à l'assuré de faire valoir ses droits en tant que demandeur ou défendeur, soit dans une procédure judiciaire, administrative ou autre, soit en dehors de toute procédure.

La défense de l'assuré assumée par l'assureur de la responsabilité en application des articles 143 et 146 n'est pas visée par les articles 155 à 157.

Amendes et transactions pénales

Art. 155. Aucune amende ni transaction pénale ne peuvent faire l'objet d'un contrat d'assurance, à l'exception de celles qui sont à charge de la personne civilemement responsable et qui sont sans rapport avec les lois et arrêtés d'exécution relatifs à la circulation routière ou au transport par route.

Libre choix des conseils

Art. 156. Tout contrat d'assurance de la protection juridique stipule explicitement au moins que :

1° [[1](#)] l'assuré a la liberté de choisir, lorsqu'il faut recourir à une procédure judiciaire, administrative ou arbitrale, un avocat ou toute autre personne ayant les qualifications requises par la loi applicable à la procédure pour défendre, représenter et servir ses intérêts et, dans le cas d'un arbitrage, d'une médiation ou d'un autre mode non judiciaire reconnu de règlement des conflits, une personne ayant les qualifications requises et désignée à cette fin]¹;

2° chaque fois que surgit un conflit d'intérêts avec son assureur, l'assuré a la liberté de choisir, pour la défense de ses intérêts, un avocat ou, s'il le préfère, toute autre personne ayant les qualifications requises par la loi applicable à la procédure.

(1)<L 2017-04-09/05, art. 2, 008; En vigueur : 05-05-2017>

Droit de l'assureur de refuser sa garantie

Art. 157. Sans préjudice de la possibilité d'engager une procédure judiciaire, l'assuré peut consulter un avocat de son choix, en cas de divergence d'opinion avec son assureur quant à l'attitude à adopter pour régler le sinistre et après notification par l'assureur de son point de vue ou de son refus de suivre la thèse de l'assuré.

Si l'avocat confirme la position de l'assureur, l'assuré est remboursé de la moitié des frais et honoraires de cette consultation.

Si, contre l'avis de cet avocat, l'assuré engage à ses frais une procédure et obtient un meilleur résultat que celui qu'il aurait obtenu s'il avait accepté le point de vue de l'assureur, l'assureur qui n'a pas voulu suivre la thèse de l'assuré est tenu de fournir sa garantie et de rembourser les frais de la consultation qui seraient restés à charge de l'assuré.

Si l'avocat consulté confirme la thèse de l'assuré, l'assureur est tenu, quelle que soit l'issue de la procédure, de fournir sa garantie y compris les frais et honoraires de la consultation.

TITRE IV. - Les assurances de personnes

CHAPITRE 1er. - Dispositions communes

Caractère nominatif de la police

Art. 158. La police doit être établie au nom du preneur d'assurance; elle ne peut être ni à ordre, ni au porteur.

Assurance d'enfants en bas-âge

Art. 159. Le Roi peut imposer des conditions particulières pour les assurances qui prévoient des prestations en cas de naissance d'une personne mort-née ou de décès d'une personne de moins de cinq ans accomplis.

CHAPITRE 2. - Des contrats d'assurance sur la vie

Section I. - Dispositions générales

Champ d'application

Art. 160. Le présent chapitre s'applique à tous les contrats d'assurance de personnes dans lesquels la survenance de l'événement assuré ne dépend que de la durée de la vie humaine, même lorsque les prestations réciproques des parties ont été évaluées par elles sans tenir compte des lois de survenance. Ces assurances sont réputées avoir exclusivement un caractère forfaitaire. Les articles 167 et 178 sont également applicables aux opérations de capitalisation.

Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, pris sur avis de la FSMA et de la Banque, indiquer les dispositions du présent chapitre qui ne sont pas applicables aux assurances sur la vie qu'il désigne et préciser les règles qui leur sont applicables en lieu et place.

Cumul et absence de subrogation

Art. 161. Pour l'application du présent chapitre, la convention contraire autorisée par les articles 103 et 104 est nulle.

Section II. - Risque assuré

Incontestabilité

Art. 162. Dès la prise d'effet du contrat d'assurance sur la vie, l'assureur ne peut plus invoquer les omissions ou inexacitudes non intentionnelles dans les déclarations du preneur d'assurance ou de l'assuré.

Le Roi peut autoriser les parties à différer l'incontestabilité dans les conditions qu'il détermine.

Erreur sur l'âge de l'assuré

Art. 163. Si l'âge de l'assuré est inexactement déclaré, les prestations de chacune des parties sont augmentées ou réduites en fonction de l'âge réel qui aurait dû être pris en considération.

Risques exclus

Art. 164. § 1er. Sauf convention contraire, l'assurance ne couvre pas le suicide de l'assuré survenu moins d'un an après la prise d'effet du contrat. L'assurance couvre le suicide survenu un an ou plus d'un an après la prise d'effet du contrat. La preuve du suicide incombe à l'assureur.

§ 2. Sauf convention contraire, l'assureur ne garantit pas le décès de l'assuré :

1° [1 ...] 1

2° lorsqu'il a pour cause immédiate et directe un crime ou un délit intentionnel dont l'assuré est auteur ou coauteur et dont il a pu prévoir les conséquences.

[1] § 3. L'assureur garantit aussi le décès de l'assuré lorsque ce décès procède de l'exécution d'une

condamnation judiciaire à la peine capitale.]¹

(1)<L 2020-02-19/13, art. 2, 021; En vigueur : 09-11-2020>

Survenance d'un risque exclu

Art. 165. En cas de décès de l'assuré par suite de survenance d'un risque exclu, l'assureur paie au bénéficiaire le produit de la capitalisation des primes payées afférentes à la période postérieure à la date du décès et limité à la prestation assurée en cas de décès.

Section III. - Paiement des primes et prise d'effet du contrat

Paiement de la première prime

Art. 166. Sauf convention contraire, le contrat d'assurance sur la vie ne produit ses effets qu'à partir du jour où la première prime est payée.

Défaut de paiement d'une prime

Art. 167. Le défaut de paiement d'une prime ne donne lieu à aucune action en exécution forcée de la part de l'assureur; il entraîne seulement, selon les règles fixées par le Roi, soit la résiliation du contrat, soit la réduction des prestations de l'assureur.

Obligation de payer les primes

Art. 168. Le preneur d'assurance peut, par une convention autre que le contrat d'assurance sur la vie qu'il a conclu, s'engager à demeurer dans les liens de ce dernier contrat en en payant les primes.

Section IV. - Droits du preneur d'assurance

a) Attribution bénéficiaire

Désignation du bénéficiaire

Art. 169. § 1er. Le preneur d'assurance a le droit de désigner un ou plusieurs bénéficiaires. Ce droit lui appartient à titre exclusif et ne peut être exercé ni par son conjoint, ni par ses représentants légaux, ni par ses héritiers ou ayants cause, ni par ses créanciers.

La preuve du droit du bénéficiaire est établie conformément à l'article 64.

§ 2. Le bénéficiaire doit être une personne dont l'identité est déterminable lorsque les prestations assurées deviennent exigibles.

§ 3. L'assureur est libéré de toute obligation lorsqu'il a fait de bonne foi le paiement au bénéficiaire avant la réception de tout écrit modifiant la désignation.

Absence de bénéficiaire

Art. 170. Lorsque l'assurance ne comporte pas de désignation de bénéficiaire ou de désignation de bénéficiaire qui puisse produire effet, ou lorsque la désignation du bénéficiaire a été révoquée, les prestations d'assurance sont dues au preneur d'assurance ou à la succession de celui-ci.

Désignation du conjoint

Art. 171. Lorsque le conjoint est nommément désigné comme bénéficiaire et qu'il reste, après le divorce, bénéficiaire au sens de l'article 193 ou de l'article 196, le bénéfice du contrat lui est maintenu en cas de remariage du preneur d'assurance, sauf stipulation contraire.

Lorsque le conjoint n'est pas nommément désigné comme bénéficiaire, le bénéfice du contrat est attribué à la personne qui a cette qualité lors de l'exigibilité des prestations assurées.

Désignation des enfants

Art. 172. Lorsque les enfants ne sont pas nommément désignés comme bénéficiaires, le bénéfice du contrat est attribué aux personnes qui ont cette qualité lors de l'exigibilité des prestations assurées. Les descendants en ligne directe viennent par représentation de l'enfant prédece

Désignation conjointe des enfants et du conjoint comme bénéficiaires

Art. 173. Lorsque le conjoint et les enfants, avec ou sans indication de leurs noms, sont désignés conjointement comme bénéficiaires, le bénéfice du contrat est attribué, sauf stipulation contraire, pour moitié au conjoint et pour moitié aux enfants.

Désignation des héritiers légaux comme bénéficiaires

Art. 174. Lorsque les héritiers légaux sont désignés comme bénéficiaires sans indication de leurs noms, les prestations d'assurance sont dues, jusqu'à preuve du contraire ou sauf clause contraire, à la succession du preneur d'assurance.

Prédécès du bénéficiaire

Art. 175. En cas de décès du bénéficiaire avant l'exigibilité des prestations d'assurance et même si le bénéficiaire en avait accepté le bénéfice, ces prestations sont dues au preneur d'assurance ou à la succession de celui-ci, à moins qu'il ait désigné un autre bénéficiaire à titre subsidiaire.

b) Révocation du bénéfice

Droit de révocation

Art. 176. Tant qu'il n'y a pas eu acceptation par le bénéficiaire, le preneur d'assurance a le droit de révoquer l'attribution bénéficiaire jusqu'au moment de l'exigibilité des prestations assurées.

La preuve de la révocation est établie conformément à l'article 64.

Le droit de révocation appartient exclusivement au preneur d'assurance. Il peut seul l'exercer, à l'exclusion de son conjoint, de ses représentants légaux, de ses créanciers et, sauf le cas visé à l'article 957 du Code civil, de ses héritiers ou ayants droit.

Effets de la révocation

Art. 177. La révocation de l'attribution bénéficiaire fait perdre le droit au bénéfice des prestations assurées.

c) Rachat et réduction

Droits au rachat et à la réduction

Art. 178. Le droit au rachat et le droit à la réduction du contrat appartiennent au preneur d'assurance. Ces droits ne peuvent être exercés ni par son conjoint, ni par ses créanciers. Le Roi en fixe les conditions d'existence et d'exercice.

En cas d'acceptation du bénéfice, l'exercice du droit au rachat est subordonné au consentement du bénéficiaire.

d) Remise en vigueur du contrat

Remise en vigueur

Art. 179. Lorsque le contrat a été résilié pour non-paiement de la prime ou a été réduit, il peut être remis en vigueur dans les cas et selon les conditions fixés par le Roi.

e) Avance sur les prestations assurées par le contrat

Droit à l'avance

Art. 180. Le droit d'obtenir de l'assureur une avance sur les prestations assurées appartient au preneur d'assurance. Ce droit ne peut être exercé ni par son conjoint, ni par ses créanciers. Le Roi en fixe les conditions d'existence et d'exercice.

En cas d'acceptation du bénéfice, l'exercice du droit à l'avance est subordonné au consentement du bénéficiaire.

f) Mise en gage des droits résultant du contrat

Droit de mise en gage

Art. 181. Les droits résultant du contrat d'assurance peuvent être mis en gage; ils ne peuvent l'être que par le preneur d'assurance, à l'exclusion de son conjoint et de ses créanciers.

En cas d'acceptation du bénéfice, la mise en gage est subordonnée au consentement du bénéficiaire.

Forme

Art. 182. La mise en gage du contrat ne peut s'opérer que par avenant signé par le preneur d'assurance, le créancier gagiste et l'assureur.

g) Cession des droits résultant du contrat

Droit de cession

Art. 183. Les droits résultant du contrat d'assurance peuvent être cédés en tout ou en partie par le preneur d'assurance. Ce droit de cession ne peut être exercé ni par son conjoint, ni par ses créanciers.

En cas d'acceptation du bénéfice, l'exercice du droit de cession est subordonné au consentement du bénéficiaire.

Forme

Art. 184. La cession de tout ou partie des droits résultant du contrat ne peut s'opérer que par avenant signé par le cédant, le cessionnaire et l'assureur.

Toutefois, le preneur d'assurance peut stipuler dans le contrat qu'à son décès, tout ou partie de ses droits seront transmis à la personne désignée à cet effet.

Section V. - Droits du bénéficiaire

a) Droit aux prestations d'assurance

Droit aux prestations d'assurance

Art. 185. Par le seul fait de sa désignation, le bénéficiaire a droit aux prestations d'assurance.

Ce droit devient irrévocable par l'acceptation du bénéfice, sans préjudice de la révocation des donations prévue aux articles 953 à 958 et 1096 du Code civil et sous réserve de l'application de l'article 175.

b) Acceptation du bénéfice

Droit d'acceptation

Art. 186. Le bénéficiaire peut accepter le bénéfice à tout moment, même après que les prestations d'assurance soient devenues exigibles.

Le droit d'acceptation appartient exclusivement au bénéficiaire. Il ne peut être exercé ni par son conjoint, ni par ses créanciers.

Forme

Art. 187. Tant que le preneur d'assurance est en vie, l'acceptation ne peut se faire que par un avenant à la police, portant les signatures du bénéficiaire, du preneur d'assurance et de l'assureur.

Après le décès du preneur d'assurance, l'acceptation peut être expresse ou tacite. Elle n'a toutefois d'effet à l'égard de l'assureur que si elle lui est notifiée par écrit.

c) Droits des héritiers du preneur d'assurance à l'égard du bénéficiaire

Rapport ou réduction en cas de décès du preneur d'assurance

Art. 188. En cas de décès du preneur d'assurance, la prestation d'assurance est, conformément au Code civil, sujette à réduction [1] et à rapport[1].

(1)<L 2017-07-31/25, art. 68, 012; En vigueur : 01-09-2018>

d) Droits des créanciers du preneur d'assurance à l'égard du bénéficiaire

Prestations d'assurance

Art. 189. Les créanciers du preneur d'assurance n'ont aucun droit sur les prestations d'assurance dues au bénéficiaire.

Remboursement des primes

Art. 190. Les créanciers du preneur d'assurance ne peuvent réclamer au bénéficiaire à titre gratuit le remboursement des primes que dans la mesure où les versements effectués de ce chef étaient manifestement exagérés eu égard à la situation de fortune du preneur d'assurance et seulement dans le cas où ces versements ont eu lieu en fraude de leurs droits au sens de l'article [1] 5.243[1] du Code civil.

Ce remboursement ne peut excéder le montant des prestations d'assurance dues au bénéficiaire.

(1)<L 2022-04-28/25, art. 52, 028; En vigueur : 01-01-2023>

Section VI. - Effets du divorce ou de la séparation de corps dans les assurances entre époux communs en biens

A. Divorce pour cause de désunion irrémédiable

Droits du preneur d'assurance durant l'instance en divorce

Art. 191. L'exercice des droits appartenant au preneur d'assurance en vertu des articles 169 à 184 est maintenu durant l'instance en divorce, sauf application des articles 1280 et 1283 du Code judiciaire.

Droit aux prestations d'assurance durant l'instance en divorce

Art. 192. Les prestations d'assurance devenues exigibles durant l'instance en divorce sont payées valablement au conjoint désigné comme bénéficiaire, sauf application des articles 1280 et 1283 du Code judiciaire.

Droit aux prestations d'assurance échéant après la transcription du divorce

Art. 193. Sous réserve de l'application de l'article 299 du Code civil, les prestations d'assurance devenues exigibles après la transcription du divorce sont payées valablement au conjoint divorcé désigné comme bénéficiaire, à moins que, dans le contrat même, une autre personne n'ait été désignée, nommément ou non, comme bénéficiaire en cas de divorce et que l'assureur n'ait été informé du divorce, ou à moins que les époux n'en soient convenus autrement pendant la procédure de divorce ou ultérieurement et n'aient informé l'assureur de la nouvelle désignation.

B. Divorce par consentement mutuel

Droits du preneur d'assurance durant le temps des épreuves

Art. 194. L'exercice des droits appartenant au preneur d'assurance en vertu des articles 169 à 184 est maintenu durant le temps des épreuves, à moins que les époux n'en soient convenus autrement conformément à l'article 1287 du Code judiciaire. Cette convention n'est opposable à l'assureur qu'après lui avoir été notifiée.

Droit aux prestations d'assurance échéant durant le temps des épreuves

Art. 195. Les prestations d'assurance devenues exigibles durant le temps des épreuves sont payées valablement par l'assureur au conjoint désigné comme bénéficiaire, à moins que les époux n'en soient convenus autrement conformément à l'article 1287 du Code judiciaire et n'aient informé l'assureur de la nouvelle désignation.

Droit aux prestations d'assurance échéant après la transcription du divorce

Art. 196. Sous réserve de l'application de l'article 299 du Code civil, les prestations d'assurance devenues exigibles après la transcription du divorce sont payées valablement au conjoint divorcé désigné comme bénéficiaire, à moins que, dans le contrat même, une autre personne n'ait été désignée, nommément ou non, comme bénéficiaire en cas de divorce et que l'assureur n'ait été informé du divorce, ou à moins que les époux n'en soient convenus autrement conformément à l'article 1287 du Code judiciaire et n'aient informé l'assureur de la nouvelle désignation.

C. Séparation de corps

Séparation de corps

Art. 197. § 1er. Les articles 191 à 193 sont applicables à la séparation de corps pour cause de désunion irrémédiable.

§ 2. Les articles 194 à 196 sont applicables à la séparation de corps par consentement mutuel.

Section VII. [¹ Délai de versement d'un contrat d'assurance sur la vie]¹

(1)<Inséré par L 2019-05-02/28, art. 53, 018; En vigueur : 22-05-2020>

Art. 197/1. [¹ La présente section est d'application sur tous les modes de fin d'un contrat d'assurance sur la vie dont le risque ou l'engagement est situé en Belgique, ainsi qu'en cas de rachat partiel d'un tel contrat d'assurance sur la vie. La présente section n'est pas applicable aux contrats conclus dans le cadre du deuxième pilier de la pension.]¹

(1)<L 2024-05-03/21, art. 71, 032; En vigueur : 10-06-2024>

Art. 197/2. [¹ Procédure et modalités du versement de la prestation assurée

§ 1er. Lorsque l'assureur reçoit une demande de versement d'un contrat d'assurance sur la vie, il communique par écrit au bénéficiaire dans un délai de deux semaines, à compter du jour où la demande a été reçue, les documents et les informations qui doivent lui être transmis en vue du versement de la prestation d'assurance de ce contrat d'assurance sur la vie.

§ 2. Le délai au paragraphe 1er est suspendu si l'assureur ne dispose pas de données suffisantes pour identifier ou localiser un ou plusieurs bénéficiaires. L'assureur prend toutes les mesures raisonnables pour obtenir dans le délai le plus court possible ces données, après quoi le délai défini au paragraphe 1er reprend. L'assureur démontre à l'aide du dossier le motif pour lequel le délai a été suspendu, le cas échéant, et il prouve que cette suspension est en conformité avec la loi.

§ 3. Si l'assureur constate, après réception des documents et des informations visés au paragraphe 1er, que des renseignements complémentaires sont nécessaires vu la nature et le contenu de ces documents et de ces informations, l'assureur le communique dans un délai d'un mois.

§ 4. Dans un délai d'un mois à compter de la réception de tous les documents et informations à fournir, comme décrit aux paragraphes 1er et 3, l'assureur procède au versement de la prestation d'assurance à octroyer.

Ce délai est suspendu si le versement ne peut pas s'effectuer pour une raison étrangère à l'assureur. Le délai commence à courir à nouveau lorsque la raison cesse d'exister. L'assureur doit démontrer à l'aide du dossier le motif pour lequel le délai a été suspendu, le cas échéant, et il doit prouver que cette suspension est en conformité avec la loi.

§ 5. Le non-respect des délais visés aux paragraphes 1er, 3 et 4 a pour conséquence qu'à partir du lendemain de l'échéance du délai non respecté et jusqu'au jour où les documents et les renseignements nécessaires tels que décrits aux paragraphes 1er et 3 sont demandés ou jusqu'au jour du versement effectif par l'assureur tel que décrit au paragraphe 4, le taux d'intérêt légal commence à courir de plein droit et sans mise en demeure sur la prestation d'assurance à octroyer.

§ 6. Les documents et les informations visés aux paragraphes 1er et 3 doivent être raisonnables et pertinents en vue du règlement du versement des contrats d'assurance sur la vie.

L'assureur ne peut pas demander de documents ou d'informations qu'il a déjà demandés aux bénéficiaires ou à des tiers.

Après avis de la FSMA, Le Roi peut déterminer les documents et les informations que l'assureur peut demander ou non.]¹

(1)<Inséré par L 2019-05-02/28, art. 55, 018; En vigueur : 22-05-2020>

Art. 197/3. [¹ Responsabilité de l'intermédiaire d'assurances

§ 1er. En exécution de la présente section, l'assureur collaborant à la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance avec des agents d'assurances ou des courtiers qui agissent de manière apparente comme mandataires de l'assureur, est complètement et inconditionnellement responsable de toute action ou tout manquement de ces agents d'assurances et courtiers.

L'application de l'alinéa 1er ne porte pas atteinte à l'article 279.

§ 2. L'assureur peut exercer un recours contre les personnes visées au paragraphe 1er si celles-ci sont à l'origine du versement tardif.]¹

(1)<Inséré par L 2019-05-02/28, art. 56, 018; En vigueur : 22-05-2020>

CHAPITRE 3. - Des contrats d'assurance de personnes autres que les contrats d'assurance sur la vie

Caractère des garanties

Art. 198. Les assurances de personnes autres que les assurances sur la vie ont un caractère indemnitaire ou un caractère forfaitaire selon ce qui est déterminé par la volonté des parties.

Assurances à caractère forfaitaire autres que les assurances sur la vie

Art. 199. Le Roi détermine dans quelle mesure et selon quelles modalités les dispositions de la présente loi relatives aux contrats d'assurance sur la vie sont applicables aux contrats d'assurance de personnes à caractère forfaitaire pour lesquels la survenance de l'événement assuré ne dépend pas exclusivement de la durée de la vie humaine.

Choix du médecin

Art. 200. Pour ses soins, l'assuré a le libre choix de son médecin.

CHAPITRE 4. - Des contrats d'assurance maladie

Section Ire. - Dispositions préliminaires

Définitions

Art. 201. § 1er. Par contrat d'assurance maladie, l'on entend :

1° l'assurance soins de santé qui garantit, en cas de maladie ou en cas de maladie et d'accident, des prestations relatives à tout traitement médical préventif, curatif ou diagnostique nécessaire à la préservation et/ou au rétablissement de la santé;

2° l'assurance incapacité de travail qui, en cas de maladie ou en cas de maladie et d'accident, indemnise totalement ou partiellement la diminution ou la perte de revenus professionnels due à l'incapacité de travail d'une personne;

3° l'assurance invalidité qui garantit une prestation en cas de maladie ou en cas de maladie et d'accident;

4° l'assurance soins non obligatoire qui prévoit des prestations en cas de perte totale ou partielle d'autonomie. Sont exclues de la définition du contrat d'assurance maladie :

a) les assurances voyage et assistance temporaires qui garantissent les prestations visées à l'alinéa 1er;

b) l'assurance accidents de travail loi et les assurances accidents complémentaires qui y sont liées;

c) les assurances accident;

d) les prestations de solidarité visées à l'article 1er de l'arrêté royal du 14 novembre 2003 fixant les prestations de solidarité liées aux régimes de pension complémentaires sociaux;

e) les prestations de solidarité visées à l'article 1er de l'arrêté royal du 15 décembre 2003 fixant les prestations de solidarité liées aux conventions sociales de pension.

§ 2. L'on entend par "contrat d'assurance maladie lié à l'activité professionnelle" 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.

§ 3. L'on entend par "assuré principal" la personne au profit de laquelle le contrat d'assurance maladie est conclu.

§ 4. L'on entend par "assurés secondaires" les membres de la famille de l'assuré principal affiliés au contrat d'assurance maladie.

Section Ire/1. [¹] - Dispositions communes aux assurances soins de santé visées à l'article 201, § 1er, alinéa 1er, 1°]¹

(1)<Inséré par L 2024-04-21/07, art. 3, 035; En vigueur : 01-11-2024>

Prestations résultant d'une tentative de suicide

Art. 201/1. [¹] § 1er. L'entreprise d'assurances ne peut exclure les prestations résultant d'une tentative de suicide du preneur d'assurance dans le contrat d'assurance soins de santé.

§ 2. Il est interdit à l'assureur, lors de la conclusion d'un contrat d'assurance soins de santé, d'imputer une surprime ou de refuser l'assurance en raison d'une tentative de suicide préalable du preneur d'assurance.

§ 3. Les personnes qui ont fait une tentative de suicide et qui souhaitent contracter un contrat d'assurance soins de santé déclarent cette tentative de suicide à leur assureur conformément à l'article 58. Il est interdit à l'entreprise d'assurance, à l'expiration d'un délai maximum d'un an après la tentative de suicide, de prendre cette tentative en compte pour déterminer l'état de santé actuel.]¹

(1)<Inséré par L 2024-04-21/07, art. 4, 035; En vigueur : 01-11-2024>

Section II. - Contrats d'assurance maladie non liés à l'activité professionnelle

Champ d'application

Art. 202. Les dispositions de la présente section sont applicables aux contrats d'assurance maladie non liés à l'activité professionnelle.

Ces dispositions sont applicables au preneur d'assurance, à l'assuré principal et aux assurés secondaires.

Durée du contrat d'assurance

Art. 203. § 1er. Sans préjudice de l'application des articles 59, 60, 65, 69, 70, 71, 72 et 81 et hormis le cas de fraude, les contrats d'assurance maladie visés à l'article 201, § 1er, 1°, 3° et 4° sont conclus à vie. Les contrats d'assurance maladie visés à l'article 201, § 1er, 2°, valent jusqu'à l'âge de 65 ans ou un âge antérieur, si cet âge est l'âge normal auquel l'assuré met complètement et définitivement fin à son activité professionnelle.

§ 2. Sans préjudice de l'application de l'article 85, § 3, les contrats peuvent être conclus pour une durée limitée à la demande expresse de l'assuré principal et s'il y va de son intérêt.

§ 3. Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux contrats d'assurance maladie offerts à titre accessoire par rapport au risque principal, dont la durée n'est pas à vie.

Modifications tarifaires et contractuelles

Art. 204. § 1er. Sauf accord réciproque des parties et à la demande exclusive de l'assuré principal, ainsi que dans les cas visés aux paragraphes 2, 3 et 4, l'assureur ne peut plus apporter de modifications aux bases techniques de la prime ni aux conditions de couverture après que le contrat d'assurance maladie ait été conclu.

La modification des bases techniques de la prime et/ou des conditions de couverture, moyennant l'accord réciproque des parties, prévue à l'alinéa 1er, ne peut s'effectuer que dans l'intérêt des assurés.

[¹ Nonobstant l'alinéa 1er, l'assureur peut, dans l'intérêt des assurés et moyennant l'accord du preneur d'assurance, modifier le contrat d'assurance maladie, en raison de l'application de nouvelle réglementation.]¹

§ 2. [² La prime, la franchise et/ou la prestation peuvent être adaptées à la date de l'échéance annuelle de la prime sur la base de l'indice des prix à la consommation.]²

§ 3. [² La prime, la franchise et/ou la prestation peuvent être adaptées, à la date de l'échéance annuelle de la prime et sur la base d'un ou plusieurs indices spécifiques, aux coûts des services couverts par les contrats privés d'assurance maladie si et dans la mesure où l'évolution de cet ou ces indices dépasse celle de l'indice des prix à la consommation.]²

Le Roi, sur proposition conjointe des ministres qui ont les Assurances et les Affaires sociales dans leurs attributions et après consultation du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (ci-après "le Centre d'expertise"), détermine la méthode de construction de ces indices. A cet effet, Il :

- sélectionne un ensemble de paramètres objectifs et représentatifs;
- détermine le mode de calcul des valeurs de ces paramètres;
- détermine les poids respectifs de ces paramètres dans le ou les indices.

Cette méthode peut être évaluée par le Centre d'expertise, à la demande conjointe des ministres qui ont les Affaires sociales et les Assurances dans leurs attributions.

Sur la base de la méthode fixée par le Roi, le SPF Economie calcule et publie annuellement au Moniteur belge la valeur de l'indice ou des indices, sur la base des chiffres connus au 30 juin. La publication du résultat se fait au plus tard le 1er septembre. Les modalités de collaboration entre le Centre d'expertise et le SPF Economie font l'objet d'un protocole signé entre ces deux institutions.

Le Roi peut augmenter la fréquence du calcul et de la publication de la valeur de l'indice ou des indices.

Les personnes et institutions qui disposent des renseignements nécessaires au calcul sont tenues de les communiquer au Centre d'expertise et au SPF Economie à la demande de ceux-ci.

[² Chaque entreprise d'assurance adapte automatiquement les clauses d'indexation et les modalités dans les contrats, conformément à ce paragraphe et aux arrêtés d'exécution, y compris leurs modifications ultérieures. Elle sont adaptées dans un délai de 2 ans à compter de l'entrée en vigueur de ces arrêtés et de toute modification ultérieure de ceux-ci. L'entreprise d'assurance informe le preneur d'assurance de la méthode d'indexation modifiée et de ses modalités au moyen d'une mention sur l'avis d'échéance.

Les modifications qui découlent de l'adaptation des contrats existants à cette loi et ses arrêtés d'exécution ne peuvent pas justifier la résiliation du contrat par le preneur d'assurance.]²

[³ Pour le calcul des indices spécifiques visés à l'alinéa 1er, les entreprises d'assurance communiquent la charge brute des sinistres par garantie et par classe d'âge pour toute assurance soins de santé autre que l'assurance soins de santé liée à l'activité professionnelle. Ces données concernent les factures avant avril pour des sinistres qui se sont produits entre le 1er octobre de la deuxième année précédant le rapportage et le 30 septembre de l'année précédant ce rapportage.

Le Roi peut préciser les éléments auxquels se rapportent les données visées à l'alinéa précédent.]³

§ 4. L'application du présent article ne porte pas préjudice à l'article 41 de la présente loi, [² ni à l'article 504 de la loi du 13 mars 2016].²

§ 5. La prime, la période de carence et les conditions de couverture peuvent être adaptées de manière raisonnable et proportionnelle :

1. aux modifications intervenues dans la profession de l'assuré, en ce qui concerne l'assurance soins de santé non obligatoire, l'assurance incapacité de travail, l'assurance invalidité et l'assurance soins et/ou
2. aux modifications intervenues dans le revenu de l'assuré, en ce qui concerne l'assurance incapacité de travail et l'assurance invalidité et/ou
3. 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.

(1)<L 2015-10-26/06, art. 87, 003; En vigueur : 09-11-2015>

(2)<L 2016-03-13/07, art. 728, 004; En vigueur : 23-03-2016; voir aussi l'art. 756>

(3)<L 2017-04-18/03, art. 54, 007; En vigueur : 04-05-2017>

Incontestabilité

Art. 205. Dès qu'un délai de deux ans s'est écoulé à compter de l'entrée en vigueur du contrat d'assurance maladie, l'assureur ne peut invoquer l'article 60 en ce qui concerne les omissions ou inexacuitudes non intentionnelles dans les déclarations du preneur d'assurance ou de l'assuré, lorsque ces omissions ou inexacuitudes se rapportent à une maladie ou une affection dont les symptômes s'étaient déjà manifestés au moment de la conclusion du contrat et qui n'a pas été diagnostiquée dans le même délai de deux ans.

L'assureur ne peut invoquer une omission ou inexacuitude non intentionnelle lorsque la maladie ou une affection

ne s'était encore manifestée d'aucune manière au moment de la conclusion du contrat d'assurance.

Malades chroniques et personnes handicapées

Art. 206. Le candidat assuré principal qui souffre d'une maladie chronique ou d'un handicap et qui n'a pas atteint l'âge de soixante-cinq ans, a droit à une assurance soins de santé, étant entendu que les coûts liés à la maladie ou au handicap qui existe au moment de la conclusion du contrat d'assurance peuvent, sans préjudice de l'application de l'article 205 être exclus de la couverture. La prime doit être celle qui serait réclamée à la même personne si elle n'était pas malade chronique ou handicapée.

Sans préjudice de l'application des articles 58 et 61 en ce qui concerne l'information relative aux données génétiques, un document qui établit avec précision la maladie ou le handicap visé ainsi que les coûts exclus de la couverture ou qui font l'objet d'une couverture limitée, est joint au contrat d'assurance. Le modèle du document est arrêté par le Roi.

Sans préjudice de la compétence des cours et tribunaux, les litiges portant sur les coûts exclus de la couverture ou faisant l'objet d'une couverture limitée sont d'abord soumis à un organe de conciliation constitué par le Roi par arrêté délibéré en Conseil des ministres.

Art. 207. § 1er. L'assuré principal informe l'assureur, par écrit ou par voie électronique, du moment où un assuré secondaire quitte le contrat d'assurance ainsi que du nouveau lieu de résidence de celui-ci.

Sur la base de ces données, l'assureur soumet à l'assuré secondaire, dans les trente jours, une offre d'assurance conforme aux articles 203 et 204. L'assureur informe l'assuré secondaire que l'offre vaut également pour les membres de sa famille. Il ne peut invoquer le fait que le risque est déjà réalisé.

L'assuré secondaire dispose d'un délai de soixante jours pour accepter la proposition d'assurance par écrit ou par voie électronique. Le droit d'accepter l'offre s'éteint à l'expiration de ce délai.

§ 2. Le contrat d'assurance que l'assuré secondaire a accepté commence à courir au moment où celui-ci perd le bénéfice de l'assurance précédente.

Section III. - Poursuite individuelle d'un contrat d'assurance maladie lié à l'activité professionnelle

Conditions d'octroi

Art. 208. § 1er. Sauf si elle perd le bénéfice du contrat d'assurance maladie lié à l'activité professionnelle pour les raisons visées aux articles 59, 60, 69, 70, 72 et 79 et, de manière générale, en cas de fraude, toute personne affiliée à une assurance liée à l'activité professionnelle a le droit de poursuivre, en tout ou en partie, cette assurance individuellement lorsqu'elle perd le bénéfice de l'assurance liée à l'activité professionnelle, sans devoir subir un examen médical supplémentaire ni devoir remplir un nouveau questionnaire médical.

A cet effet, l'assuré principal doit, durant les deux années précédant la perte du contrat d'assurance maladie lié à l'activité professionnelle qui est poursuivi, avoir été affilié de manière ininterrompue à un ou plusieurs contrats d'assurance maladie successifs souscrits auprès d'une entreprise d'assurances au sens de la présente loi.

§ 2. Le preneur d'assurance ou, en cas de faillite ou de liquidation, le curateur ou le liquidateur du preneur d'assurance informe l'assuré principal, par écrit ou par voie électronique, au plus tard dans les trente jours suivant la perte du bénéfice de l'assurance liée à l'activité professionnelle, du moment précis de cette perte et de la possibilité de poursuivre le contrat individuellement. De plus, il informe l'assuré principal du délai dans lequel celui-ci et, le cas échéant, le coassuré peuvent exercer leur droit à la poursuite individuelle. Le preneur d'assurance ou, en cas de faillite ou de liquidation, le curateur ou le liquidateur transmet en même temps à l'assuré principal les coordonnées de l'entreprise d'assurances concernée.

L'assuré principal et, le cas échéant, le coassuré disposent d'un délai de trente jours pour informer par écrit ou par voie électronique l'assureur de leur intention de poursuivre le contrat d'assurance maladie lié à l'activité professionnelle, en tout ou en partie, individuellement. Le délai commence à courir le jour de réception du courrier par lequel le preneur d'assurance ou, en cas de faillite ou de liquidation, le curateur ou le liquidateur du preneur d'assurance informe l'assuré principal par écrit ou par voie électronique qu'il peut décider de poursuivre individuellement le contrat d'assurance maladie lié à l'activité professionnelle dont il a perdu le bénéfice. L'assuré principal et, le cas échéant, le coassuré disposent du droit de prolonger ce délai de trente jours, à condition d'en informer l'assureur par écrit ou par voie électronique. Ce droit doit lui être signifié par l'employeur, conformément à l'alinéa 1er. Ce délai expire en tout cas après cent cinq jours à compter du jour de la perte du bénéfice de l'assurance maladie liée à l'activité professionnelle.

L'assureur dispose d'un délai de quinze jours pour soumettre à l'assuré principal et, le cas échéant, au coassuré, par écrit ou par voie électronique, une offre d'assurance conforme aux articles 203 et 204. L'assureur ne peut invoquer le fait que le risque est déjà réalisé.

En même temps qu'il adresse son offre, l'assureur informe l'assuré principal et, le cas échéant, le coassuré sur les conditions de garantie, notamment les prestations couvertes, les exclusions, le délai de déclaration. Il rappelle également à l'assuré principal et, le cas échéant, au coassuré le délai de trente jours dont il dispose pour accepter l'offre soit par écrit, soit par voie électronique.

L'assuré principal et, le cas échéant, le coassuré disposent d'un délai de trente jours pour accepter l'offre d'assurance par écrit ou par voie électronique. Ce délai commence à courir le jour de la réception de l'offre de l'assureur visée à l'alinéa 3. Le droit à la poursuite individuelle s'éteint à l'expiration de ce délai.

§ 3. Lorsque le coassuré perd le bénéfice de l'assurance liée à l'activité professionnelle pour une autre raison que la perte du bénéfice de cette assurance par l'assuré principal, le coassuré dispose d'un délai de cent cinq

jours, à partir du moment où il perd le bénéfice précité, pour informer l'assureur, par écrit ou par voie électronique, de son intention d'exercer son droit à la poursuite individuelle.

L'assureur dispose d'un délai de quinze jours pour lui faire, par voie électronique ou par écrit, une offre d'assurance conforme aux articles 203 et 204. L'assureur ne peut invoquer le fait que le risque est déjà réalisé.

Le coassuré dispose d'un délai de trente jours pour accepter l'offre d'assurance par écrit ou par voie électronique. Ce délai commence à courir le jour de la réception de l'offre de l'assureur visée à l'alinéa 2. Le droit à la poursuite individuelle s'éteint à l'expiration de ce délai.

§ 4. Le contrat d'assurance accepté par l'assuré prend cours au moment où il perd l'avantage de l'assurance liée à l'activité professionnelle.

Information à fournir par l'assureur

Art. 209. § 1er. L'assureur informe le preneur d'assurance de la possibilité pour l'assuré de payer individuellement une prime complémentaire. Le preneur d'assurance transmet cette information sans délai à l'assuré principal.

Le paiement de ces primes complémentaires, pour autant qu'elles aient été payées année par année sans interruption, a pour effet qu'en cas de poursuite individuelle la prime visée à l'article 211 est fixée en tenant compte de l'âge de l'assuré au moment où il a commencé à payer les primes complémentaires.

L'âge retenu pour le calcul de la prime visée à l'article 211 est relevé proportionnellement, en cas d'interruption temporaire du paiement des primes complémentaires visées à l'alinéa 2, en fonction de cette interruption.

§ 2. Si l'assureur a négligé de remplir le devoir d'information visé au paragraphe 1er, la prime du contrat d'assurance maladie poursuivi individuellement est, par dérogation à l'article 211, calculée en tenant compte de l'âge de l'assuré principal ou du coassuré au moment de son affiliation à l'assurance liée à l'activité professionnelle. Il appartient à l'assureur de démontrer qu'il a rempli le devoir d'information visé au paragraphe 1er.

Si le preneur d'assurance a omis de transmettre l'information visée au paragraphe 1er à l'assuré principal, le preneur d'assurance est tenu de verser à l'assureur la différence entre la prime calculée sur la base de l'âge atteint au moment de l'exercice du droit de la poursuite individuelle du contrat et la prime calculée sur la base de l'âge de l'assuré principal au moment de son affiliation à l'assurance liée à l'activité professionnelle. La prime relative au contrat d'assurance maladie poursuivi individuellement qui est réclamée à l'assuré principal est également dans ce cas, par dérogation à l'article 211, calculée en tenant compte de l'âge de l'assuré principal au moment de son affiliation à l'assurance liée à l'activité professionnelle. Il appartient au preneur d'assurance de démontrer qu'il a transmis l'information visée au paragraphe 1er.

Garanties

Art. 210. § 1er. Le contrat d'assurance maladie poursuivi individuellement offre au moins des garanties similaires à celles offertes par le contrat d'assurance maladie lié à l'activité professionnelle poursuivi.

Les garanties de l'assurance soins de santé individuelle sont considérées comme similaires si les éléments suivants de l'assurance soins de santé liée à l'activité professionnelle sont repris :

1° le choix de la chambre : le remboursement intégral ou partiel ou le non-remboursement des frais supportés dans une chambre individuelle, double ou commune;

2° la formule de remboursement : le remboursement (partiel) des frais réels ou le remboursement des frais sur la base du niveau de remboursement INAMI dans le cadre de l'assurance soins de santé légale, ou la possibilité d'une intervention forfaitaire;

3° la pré- et posthospitalisation : la prise en charge ou non des frais ambulatoires liés à l'hospitalisation et qui surviennent dans un délai déterminé avant ou après l'hospitalisation; si ces frais sont couverts, ce délai doit être d'une durée minimale d'un mois avant et de trois mois après l'hospitalisation;

4° les maladies graves : la prise en charge ou non des frais ambulatoires liés aux maladies graves.

Les garanties de l'assurance incapacité de travail individuelle sont considérées comme similaires si elles prévoient, comme l'assurance incapacité de travail liée à l'activité professionnelle, le versement d'un même pourcentage de la perte de revenus subie ou un même montant fixe, toutefois limité le cas échéant à la perte de revenus subie. L'assurance incapacité de travail individuelle, qui poursuit l'assurance incapacité de travail liée à l'activité professionnelle, vaut jusqu'à l'âge légal de la pension ou un âge antérieur, s'il s'agit de l'âge normal auquel l'assuré cesse complètement et définitivement son activité professionnelle.

Les garanties de l'assurance invalidité individuelle sont considérées comme similaires si elles prévoient le versement d'un même montant fixe ou une indemnisation calculée sur la base des mêmes paramètres que ceux qui sont pris en compte dans le cadre de l'assurance invalidité liée à l'activité professionnelle.

Les garanties de l'assurance dépendance individuelle sont considérées comme similaires si elles prévoient, comme l'assurance soins liée à l'activité professionnelle, le versement d'un même montant fixe ou une indemnisation identique des frais dus à la perte totale ou partielle d'autonomie.

§ 2. Sans préjudice de l'article 203, § 1er, la poursuite individuelle du contrat d'assurance maladie lié à l'activité professionnelle a lieu sans imposer un nouveau délai d'attente. La garantie ne peut pas être limitée et aucune prime supplémentaire ne peut être imposée en raison de l'évolution de l'état de santé de l'assuré au cours du contrat d'assurance maladie liée à l'activité professionnelle.

Prime

Art. 211. Pour le calcul de la prime du contrat d'assurance maladie poursuivi individuellement, il est tenu compte uniquement :

1° de l'âge de l'assuré au moment de la poursuite individuelle du contrat, sans préjudice de l'article 209, § 1er;
2° [1] en ce qui concerne l'assurance soins de santé, des éléments d'évaluation du risque tels qu'ils existaient et furent évalués lors de l'affiliation de l'assuré à un contrat d'assurance soins de santé lié à l'activité professionnelle et pour autant que l'assuré soit resté affilié de façon ininterrompue à un ou plusieurs contrats d'assurance soins de santé successifs; pour les autres assurances maladies, les éléments d'évaluation du risque, tels qu'ils existaient et furent évalués lors de l'affiliation au contrat d'assurance maladie lié à l'activité professionnelle poursuivi;]

3° du régime de sécurité sociale et du statut auxquels l'assuré est assujetti;
4° en ce qui concerne l'assurance soins de santé, de l'assurance invalidité et de l'assurance soins, ainsi que de la profession de l'assuré;
5° en ce qui concerne l'assurance incapacité de travail, de la profession et du revenu professionnel de l'assuré.

(1)<L 2016-06-29/01, art. 79, 005; En vigueur : 16-07-2016>

CHAPITRE 5. - Dispositions propres à certains contrats d'assurance qui garantissent le remboursement du capital d'un crédit

Art. 212. § 1er. Le Roi peut, sur proposition conjointe du ministre et du ministre ayant la Santé publique dans ses attributions et après consultation de la Commission de la protection de la vie privée, fixer des dispositions d'exécution pour un ou plusieurs des points suivants :

1° dans quels cas et pour quels types de crédit ou pour quels montants assurés un questionnaire médical standardisé doit être complété;

2° le contenu du questionnaire médical standardisé, étant entendu qu'il doit être établi dans le respect de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel et de l'article 8 de la Convention de sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés fondamentales du 4 novembre 1950;

3° la manière dont les assureurs tiennent compte du questionnaire dans leur décision d'attribuer ou non l'assurance et pour la fixation de la prime;

4° les cas où les assureurs peuvent demander un examen médical complémentaire au candidat à l'assurance, ainsi que le contenu de cet examen et le droit à l'information concernant les résultats de cet examen;

5° le délai dans lequel les assureurs doivent communiquer leur décision relative à la demande d'assurance au candidat à l'assurance, étant entendu que la durée globale de traitement des dossiers de demande de prêt immobilier par les établissements de crédit et les assureurs ne pourra pas excéder cinq semaines à compter de la réception du dossier complet;

6° la manière dont les établissements de crédit prennent également en considération d'autres garanties que l'assurance du solde restant dû lors de l'octroi d'un crédit;

7° les conditions auxquelles les candidats à l'assurance qui se voient refuser l'accès à une assurance du solde restant dû peuvent faire appel au Bureau du suivi de la tarification visé à l'article 217, § 1er;

8° l'obligation dans le chef des entreprises d'assurances et des établissements de crédit de diffuser largement et de façon compréhensible l'information sur l'existence du présent mécanisme d'assurances du solde restant dû pour les personnes présentant un risque de santé accru;

9° les cas dans lesquels une déclaration sur l'honneur doit être produite en ce qui concerne l'objet du contrat d'assurance.

Les conditions visées à l'alinéa 1er, 7°, fixent notamment le nombre de refus de la part des entreprises d'assurances que le candidat à l'assurance doit avoir essuyé avant de pouvoir s'adresser au Bureau du suivi de la tarification, ainsi que la hauteur des primes assimilées à un refus de la demande.

§ 2. Le Roi peut régler ou interdire l'utilisation des questionnaires médicaux.

Le Roi peut déterminer, reformuler ou interdire des questions relatives à la santé de l'assuré. Il peut limiter la portée d'une question dans le temps.

Le Roi peut déterminer le montant assuré au-dessous duquel seul le questionnaire médical peut être utilisé.

§ 3. Nonobstant toute stipulation contraire défavorable au candidat preneur d'assurance, l'assureur est tenu de la réparation du préjudice causé par le non-respect des dispositions arrêtées en vertu du paragraphe 1er. Le préjudice causé au candidat preneur d'assurance est, sauf preuve contraire, présumé résulter du non-respect des dispositions précitées.

Art. 213. L'assureur qui propose une prime au preneur d'assurance est tenu de scinder celle-ci entre la prime de base et la surprime imputée en raison de l'état de santé de l'assuré.

S'il décide de refuser l'assurance ou d'en ajourner l'octroi, d'exclure certains risques de la couverture ou d'imputer une surprime, l'assureur en avise par courrier le candidat preneur d'assurance, de façon claire et explicite, et en motivant les raisons de ses décisions. Le candidat preneur d'assurance est informé, par le même courrier, de la faculté qu'il a de prendre contact par écrit avec le médecin de l'assureur, directement ou par l'intermédiaire d'un médecin de son choix, pour connaître les raisons médicales sur lesquelles l'assureur a fondé ses décisions. Dans ce même courrier, l'assureur attire l'attention sur l'existence et mentionne les coordonnées du Bureau du suivi de la tarification et de l'organe de conciliation en matière d'assurance du solde restant dû.

L'assureur indique si la prime proposée peut être prise en considération pour l'application du mécanisme de solidarité par la Caisse de compensation visée à l'article 220.

Art. 214. Le preneur d'assurance qui n'est pas d'accord avec la prime proposée en informe l'assureur. L'assureur transmet immédiatement l'ensemble du dossier au réassureur, en lui demandant de le réévaluer. Le réassureur décide sur la seule base du dossier transmis. Tout contact direct entre d'une part, le réassureur et d'autre part, le preneur d'assurance, l'assuré ou le médecin traitant est interdit. Le Roi peut à cet égard prévoir, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, que le réassureur ne doit pas procéder à une réévaluation des propositions de surprime lorsque cette surprime est inférieure ou égale à un pourcentage déterminé de la prime de base, fixé par le Roi. Ce pourcentage à fixer par le Roi s'élève à maximum 25 %.

Art. 215. Lorsque le réassureur décide d'appliquer une surprime inférieure à celle initialement fixée par l'assureur, ce dernier modifie en ce sens la proposition d'assurance.

Dans le cas contraire, l'assureur confirme sa proposition initiale.

Art. 216. Le délai entre la demande d'assurance initiale et la communication de la décision ne peut pas excéder quinze jours. Un nouveau délai de quinze jours court à dater de la prise de connaissance, par l'assureur, du refus, visé à l'article 214.

Art. 217. § 1er. Le Roi crée un Bureau du suivi de la tarification, qui a pour mission d'examiner les propositions de surprime ou les refus d'assurance, à la demande de la partie la plus diligente.

Le Roi peut, à cet égard, prévoir que le Bureau du suivi de la tarification n'examine pas les propositions de surprime lorsque cette surprime ne représente pas un ratio minimum de la prime de base.

§ 2. Le Bureau du suivi de la tarification se compose de deux membres qui représentent les entreprises d'assurances, d'un membre qui représente les consommateurs et d'un membre qui représente les patients. Les membres sont nommés par le Roi pour un terme de six ans.

Ils sont choisis [⁴ à partir de trois listes, présentées l'une par les associations professionnelles des entreprises d'assurance, l'une par les associations représentatives des intérêts des consommateurs et l'une présentée par les associations représentatives des patients]⁴.

Le Bureau est présidé par un magistrat indépendant, nommé par le Roi pour un terme de six ans.

Le Roi fixe les indemnités auxquelles le président et les membres du Bureau du suivi de la tarification ont droit ainsi que l'indemnité des experts.

Le Roi désigne également un suppléant [¹ pour le président et]¹ pour chaque membre. Les suppléants sont choisis de la même manière que les membres effectifs.

Les ministres ayant les Assurances et la Santé publique dans leurs attributions peuvent déléguer un observateur auprès du Bureau.

Le Bureau peut s'adjointre des experts, sans voix délibérative.

§ 3. Le Bureau examine si la surprime proposée ou le refus d'assurance se justifie objectivement et raisonnablement d'un point de vue médical et au regard de la technique de l'assurance.

Ce Bureau peut être saisi directement par le candidat à l'assurance, l'Ombudsman des assurances ou un des membres du Bureau.

Il fait [³ une proposition qui est contraignante pour l'entreprise d'assurance concernée qui conclut un contrat avec le candidat preneur d'assurance]³ dans un délai de quinze jours ouvrables prenant cours à la date de réception du dossier.

§ 4. La Caisse de compensation supporte les frais de fonctionnement du Bureau du suivi de la tarification, selon les modalités déterminées par le Roi.

§ 5. Le service ombudsman visé à l'^{[2} article 322, § 1er]² assure le secrétariat du Bureau du suivi de la tarification.

(1)<L 2015-10-26/06, art. 88, 003; En vigueur : 09-11-2015>

(2)<L 2018-12-06/11, art. 17, 015; En vigueur : 28-12-2018>

(3)<L 2019-05-02/28, art. 57, 018; En vigueur : 01-06-2019>

(4)<L 2023-11-05/07, art. 107, 030; En vigueur : 21-12-2023>

Art. 218. La Commission des Assurances, visée dans la partie 7, titre IV, est chargée d'évaluer l'application des dispositions du présent chapitre. Elle remet à cet effet [¹, tous les quatre ans,]¹ un rapport au Roi et à la Chambre des représentants. [¹ En cas de modifications aux dispositions de ce chapitre ou de ses arrêtés d'exécution, le rapport d'évaluation est remis deux ans après leur entrée en vigueur.]¹ Elle peut associer à ses travaux les experts et représentants qu'elle désigne.

Ce rapport sera accompagné d'une étude réalisée par le Centre fédéral d'expertise des soins de santé évaluant l'adéquation des tarifs appliqués par les assureurs à l'évolution des techniques médicales et des soins de santé dans les principales pathologies concernées.

(1)<L 2019-05-02/28, art. 58, 018; En vigueur : 01-06-2019>

Accès aux assurances aux conditions proposées par le Bureau du suivi de la tarification

Art. 219. § 1er. Le Bureau du suivi de la tarification fixe les conditions et les primes auxquels le candidat

preneur d'assurance a accès à une assurance sur la vie ou, le cas échéant, à une assurance contre l'invalidité qui garantit un crédit hypothécaire, un crédit à la consommation ou un crédit professionnel.

Le Bureau revoit ses conditions d'accès et primes tous les deux ans en fonction des données scientifiques les plus récentes relatives à l'évolution des risques de décès ou, le cas échéant, d'invalidité et à la probabilité d'une dégradation de la santé des personnes présentant un risque accru à la suite de leur état de santé.

§ 2. L'assureur qui refuse le candidat preneur d'assurance ou qui propose une prime ou une franchise qui excède celle applicable en vertu des conditions tarifaires proposées par le Bureau du suivi de la tarification communique d'initiative au candidat preneur d'assurance les conditions d'accès et les tarifs proposés par le Bureau et l'informe qu'il peut éventuellement s'adresser à un autre assureur.

L'assureur communique par écrit et de manière claire, explicite et non équivoque les motifs du refus d'assurance ou les raisons pour lesquelles une surprime ou une franchise plus élevée sont proposées, ainsi que la composition précise de celles-ci.

[Art. 220.](#) § 1er. Le Roi agrée, aux conditions qu'il détermine, une Caisse de compensation qui a pour mission de répartir la charge des surprimes.

§ 2. Le Roi approuve les statuts et règle le contrôle de l'activité de la Caisse de compensation. Il indique les actes qui doivent faire l'objet d'une publication au Moniteur belge. Au besoin, il crée la Caisse de compensation.

§ 3. Les assureurs qui pratiquent l'assurance vie comme garantie d'un crédit hypothécaire, ainsi que les prêteurs hypothécaires, sont solidairement tenus d'effectuer à la Caisse de compensation les versements nécessaires pour l'accomplissement de sa mission et pour supporter ses frais de fonctionnement.

Si la Caisse de compensation est créée par le Roi, un arrêté royal fixe chaque année les règles de calcul des versements à effectuer par les assureurs et les prêteurs hypothécaires.

§ 4. L'agrément est retiré si la Caisse de compensation n'agit pas conformément aux lois et règlements ou à ses statuts.

Dans ce cas, le Roi peut prendre toutes mesures propres à sauvegarder les droits des preneurs d'assurance, des assurés et des personnes lésées.

La Caisse de compensation reste soumise au contrôle pendant toute la durée de la liquidation.

Le Roi nomme un liquidateur spécial chargé de cette liquidation.

[Organe de conciliation en matière d'assurances du solde restant dû](#)<

<Abrogé par L 2019-05-02/28, art. 59, 018; En vigueur : 01-06-2019>

[Art. 221.](#)

<Abrogé par L 2019-05-02/28, art. 60, 018; En vigueur : 01-06-2019>

[Art. 222.](#) L'assureur qui impute une surprime supérieure à 200 % de la prime de base, est tenu d'offrir la garantie standardisée au preneur d'assurance.

Cette garantie standardisée est d'un montant maximal de 200.000 euros si le candidat assuré souscrit seul le crédit hypothécaire. Dans le cas de co-emprunteurs, le candidat assuré peut s'assurer pour le même montant [1]¹.

Le Roi peut adapter les montants déterminés au présent article afin de tenir compte de l'évolution des prix.

(1)<L 2019-05-02/28, art. 61, 018; En vigueur : 01-06-2019>

[Art. 223.](#) L'assureur qui applique une surprime supérieure à un seuil exprimé en pourcentage de la prime de base, est tenu de faire intervenir la Caisse de compensation.

La Caisse de compensation est tenue de payer la partie de la surprime qui dépasse ce seuil, sans que pour autant, la surprime ne puisse dépasser un plafond exprimé en pourcentage de la prime de base.

La prime de base est assimilée à la prime la plus basse proposée par l'entreprise d'assurances pour une personne du même âge.

Le Roi fixe ce seuil et ce plafond afin qu'ils répondent à une nécessaire solidarité envers les preneurs d'assurance concernés, sans que ce seuil ne puisse excéder 200 % de la prime de base. L'évaluation prévue à l'article 218 fera également rapport sur ce point.

A la demande de la Caisse de compensation, l'assureur délivre un double du dossier d'assurance. Le cas échéant, il donne les explications nécessaires.

[Art. 224.](#)[1] § 1er.[1] Les articles 212 à 223 sont d'application aux contrats d'assurance qui garantissent le remboursement du capital d'un crédit hypothécaire contracté en vue [1 de la construction,]1 de la transformation ou de l'acquisition de l'habitation propre et unique du preneur d'assurance.

[1] § 2. Ces articles s'appliquent également sous les mêmes conditions, lorsqu'un crédit hypothécaire est contracté par une personne qui possède déjà une autre habitation,

1° soit en pleine propriété, soit en usufruit, et qu'il s'engage à vendre cette autre habitation ou à céder ses droits y afférents dans un délai de deux ans à compter de la conclusion du contrat d'assurance;

2° soit en nue-propriété suite à un héritage ou à une donation par une personne physique.

Le délai visé à l'alinéa 1er, 1°, peut, à la demande du preneur d'assurance, être prolongé d'un an au maximum, à la condition qu'il démontre que la vente de l'autre habitation ou la cession de ses droits y afférent a subi un retard pour des raisons indépendantes de sa volonté. Le preneur d'assurance introduit sa demande de prolongation par écrit auprès de l'entreprise d'assurances avant l'expiration du délai de deux ans à compter de la

conclusion du contrat d'assurance.

Le preneur d'assurance fournit la preuve de la vente de l'autre habitation ou de la cession de ses droits y afférents dans les délais précités.

§ 3. Pour l'application du présent chapitre, sont assimilés à une habitation les bâtiments tels que visés à l'article 2, alinéa 1er, de la loi du 26 mars 2012 concernant l'immatriculation des bâtiments de navigation intérieure autres que les bateaux de la navigation intérieure visés à l'article 271, du livre II du Code de commerce.]¹

[¹ § 4.]¹ Le Roi peut étendre le champ d'application de ces articles à d'autres contrats d'assurance qui garantissent le remboursement du capital d'un crédit.

(1)<L 2019-05-02/28, art. 62, 018; En vigueur : 01-06-2019>

PARTIE 5. - LE CONTRAT D'ASSURANCE AUTRE QUE LE CONTRAT D'ASSURANCE TERRESTRE VISE DANS LA PARTIE 4

CHAPITRE 1er. - Dispositions générales

Art. 225. Les dispositions de la présente partie sont applicables aux contrats d'assurance régis par le droit belge. Dans la mesure où il n'y est pas dérogé par des articles spéciaux, elles sont applicables aux assurances maritimes, ainsi qu'aux assurances sur le transport par terre, rivières et canaux.

Elles ne sont pas applicables aux contrats d'assurance soumis aux dispositions de la partie 4.

Art. 226. Le profit espéré peut être assuré dans les cas prévus par la loi.

Art. 227. Les associations d'assurances mutuelles sont régies par leurs règlements, par les principes généraux du droit, par les dispositions légales particulières qui leur sont applicables et par les dispositions de la présente partie, en tant qu'elles ne sont pas incompatibles avec ces sortes d'assurances.

Elles sont représentées en justice par leurs directeurs.

CHAPITRE 2. - Des personnes pouvant souscrire un contrat d'assurance

Art. 228. Un objet peut être assuré par toute personne ayant intérêt à sa conservation, à raison d'un droit de propriété ou autre droit réel ou à raison de la responsabilité à laquelle elle se trouve engagée relativement à la chose assurée.

Art. 229. § 1er. L'assurance peut être contractée pour compte d'autrui en vertu d'un mandat général ou spécial ou même sans mandat. Les effets en sont réglés en ce dernier cas par les dispositions relatives à la gestion d'affaires.

§ 2. S'il ne résulte pas du contrat d'assurance qu'il est souscrit pour compte d'un tiers, l'assuré est censé l'avoir souscrit pour lui-même.

Art. 230. § 1er. Un créancier peut faire assurer la solvabilité de son débiteur; l'assureur pourra se prévaloir du bénéfice de discussion, sauf convention contraire.

§ 2. Les créanciers saisissants ou nantis d'un gage et les créanciers privilégiés et hypothécaires peuvent faire assurer en leur nom personnel les biens affectés au paiement de leurs créances.

Dans ce cas, l'indemnité due à raison du sinistre est subrogée de plein droit, à leur égard, aux biens assurés qui formaient leur gage.

Art. 231. Lorsque des objets mobiliers ont été assurés, le paiement de l'indemnité fait à l'assuré libère l'assureur s'il n'a pas été formé d'opposition entre ses mains.

Art. 232. Les dispositions des deux articles précédents n'auront d'effet qu'en tant que le créancier viendrait en ordre utile dans la collocation ou dans la distribution, si la perte des objets saisis, engagés, hypothéqués ou sur lesquels existe le privilège n'était pas arrivée.

CHAPITRE 3. - Des obligations de l'assureur et de l'assuré

Art. 233. Toute réticence, toute fausse déclaration de la part de l'assuré, même sans mauvaise foi, rendent le contrat d'assurance nul lorsqu'elles diminuent l'opinion du risque ou en changent le sujet, de telle sorte que l'assureur, s'il en avait eu connaissance, n'aurait pas conclu le contrat aux mêmes conditions.

Art. 234. Dans tous les cas où le contrat d'assurance est annulé, en tout ou en partie, l'assureur doit, si l'assuré a agi de bonne foi, restituer la prime, soit pour le tout, soit pour la partie pour laquelle il n'a pas couru de risques.

La bonne foi ne pourra être invoquée dans le cas de l'article 236, alinéa 1er.

Art. 235. Si le contrat est annulé pour cause de dol, fraude ou mauvaise foi, l'assureur conserve la prime, sans préjudice de l'action publique, s'il y a lieu.

Art. 236. Les choses assurées dont la valeur entière est couverte par un premier contrat d'assurance ne

peuvent plus faire l'objet d'une nouvelle assurance contre les mêmes risques au profit de la même personne.

Si l'entièr e valeur n'est pas assurée par le premier contrat, les assureurs qui ont signé les contrats subséquents répondent de l'excédent en suivant l'ordre de la date des contrats.

Tous les contrats d'assurance souscrits le même jour seront réputés conclus simultanément.

Art. 237. La perte, soit totale, soit partielle, se répartit entre les divers contrats d'assurance de même date, dans la proportion des sommes assurées par chacun, et entre les divers contrats d'assurance de date différente, en proportion de la valeur dont chacun répond.

Art. 238. Les contrats successifs assurant les mêmes valeurs contre les mêmes risques et au profit des mêmes personnes auront néanmoins effet :

1° s'ils ont lieu du consentement de chacun des assureurs; la perte se répartit, dans ce cas, comme si les deux contrats d'assurance avaient été conclus simultanément;

2° si l'assuré décharge le premier assureur de toute obligation pour l'avenir, sans préjudice de ses propres obligations.

La renonciation doit, dans ce dernier cas, être notifiée à l'assureur, et il en est fait mention, à peine de nullité, dans la nouvelle police.

Art. 239. L'assuré peut faire assurer la prime de l'assurance.

Art. 240. Aucune perte ou dommage, causé par le fait ou par la faute grave de l'assuré, n'est à la charge de l'assureur; celui-ci peut même retenir ou réclamer la prime s'il a déjà commencé à courir les risques.

Art. 241. Dans toute assurance, l'assuré doit faire toute diligence pour prévenir ou atténuer le dommage; il doit, aussitôt que le dommage est arrivé, en donner connaissance à l'assureur, le tout à peine de dommages-intérêts, s'il y a lieu.

Les frais faits par l'assuré, aux fins d'atténuer le dommage, sont à charge de l'assureur, lors même que le montant de ces frais, joint au montant du dommage, excéderait la somme assurée et que les diligences faites auraient été sans résultat.

Néanmoins, les tribunaux et les arbitres, lorsque les parties s'y seront référées, pourront les réduire ou même refuser de les allouer, s'ils jugent qu'ils ont été faits inconsidérément, soit en tout, soit en partie.

Art. 242. L'assureur ne répond pas des pertes et dommages résultant immédiatement du vice propre de la chose, à moins de stipulation contraire.

Art. 243. L'assurance ne comprend ni les risques de guerre, ni les pertes ou dommages occasionnés par émeutes, sauf convention contraire.

Art. 244. Dans toute assurance, l'indemnité, en cas de sinistre, est réglée à raison de la valeur de l'objet, au temps du sinistre.

Si la valeur assurée a été préalablement estimée par experts, convenus entre parties, l'assureur ne peut contester cette estimation, hors le cas de fraude.

La valeur de l'objet peut être établie par tous moyens de droit. Le juge peut même, en cas d'insuffisance des preuves, déférer d'office le serment à l'assuré.

Art. 245. Dans tous les cas où le contrat d'assurance ne couvre qu'une partie de la valeur de l'objet assuré, l'assuré est considéré lui-même comme assureur pour le surplus de la valeur, sauf convention contraire.

Art. 246. L'assureur qui a payé le dommage est subrogé à tous les droits de l'assuré contre les tiers du chef de ce dommage, et l'assuré est responsable de tout acte qui préjudicierait aux droits de l'assureur contre les tiers.

Dans les contrats d'assurance permis par l'article 230, § 2, l'assureur qui a payé l'indemnité est subrogé à l'action du créancier contre le débiteur.

La subrogation ne peut, en aucun cas, nuire à l'assuré qui n'a été indemnisé qu'en partie; celui-ci peut exercer ses droits pour le surplus et conserve à cet égard la préférence sur l'assureur, conformément à l'article [2] 5.223]² du Code civil.

L'assureur qui effectue un paiement à un mineur, un interdit ou un autre incapable en application d'un contrat d'assurance, l'effectue sur un compte ouvert à son nom, frappé d'indisponibilité jusqu'à la majorité ou à la levée de l'incapacité, sans préjudice du droit de jouissance légale.

[1] Les sommes ainsi versées peuvent être libérées sur autorisation spéciale du juge de paix, à la demande du tuteur ou de l'administrateur des biens selon les mêmes règles que celles applicables aux situations visées aux articles 410, § 1er, 14°, ou 499/7, § 2, du Code civil.]¹

(1)<L 2015-10-26/06, art. 89, 003; En vigueur : 09-11-2015>

(2)<L 2022-04-28/25, art. 53, 028; En vigueur : 01-01-2023>

Art. 247. L'assureur a un privilège sur la chose assurée.

Ce privilège est dispensé de toute inscription. Il prend rang immédiatement après celui des frais de justice.

Il n'existe, quel que soit le mode de paiement de la prime, que pour une somme correspondant à deux

annuités.

Art. 248. L'assureur peut toujours faire réassurer l'objet de l'assurance.

CHAPITRE 4. - De la preuve et du contenu du contrat

Art. 249. Le contrat d'assurance doit être prouvé par écrit, quelle que soit la valeur de l'objet du contrat. Néanmoins, la preuve testimoniale peut être admise, lorsqu'il existe un commencement de preuve par écrit.

Art. 250. La même police peut contenir plusieurs assurances, soit à raison des choses assurées, soit à raison du taux de la prime, soit à raison des différents assureurs.

Art. 251. La police d'assurance énonce :

- 1° la date du jour où le contrat d'assurance est conclu;
- 2° le nom de la personne qui souscrit le contrat d'assurance pour son compte ou pour le compte d'autrui;
- 3° les risques que l'assureur prend sur lui et les temps auxquels les risques doivent commencer et finir.

CHAPITRE 5. - De quelques cas de résolution du contrat

Art. 252. Le contrat d'assurance ne peut avoir d'effet si la chose assurée n'a pas été mise en risque ou si le dommage prévu existait déjà au moment de la conclusion du contrat.

Art. 253. Si l'assureur tombe en faillite lorsque le risque n'est pas encore fini, l'assuré peut demander caution ou, à défaut de caution, la résiliation du contrat.

L'assureur a le même droit en cas de faillite de l'assuré.

Art. 254. En cas d'aliénation de la chose assurée, le contrat d'assurance profite de plein droit, sauf convention contraire, au nouveau propriétaire, à raison de tous les risques pour lesquels la prime a été payée au moment de l'aliénation.

Il profite également au nouveau propriétaire, sauf convention contraire dans la police, lorsque celui-ci a été subrogé aux droits et obligations du précédent propriétaire envers les assureurs ou lorsque, de commun accord entre l'assureur et le nouveau propriétaire, le contrat d'assurance continue à recevoir son exécution.

Art. 255. Les obligations de l'assureur cessent lorsqu'un fait de l'assuré transforme les risques par le changement d'une circonstance essentielle ou les aggrave de telle sorte que si le nouvel état des choses avait existé à l'époque de la conclusion du contrat d'assurance, l'assureur n'aurait pas conclu ce contrat ou ne l'aurait conclu qu'à d'autres conditions.

Ne peut se prévaloir de cette disposition, l'assureur qui, après avoir eu connaissance des modifications apportées aux risques, a néanmoins continué à exécuter le contrat.

CHAPITRE 6. - De la prescription

Art. 256. Toute action dérivant d'une police d'assurance est prescrite après trois ans, à compter de l'événement qui y donne ouverture. La prescription contre les mineurs, interdits et autres incapables ne court pas jusqu'au jour de la majorité ou de la levée de l'incapacité.

Toutefois en cas d'action récursoire de l'assuré contre l'assureur, le délai ne prend cours qu'à partir de la demande en justice de la victime, soit qu'il s'agisse d'une demande originale d'indemnisation, soit qu'il s'agisse d'une demande ultérieure en suite de l'aggravation du dommage ou de la survenance d'un dommage nouveau.

PARTIE 6. - L'INTERMEDIATION EN ASSURANCES ET LA DISTRIBUTION D'ASSURANCES

CHAPITRE 1er. - Définitions

Art. 257.

<Abrogé par L 2018-12-06/11, art. 18, 015; En vigueur : 28-12-2018>

CHAPITRE 2. [¹ - Dispositions générales]¹

(1)<L 2018-12-06/11, art. 19, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Art. 258.¹ § 1er. La présente partie ne s'applique pas aux intermédiaires d'assurance à titre accessoire lorsque toutes les conditions suivantes sont remplies:

- a) l'assurance constitue un complément au bien ou au service fourni par un fournisseur, lorsqu'elle couvre:
 - le risque de mauvais fonctionnement, de perte ou d'endommagement du bien ou de non-utilisation du service fourni par ce fournisseur; ou
 - le risque d'endommagement ou de perte de bagages et les autres risques liés à un voyage réservé auprès de ce fournisseur;
- b) le montant de la prime du produit d'assurance ne dépasse pas 200 euros, hors taxes, calculé au prorata sur

une base annuelle;

c) par dérogation au point b), lorsque l'assurance constitue un complément à un service visé au point a) et que la durée de ce service est égale ou inférieure à trois mois, le montant de la prime par personne ne dépasse pas 200 euros.

Afin de promouvoir la protection des consommateurs et tenir compte de l'évolution des prix à la consommation, le Roi peut, par arrêté pris sur avis de la FSMA, adapter le seuil prévu aux points b) et c), de l'alinéa qui précède, en ce compris son mode de calcul, en opérant le cas échéant une distinction selon le type de produit d'assurance concerné.

§ 2. L'entreprise d'assurance ou l'intermédiaire d'assurance, lorsqu'ils exercent l'activité de distribution via un intermédiaire d'assurance à titre accessoire qui est exempté de l'application de la présente partie en vertu du paragraphe 1er, font en sorte que:

a) des informations soient mises à la disposition du client, avant la conclusion du contrat, sur leur identité et leur adresse, ainsi que sur les procédures visées à l'article 265 ou à l'article 276 selon que l'intermédiaire à titre accessoire exerce l'activité de distribution d'assurance pour un intermédiaire d'assurance ou pour une entreprise d'assurance, permettant aux clients et aux autres parties intéressées d'introduire une réclamation contre cet intermédiaire ou cette entreprise;

b) des dispositions appropriées et proportionnées soient prises pour assurer le respect des articles 279, §§ 1er, 2, alinéa 1er, et § 3, et 286, et pour que les exigences et les besoins du client soient pris en compte avant de proposer le contrat;

c) le document d'information sur le produit d'assurance visé à l'article 284, § 5, soit fourni au client avant la conclusion du contrat;

d) les personnes physiques qui, au sein de l'intermédiaire à titre accessoire, prennent directement part à la distribution d'assurances en contact avec le public connaissent et soient capables d'expliquer aux clients les caractéristiques essentielles des produits d'assurance concernés.

L'article 278 est applicable aux fins de déterminer le champ d'application des obligations visées dans le présent paragraphe.

§ 3. La présente partie ne s'applique pas non plus aux intermédiaires d'assurance, aux intermédiaires d'assurance à titre accessoire et aux intermédiaires de réassurance lorsqu'ils exercent leurs activités exclusivement en vue d'assurer ou de réassurer des risques de leur entreprise propre ou du groupe d'entreprises auquel ils appartiennent au sens de l'² article 1:14 du Code des sociétés et des associations¹.²]¹

(1)<L 2018-12-06/11, art. 19, 015; En vigueur : 28-12-2018>

(2)<L 2021-06-27/09, art. 69, 024; En vigueur : 19-07-2021>

CHAPITRE 3. [¹ - De l'inscription]¹

(1)<Inséré par L 2018-12-06/11, art. 20, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Section Ire. [¹ - Obligation d'inscription]¹

(1)<Inséré par L 2018-12-06/11, art. 20, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Art. 259.[¹ § 1er. Sous réserve des dispositions de l'article 258, § 1er, aucun intermédiaire d'assurance ou intermédiaire d'assurance à titre accessoire et aucun intermédiaire de réassurance dont la Belgique est l'Etat membre d'origine ne peuvent exercer l'activité de distribution d'assurances ou de réassurances s'ils ne sont préalablement inscrits, respectivement, au registre des intermédiaires d'assurance et des intermédiaires d'assurance à titre accessoire ou au registre des intermédiaires de réassurance, tenus par la FSMA.

Sous réserve des dispositions de l'article 258, § 1er, aucun intermédiaire d'assurance ou intermédiaire d'assurance à titre accessoire et aucun intermédiaire de réassurance ayant comme Etat membre d'origine un pays autre que la Belgique ne peuvent exercer en Belgique l'activité de distribution d'assurances ou de réassurances s'ils ne sont préalablement inscrits en qualité d'intermédiaire d'assurance, d'intermédiaire d'assurance à titre accessoire ou d'intermédiaire de réassurance par l'autorité compétente de leur Etat membre d'origine, sans préjudice des dispositions de l'article 271.

Sous réserve des dispositions de l'article 258, § 1er, aucun intermédiaire d'assurance ou intermédiaire d'assurance à titre accessoire et aucun intermédiaire de réassurance ayant son domicile ou son siège statutaire dans un pays non membre de l'EEE ne peuvent exercer en Belgique l'activité de distribution d'assurances ou de réassurances s'il ne sont préalablement inscrits, respectivement, au registre des intermédiaires d'assurance et des intermédiaires d'assurance à titre accessoire ou au registre des intermédiaires de réassurance, tenus par la FSMA.

[² Le registre des intermédiaires d'assurance et des intermédiaires d'assurance à titre accessoire, tenu par la FSMA, est constitué des catégories suivantes : "courtiers d'assurance", "agents d'assurance", "sous-agents d'assurance", "intermédiaires d'assurance à titre accessoire" et "souscripteurs mandatés".]²

Un intermédiaire d'assurance ou un intermédiaire d'assurance à titre accessoire ne peut être inscrit que dans l'une des catégories citées à l'alinéa précédent.

Le registre des intermédiaires de réassurance tenu par la FSMA est constitué des catégories suivantes:

"courtiers de réassurance", "agents de réassurance" et "sous-agents de réassurance".

Un intermédiaire de réassurance ne peut être inscrit que dans l'une des catégories citées à l'alinéa précédent.

[² § 1er/1. Sous réserve des dispositions de l'article 271, un intermédiaire d'assurance ne peut exercer son activité que s'il est inscrit dans la catégorie correspondante du registre des intermédiaires d'assurance.]²

§ 2. Les distributeurs de produits d'assurance ou de réassurance qui ont un établissement en Belgique ou qui y exercent leur activité sans y être établis ne peuvent faire appel à un intermédiaire d'assurance, à un intermédiaire d'assurance à titre accessoire ou à un intermédiaire de réassurance qui n'est pas inscrit conformément aux dispositions du paragraphe 1er ou dont l'inscription a été suspendue en vertu de l'article 311, § 1er, alinéa 2.

S'ils font quand même appel à un intermédiaire d'assurance, à un intermédiaire d'assurance à titre accessoire ou à un intermédiaire de réassurance non inscrit qui aurait dû l'être en application du paragraphe 1er, ils sont civilement responsables des actes posés par cet intermédiaire dans le cadre de son activité de distribution d'assurances ou de réassurances.

§ 3. Par dérogation aux dispositions du paragraphe 1er, les intermédiaires d'assurance visés à l'article 68 de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière d'organisation de l'assurance maladie complémentaire (I), sont inscrits au registre tenu par l'OCM.

Le Roi détermine, sur avis de l'OCM, les modalités selon lesquelles doit s'opérer l'inscription au registre.

Les arrêtés royaux portant exécution du présent paragraphe sont pris sur la proposition conjointe du ministre qui a les Assurances dans ses attributions et du ministre des Affaires sociales.]¹

(1)<L 2018-12-06/11, art. 20, 015; En vigueur : 28-12-2018>

(2)<L 2019-04-03/02, art. 29, 016; En vigueur : 10-04-2019>

Art. 260.[¹ L'intermédiaire d'assurance ou de réassurance qui souhaite être inscrit dans la catégorie "courtiers d'assurance" ou "courtiers de réassurance" joint à sa demande d'inscription une déclaration sur l'honneur de laquelle il ressort qu'il exerce ses activités professionnelles en dehors de tout contrat d'agence exclusive ou de tout autre engagement juridique qui lui impose directement ou indirectement de placer la totalité ou une partie déterminée de sa production auprès d'une entreprise d'assurance ou de réassurance ou de plusieurs entreprises d'assurance ou de réassurance appartenant au même groupe ou qui l'empêche de choisir librement une entreprise d'assurance ou de réassurance.]¹

(1)<L 2018-12-06/11, art. 20, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Art. 261.[¹ § 1er. L'intermédiaire d'assurance inscrit dans la catégorie d'agent d'assurance qui est soumis à une obligation contractuelle de travailler, dans le secteur de l'assurance, exclusivement avec une seule entreprise d'assurance ou avec plusieurs entreprises d'assurance pour des contrats d'assurance non concurrents entre eux, de sorte qu'il répond à la définition d'agent d'assurance lié, le notifie à la FSMA. Il lui communique également le nom, l'adresse de cette (ces) entreprise(s) d'assurance ainsi que le(s) groupe(s) d'activité et les branches d'assurance concernés.

§ 2. L'entreprise d'assurance notifie à la FSMA le(s) nom(s) et adresse(s) du(des) agent(s) d'assurance lié(s) avec le(s)quel(s) elle collabore. Elle communique également à la FSMA le(s) groupe(s) d'activité et les branches d'assurance concernées.

§ 3. Toute modification apportée aux données visées aux paragraphes 1er ou 2 est notifiée immédiatement à la FSMA.]¹

(1)<L 2018-12-06/11, art. 20, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Art. 262.[¹ Le candidat sous-agent joint à sa demande d'inscription une déclaration dans laquelle le courtier ou agent d'assurance ou le courtier ou agent de réassurance confirme qu'il assumera la responsabilité entière et inconditionnelle des activités de distribution d'assurances ou de réassurances exercées par le candidat sous-agent.

Toute modification apportée aux données sur lesquelles porte la déclaration visée à l'alinéa 1er est notifiée immédiatement à la FSMA.]¹

(1)<L 2018-12-06/11, art. 20, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Art. 263.[¹ Pour les activités visées par la présente partie, nul ne peut porter le titre de courtier d'assurance, agent d'assurance, sous-agent d'assurance, courtier de réassurance, agent de réassurance, sous-agent de réassurance ou souscripteur mandaté, ou de courtier, agent, sous-agent, souscripteur, pour indiquer l'activité d'assurance, de réassurance ou de distribution d'assurances ou de réassurances, s'il n'est inscrit au registre des intermédiaires d'assurance ou au registre des intermédiaires de réassurance dans la catégorie correspondante.]¹

(1)<L 2019-04-03/02, art. 30, 016; En vigueur : 10-04-2019>

Section II. [¹ - Exigences professionnelles et organisationnelles pour les intermédiaires d'assurance, les intermédiaires d'assurance à titre accessoire et les intermédiaires de réassurance] ¹

Art. 264.[¹] § 1er. Les intermédiaires d'assurance, les intermédiaires d'assurance à titre accessoire et les intermédiaires de réassurance désignent une ou plusieurs personnes physiques comme responsables de la distribution. Leur nombre est adapté à l'organisation et aux activités de l'intermédiaire. Le Roi fixe ce nombre sur proposition conjointe du ministre ayant les Assurances dans ses attributions et du ministre des Affaires sociales et sur avis de la FSMA.

Au plus tard au moment où il désigne le responsable de la distribution, l'intermédiaire d'assurance, l'intermédiaire d'assurance à titre accessoire ou l'intermédiaire de réassurance concerné transmet à la FSMA l'identité de la personne en question et les documents qui démontrent qu'elle satisfait aux dispositions de l'article 266, 1° à 3°. Les responsables de la distribution sont inclus par la FSMA dans le dossier d'inscription de l'intermédiaire d'assurance, l'intermédiaire d'assurance à titre accessoire ou l'intermédiaire de réassurance qui les désigne.

§ 2. Pour chacune des personnes visées au paragraphe 1er et pour chacune de ses personnes en contact avec le public, l'intermédiaire d'assurance, l'intermédiaire d'assurance à titre accessoire ou l'intermédiaire de réassurance constitue un dossier dans lequel il conserve les informations qui démontrent que ces personnes satisfont aux dispositions de l'article 266, 1° à 3°. L'intermédiaire tient ces dossiers à la disposition de la FSMA et est tenu d'assurer la confidentialité de ces données.

Lorsque la collaboration entre l'intermédiaire et une personne visée à l'alinéa 1er prend fin, l'intermédiaire supprime le dossier visé à l'alinéa 1er. Il ne peut en aucun cas en conserver une copie.

Les dispositions de l'article 10, § 2, de la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel, sont d'application.]¹

Art. 265.[¹] Les intermédiaires d'assurance, les intermédiaires d'assurance à titre accessoire et les intermédiaires de réassurance établissent des politiques internes et mettent en oeuvre des procédures internes pour faire en sorte que les réclamations qui leur sont adressées concernant un contrat d'assurance ou de réassurance ou concernant le service d'assurance ou de réassurance qui a été fourni au réclamant soient examinées de manière experte et honnête et que le réclamant reçoive en tout cas une réponse.]¹

Art. 266.[¹] Pour pouvoir être inscrit au registre des intermédiaires d'assurance et des intermédiaires d'assurance à titre accessoire ou au registre des intermédiaires de réassurance et pouvoir conserver cette inscription, les conditions suivantes doivent être remplies de manière permanente:

1° l'intermédiaire, les responsables de la distribution et les personnes en contact avec le public doivent posséder les connaissances et les aptitudes professionnelles requises, telles que déterminées par le Roi sur avis de la FSMA;

Les connaissances et les aptitudes professionnelles visées à l'alinéa 1er doivent être maintenues à jour au moyen d'un recyclage régulier, selon les conditions et les modalités déterminées par le Roi sur avis de la FSMA;

2° l'intermédiaire, les responsables de la distribution et les personnes en contact avec le public doivent disposer de l'expertise adéquate et de l'honorabilité professionnelle nécessaire à l'exercice de leur fonction;

3° l'intermédiaire, les responsables de la distribution et les personnes en contact avec le public ne peuvent se trouver dans l'un des cas prévus à l'article 20 de la loi du 25 avril 2014.

Ils ne peuvent également avoir été déclarés en faillite moins de dix ans auparavant, à moins d'avoir été réhabilités;

4° l'activité de distribution d'assurances ou de réassurances exercée par l'intermédiaire doit être couverte par une assurance de la responsabilité civile professionnelle couvrant tout le territoire de l'EEE;

Le contrat d'assurance de la responsabilité civile professionnelle contient une disposition qui oblige l'entreprise d'assurance, lorsque l'activité de distribution d'assurances ou de réassurances de l'intermédiaire n'est plus assurée, à en aviser la FSMA.

Le Roi fixe, sur avis de la FSMA, les conditions auxquelles cette assurance de la responsabilité civile doit satisfaire;

5° l'intermédiaire doit s'abstenir de participer à la promotion, à la conclusion et à l'exécution de contrats d'assurance ou de réassurance qui sont manifestement contraires aux règles de droit belge applicables à ces contrats mêmes et/ou aux règles de droit belge applicables en ce qui concerne l'offre et la conclusion de tels contrats;

6° en ce qui concerne son activité de distribution d'assurances ou de réassurances en Belgique, l'intermédiaire ne peut traiter, selon le cas, qu'avec des entreprises d'assurance autorisées en application de la législation de contrôle belge pertinente à exercer des activités d'assurance en Belgique, ou avec des entreprises de réassurance autorisées en application de la législation de contrôle belge pertinente à exercer l'activité de réassurance en Belgique.

[²] En ce qui concerne son activité de distribution d'assurances en Belgique, l'intermédiaire ne peut traiter qu'avec les souscripteurs mandatés qui sont inscrits pour cette activité ou qui sont autorisés à exercer leurs

activités en Belgique en vertu de l'article 271;]²

7° l'intermédiaire doit avoir adhéré au système extrajudiciaire de traitement des plaintes visé à l'article 322 de la présente loi. Il doit soit avoir adhéré lui-même à ce système, soit être membre d'une association professionnelle qui y a adhéré. L'intermédiaire est tenu de contribuer au financement dudit système et de donner suite à toute demande d'information qui lui serait adressée dans le cadre du traitement des plaintes via ce système;

8° l'intermédiaire doit, le cas échéant, respecter les dispositions de la partie 6, chapitre 5;

9° l'intermédiaire doit, le cas échéant, respecter les dispositions de l'article 304, §§ 1er et 2;

10° l'intermédiaire doit payer les contributions aux frais de fonctionnement de la FSMA, déterminées conformément à l'article 56 de la loi du 2 août 2002;

11° l'intermédiaire doit se conformer à la loi du 18 septembre 2017 relative à la prévention du blanchiment de capitaux et du financement du terrorisme et à la limitation de l'utilisation des espèces et aux arrêtés d'exécution de celle-ci, pour autant qu'il soit soumis à cette législation;

12° l'intermédiaire doit communiquer à la FSMA une adresse de courrier électronique professionnelle à laquelle la FSMA a la faculté d'adresser valablement toutes les communications, individuelles ou collectives, qu'elle opère en exécution de la présente loi [³ ou de toute autre disposition légale ou réglementaire dont elle assure le contrôle];³

[⁴ 13° l'intermédiaire qui collabore avec un ou plusieurs sous-agents d'assurance ou sous-agents de réassurance doit contrôler les activités de ces sous-agents et veiller à ce qu'ils respectent les dispositions de la présente loi.]⁴

Par dérogation aux dispositions du 10°, les intermédiaires d'assurance visés à l'article 68 de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière d'organisation de l'assurance maladie complémentaire (I) paient leur contribution aux frais de fonctionnement de l'OCM.]¹

(1)<L 2018-12-06/11, art. 20, 015; En vigueur : 28-12-2018>

(2)<L 2019-04-03/02, art. 32, 016; En vigueur : 10-04-2019>

(3)<L 2020-07-20/12, art. 28, 020; En vigueur : 15-08-2020>

(4)<L 2022-05-08/03, art. 5, 026; En vigueur : 03-07-2022>

Art. 267.[¹ Les intermédiaires d'assurance, les intermédiaires d'assurance à titre accessoire et les intermédiaires de réassurance ayant la qualité de personne morale ne sont en outre inscrits, et ne conservent leur inscription, qu'à condition:

1° que toutes les personnes à qui est confiée la direction effective ne se trouvent pas dans l'un des cas énumérés à l'article 20 de la loi du 25 avril 2014 et disposent de l'expertise adéquate et de l'honorabilité professionnelle nécessaire à l'exercice de leur fonction.

Elles ne peuvent également avoir été déclarées en faillite moins de dix ans auparavant, à moins d'avoir été réhabilitées;

2° que les personnes chargées de la direction effective qui assument de facto la responsabilité de l'activité de distribution d'assurances ou de réassurances possèdent les connaissances et les aptitudes professionnelles visées à l'article 266, alinéa 1er, 1° ;

3° que la FSMA ait été informée:

a) de l'identité de leurs actionnaires ou de leurs membres, qu'il s'agisse de personnes physiques ou morales, qui détiennent une participation de plus de 10 % dans l'intermédiaire, et des montants de ces participations;

b) de l'identité des personnes qui ont des liens étroits avec l'intermédiaire;

c) d'éléments dont il ressort que ces participations et ces liens étroits n'entraînent pas le bon exercice de la mission de contrôle de la FSMA;

4° la FSMA considère que les personnes visées au 3°, a) et b) présentent les qualités nécessaires au regard du besoin de garantir une gestion saine et prudente.

Si les dispositions législatives, réglementaires ou administratives d'un pays tiers applicables à une ou à plusieurs personnes physiques ou morales avec lesquelles l'intermédiaire a des liens étroits, ou des difficultés liées à la mise en oeuvre de ces dispositions législatives, réglementaires et administratives, entravent le bon exercice de sa mission de contrôle, la FSMA refuse l'inscription au registre.]¹

(1)<L 2018-12-06/11, art. 20, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Art. 267/1. [¹ Les intermédiaires d'assurance qui exercent l'activité de souscripteur mandaté :

1° disposent d'une organisation adéquate compte tenu de la nature, du volume et de la complexité des activités exercées, ainsi que des risques y afférents, en vue d'assurer le respect des dispositions de la présente loi. Le Roi peut préciser davantage ce qu'il convient d'entendre aux fins du présent article par organisation adéquate;

2° mentionnent sur leur site web, ou, à défaut, remettent sur support durable à la demande de leurs clients, le nom de toutes les entreprises d'assurance qui leur ont accordé une procuration, ainsi que les branches d'assurance pour lesquelles chaque procuration a été accordée;

3° mentionnent sur chaque police d'assurance le nom de la ou les entreprises d'assurance au nom et pour le compte desquelles la police a été conclue par le souscripteur mandaté;

4° répondent également aux dispositions de la présente section qui sont applicables aux courtiers d'assurance.]¹

Art. 267/2. [¹ Si un courtier ou un agent d'assurance ou un courtier ou un agent de réassurance a connaissance d'éléments pouvant mettre en doute le respect des conditions d'inscription prévues par la présente loi dans le chef d'un sous-agent d'assurance ou d'un intermédiaire d'assurance à titre accessoire ou d'un sous-agent de réassurance auquel il fait appel ou a fait appel, il communique immédiatement ces éléments à la FSMA.

La même communication est faite à la FSMA s'ils ont connaissance du fait que quelqu'un se présente comme intermédiaire d'assurance ou de réassurance sans être inscrit au registre prévu par la présente loi.]¹

(1)<Inséré par L 2024-05-03/21, art. 72, 032; En vigueur : 10-06-2024>

Section III. [¹ - Procédure d'inscription]¹

(1)<Inséré par L 2018-12-06/11, art. 20, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Art. 268.[¹ § 1er. Toute demande d'inscription au registre des intermédiaires d'assurance et des intermédiaires d'assurance à titre accessoire ou au registre des intermédiaires de réassurance est envoyée à la FSMA dans les formes et dans les conditions fixées par le Roi. Le candidat-intermédiaire peut mandater un tiers afin d'introduire, en son nom et pour son compte, sa demande d'inscription. En toute hypothèse, l'intermédiaire reste responsable de son dossier d'inscription et de la tenue à jour de celui-ci.

Dans sa demande, le candidat doit indiquer dans quelle catégorie il souhaite être inscrit et mentionner si les activités de distribution qu'il envisage d'exercer concernent les activités d'assurance non-vie visées à l'annexe I de la loi du 13 mars 2016 relative au statut et au contrôle des entreprises d'assurance ou de réassurance, concernant des produits d'investissement fondés sur l'assurance, tels que définis à l'article 5, 16° /1, et/ou concernant les autres activités d'assurance vie visées à l'annexe II de la loi du 13 mars 2016.

Si le candidat souhaite exercer l'activité de distribution d'assurances ou de réassurances dans le domaine de l'assurance contre les accidents du travail, telle que visée par la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail ou par la loi du 3 juillet 1967 sur la prévention ou la réparation des dommages résultant des accidents du travail, des accidents survenus sur le chemin du travail et des maladies professionnelles dans le secteur public, il doit l'indiquer dans sa demande.

Le demandeur doit fournir, à l'appui de sa demande, les documents nécessaires prouvant que toutes les conditions d'inscription sont remplies.

La FSMA décide, dans les soixante jours de la réception de la demande et des documents requis, d'inscrire ou non le candidat au registre qu'il a demandé et dans la catégorie qu'il a demandée. La FSMA notifie sa décision au demandeur. En cas de refus, la FSMA doit motiver ce refus.

[² ...]²

[² ...]²

Toute modification apportée aux données mentionnées [² ou aux documents repris]² dans le dossier d'inscription doit être communiquée immédiatement à la FSMA, sans préjudice du droit de la FSMA de recueillir des informations auprès de l'intéressé ou de lui réclamer des documents probants.

[² Les entreprises d'assurance, les intermédiaires d'assurance et de réassurance, les intermédiaires d'assurance à titre accessoire ainsi que les responsables de la distribution et les dirigeants effectifs informent notamment la FSMA immédiatement de tout fait ou élément qui implique une modification des informations fournies lors de la demande d'inscription et qui peut avoir une incidence sur l'expertise adéquate ou l'honorabilité professionnelle nécessaire à l'exercice de la fonction concernée.

Conformément aux articles 266, alinéa 1er, 267, alinéa 1er, et 304, lorsque la FSMA, dans le cadre de l'exercice de sa mission de contrôle, a connaissance d'un tel fait ou élément, obtenu ou non en application de l'alinéa 7, elle peut effectuer une réévaluation du respect des exigences visées aux articles 266, alinéa 1er et 267, alinéa 1er, 1°.]²

§ 2. La liste des intermédiaires d'assurance et des intermédiaires d'assurance à titre accessoire inscrits et la liste des intermédiaires de réassurance inscrits sont publiées sur le site web de la FSMA. Cette dernière se charge d'actualiser régulièrement ce site web sur la base des données dont elle dispose. La liste des intermédiaires d'assurance inscrits auprès de l'OCM est accessible via le site web de la FSMA.

Le site web mentionne pour chaque intermédiaire d'assurance, chaque intermédiaire d'assurance à titre accessoire et chaque intermédiaire de réassurance les données nécessaires à son identification, la date de son inscription, la catégorie dans laquelle il est inscrit, le nom des personnes chargées de la direction effective qui assument de facto la responsabilité des activités de distribution concernées, le cas échéant la date de sa radiation, ainsi que toute autre information que la FSMA estime utile pour une information correcte du public. La FSMA et l'OCM pour ce qui concerne les intermédiaires d'assurance visés à l'article 68 de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière d'organisation de l'assurance maladie complémentaire (I), déterminent les conditions auxquelles la mention de la radiation d'un intermédiaire est retirée du site web.

§ 3. Aux fins de l'application du règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la

libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE, la FSMA est considérée comme responsable du traitement des données à caractère personnel reprises dans le registre visé au présent article.]¹

(1)<L 2018-12-06/11, art. 20, 015; En vigueur : 28-12-2018>

(2)<L 2022-05-08/03, art. 7, 026; En vigueur : 03-07-2022>

Section IV. [¹ - Passeport européen]¹

(1)<Inséré par L 2018-12-06/11, art. 20, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Sous-section I. [¹ - Exercice de la libre prestation de services]¹

(1)<Inséré par L 2018-12-06/11, art. 20, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Art. 269.[¹ § 1er. Tout intermédiaire d'assurance, tout intermédiaire d'assurance à titre accessoire ou tout intermédiaire de réassurance inscrit en Belgique qui envisage d'exercer une activité pour la première fois sur le territoire d'un autre Etat membre en vertu du régime de libre prestation de services, en avise préalablement la FSMA, dans la forme et selon les modalités que celle-ci détermine.

[² A cette occasion, l'intermédiaire fournit les informations suivantes à la FSMA :

1° son nom, son adresse et son numéro d'inscription;

2° l'Etat membre ou les Etats membres dans lesquels il envisage d'exercer son activité;

3° la catégorie d'intermédiaire à laquelle il appartient et, le cas échéant, le nom de toute entreprise d'assurance ou de réassurance qu'il représente;

4° les branches d'assurance concernées, s'il y a lieu.]²

La FSMA communique les informations visées à l'alinéa 1er, dans un délai d'un mois à compter de leur réception, à l'autorité compétente de l'Etat membre d'accueil.

La FSMA, après que l'Etat membre d'accueil en a accusé réception, informe par écrit l'intermédiaire concerné que l'Etat membre d'accueil a reçu les informations et que l'intermédiaire peut commencer à y exercer ses activités.

L'intermédiaire d'assurance, l'intermédiaire d'assurance à titre accessoire ou l'intermédiaire de réassurance visé à l'alinéa 1er doit respecter, dans l'exercice de ses activités dans l'Etat membre d'accueil, les dispositions légales et réglementaires applicables dans cet Etat membre aux intermédiaires d'assurance, intermédiaires d'assurance à titre accessoire et intermédiaires de réassurance pour des motifs d'intérêt général. La FSMA indique à l'intermédiaire concerné où il peut trouver les dispositions d'intérêt général de l'Etat membre concerné qui lui sont applicables.

Le registre indique dans quels Etats membres l'intermédiaire opère en vertu du régime de libre prestation de services.

§ 2. En cas de changement de l'un ou plusieurs des éléments d'information communiqués dans le cadre de la notification visée au paragraphe 1er, alinéa 1er, l'intermédiaire concerné en avise la FSMA, un mois au moins avant d'appliquer ce changement.

La FSMA informe l'autorité compétente de l'Etat membre d'accueil de ce changement, au plus tard un mois à compter de la date de réception de l'information.]¹

(1)<L 2018-12-06/11, art. 20, 015; En vigueur : 28-12-2018>

(2)<L 2021-06-27/09, art. 374, 024; En vigueur : 19-07-2021>

Sous-section II. [¹ - Exercice de la liberté d'établissement]¹

(1)<Inséré par L 2018-12-06/11, art. 20, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Art. 270.[¹ § 1er. Tout intermédiaire d'assurance, tout intermédiaire d'assurance à titre accessoire ou tout intermédiaire de réassurance inscrit en Belgique qui envisage d'établir une succursale ou une présence permanente sur le territoire d'un autre Etat membre en vertu du régime de libre établissement, en avise préalablement la FSMA, dans la forme et selon les modalités que celle-ci détermine.

[² A cette occasion, l'intermédiaire fournit les informations suivantes à la FSMA :

1° son nom, son adresse et son numéro d'inscription;

2° l'Etat membre sur le territoire duquel il envisage d'établir une succursale ou une présence permanente;

3° la catégorie d'intermédiaire à laquelle il appartient et, le cas échéant, le nom de toute entreprise d'assurance ou de réassurance qu'il représente;

4° les branches d'assurance concernées, s'il y a lieu;

5° l'adresse, dans l'Etat membre d'accueil, à partir de laquelle des documents peuvent être obtenus;

6° le nom de toute personne responsable de la gestion de la succursale ou de la présence permanente.]²

Est assimilée à une succursale toute présence permanente sur le territoire d'un autre Etat membre qui équivaut à une succursale, à moins que l'intermédiaire n'établisse légalement sa présence permanente sous une

autre forme juridique.

Sous réserve des dispositions du paragraphe 2, la FSMA transmet, dans un délai d'un mois à compter de leur réception, les informations visées à l'alinéa 1er à l'autorité compétente de l'Etat membre d'accueil.

La FSMA, après que l'Etat membre d'accueil en a accusé réception, informe par écrit l'intermédiaire concerné que l'Etat membre d'accueil a reçu les informations.

Dans un délai d'un mois à compter de la réception des informations visées à l'alinéa 1er, l'autorité compétente de l'Etat membre d'accueil communique à la FSMA les dispositions légales et réglementaires applicables dans cet Etat membre aux intermédiaires d'assurance, intermédiaires d'assurance à titre accessoire et intermédiaires de réassurance pour des motifs d'intérêt général.

La FSMA communique à l'intermédiaire concerné les dispositions d'intérêt général visées à l'alinéa précédent et lui indique qu'il peut commencer à exercer ses activités dans l'Etat membre concerné, à condition qu'il respecte lesdites dispositions.

Si l'Etat membre d'accueil ne respecte pas le délai prévu à l'alinéa 5, l'intermédiaire concerné peut établir la succursale et commencer à exercer ses activités dans l'Etat membre d'accueil.

Le registre indique dans quels Etats membres l'intermédiaire opère en vertu du régime de libre établissement.

§ 2. Si la FSMA a des raisons de douter de l'adéquation de la structure organisationnelle ou de la situation financière de l'intermédiaire d'assurance, de l'intermédiaire d'assurance à titre accessoire ou de l'intermédiaire de réassurance compte tenu des activités de distribution envisagées, elle peut refuser de procéder à la notification visée au paragraphe 1er, alinéa 3.

Dans ce cas, la FSMA communique à l'intermédiaire concerné, dans un délai d'un mois à compter de la date à laquelle cet intermédiaire l'a avisée de son intention conformément au paragraphe 1er, alinéa 1er, les raisons de ce refus.

§ 3. En cas de changement de l'un ou plusieurs des éléments d'information communiqués dans le cadre de la notification visée au paragraphe 1er, alinéa 1er, l'intermédiaire concerné en avise la FSMA, un mois au moins avant d'appliquer ce changement.

La FSMA informe l'autorité compétente de l'Etat membre d'accueil de ce changement dès que possible, et au plus tard un mois à compter de la date de réception de l'information.]¹

(1)<L 2018-12-06/11, art. 20, 015; En vigueur : 28-12-2018>

(2)<L 2021-06-27/09, art. 375, 024; En vigueur : 19-07-2021>

Sous-section III. [¹ - Libre prestation de services et liberté d'établissement en Belgique pour les intermédiaires inscrits dans un autre Etat membre de l'EEE]¹

(1)<Inséré par L 2018-12-06/11, art. 20, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Art. 271.[¹] § 1er. L'intermédiaire d'assurance, l'intermédiaire d'assurance à titre accessoire ou l'intermédiaire de réassurance inscrit dans un Etat membre de l'EEE autre que la Belgique peut commencer ses activités en Belgique, soit sous le régime de libre prestation de services, soit sous celui de libre établissement, après en avoir avisé l'autorité compétente de son Etat membre d'origine, et après que cette autorité a averti la FSMA conformément à la disposition de droit européen en la matière. La FSMA publie la liste de ces intermédiaires d'assurance, intermédiaires d'assurance à titre accessoire et intermédiaires de réassurance sur son site web et veille à sa mise à jour régulière sur la base des données dont elle dispose.

L'intermédiaire d'assurance, l'intermédiaire d'assurance à titre accessoire ou l'intermédiaire de réassurance visé à l'alinéa 1er doit respecter, dans l'exercice de ses activités, les dispositions légales et réglementaires applicables en Belgique aux intermédiaires d'assurance, intermédiaires à titre accessoire et intermédiaires de réassurance pour des motifs d'intérêt général. La FSMA communique à l'autorité compétente de l'Etat membre d'origine quelles dispositions sont, à sa connaissance, d'intérêt général.

La FSMA fournit sur son site web des informations sur les dispositions d'intérêt général visées à l'alinéa 1er.

§ 2. Si le lieu d'établissement principal d'un intermédiaire d'assurance, d'un intermédiaire d'assurance à titre accessoire ou d'un intermédiaire de réassurance est situé non pas dans son Etat membre d'origine mais en Belgique, la FSMA peut convenir avec l'autorité compétente de l'Etat membre d'origine d'agir comme si elle était l'autorité compétente de l'Etat membre d'origine en ce qui concerne les articles 264, 265, 266 et 267, en ce qui concerne les dispositions de la partie 6, chapitre 5, et de la partie 7 et en ce qui concerne les arrêtés et règlements pris pour leur exécution. En pareil cas, l'autorité compétente de l'Etat membre d'origine notifie immédiatement à l'intermédiaire d'assurance, à l'intermédiaire d'assurance à titre accessoire ou à l'intermédiaire de réassurance et à l'EIOPA la conclusion d'un tel accord.]¹

(1)<L 2018-12-06/11, art. 20, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Section V. [¹ - Mode de paiement de la prime et de la prestation d'assurance]¹

(1)<Inséré par L 2021-06-27/09, art. 376, 024; En vigueur : 19-07-2021>

Art. 271/1. [¹] L'article 67 s'applique à toute distribution d'assurances relevant du champ d'application de la

présente partie.]¹

(1)<Inséré par L 2021-06-27/09, art. 377, 024; En vigueur : 19-07-2021>

[CHAPITRE 4.](#) [¹ - Des exigences professionnelles et organisationnelles pour les entreprises d'assurance et de réassurance]¹

(1)<L 2018-12-06/11, art. 21, 015; En vigueur : 28-12-2018>

[Art. 272.](#) [¹ Le présent chapitre est applicable aux entreprises d'assurance et de réassurance dont la Belgique est l'Etat membre d'origine, y compris aux succursales qu'elles ont établies dans d'autres Etats membres de l'EEE.]¹

(1)<Inséré par L 2018-12-06/11, art. 21, 015; En vigueur : 28-12-2018>

[Art. 273.](#)[¹ Les entreprises d'assurance et de réassurance qui exercent des activités de distribution d'assurances ou de réassurances également sans l'intervention d'un intermédiaire, désignent une ou plusieurs personnes physiques comme responsables de la distribution. Leur nombre est adapté à l'organisation et aux activités de l'entreprise. Le Roi peut préciser les exigences applicables à cet égard, sur proposition conjointe du ministre ayant les Assurances dans ses attributions et du ministre des Affaires sociales et sur avis de la FSMA.]¹

(1)<L 2018-12-06/11, art. 21, 015; En vigueur : 28-12-2018>

[Art. 274.](#)[¹ Les personnes qui sont désignées comme responsables de la distribution dans une entreprise d'assurance ou de réassurance et les personnes en contact avec le public qui, au sein d'une entreprise d'assurance ou de réassurance, prennent directement part aux activités de distribution doivent satisfaire aux mêmes conditions que celles de l'article 266, 1^o, 2^o et 3^o, établies pour les responsables de la distribution et les personnes en contact avec le public au sein d'un intermédiaire d'assurance ou de réassurance, ou d'un intermédiaire d'assurance à titre accessoire.]¹

(1)<L 2018-12-06/11, art. 21, 015; En vigueur : 28-12-2018>

[Art. 275.](#)[¹ § 1er. Les entreprises d'assurance et de réassurance concernées établissent des politiques internes et mettent en oeuvre des procédures internes afin de garantir le respect permanent des dispositions des articles 273 et 274.

Pour chacune des personnes visées à l'article 274, l'entreprise d'assurance ou de réassurance constitue un dossier dans lequel elle conserve les informations qui démontrent que ces personnes satisfont aux dispositions de l'article 266, 1^o à 3^o. L'entreprise d'assurance ou de réassurance tient ces dossiers à la disposition de la FSMA et est tenu d'assurer la confidentialité de ces données.

[² Lorsque la collaboration entre une entreprise d'assurance ou de réassurance et une personne visée à l'alinéa 2 prend fin, l'entreprise d'assurance ou de réassurance supprime le dossier visé à l'alinéa 2. Elle ne peut en aucun cas en conserver une copie.]²

Les dispositions de l'article 10, § 2, de la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel sont d'application.

§ 2. Les entreprises d'assurance et de réassurance désignent un responsable chargé de veiller à la bonne mise en oeuvre des politiques et procédures visées à l'alinéa 1er et à la bonne tenue des dossiers visés à l'alinéa 2. Les données d'identification de ce responsable sont communiquées à la FSMA.

Les entreprises d'assurance et de réassurance communiquent à la FSMA la liste nominative des responsables de la distribution qu'elles ont désignés, ainsi que le nombre des autres travailleurs qui prennent directement part aux activités de distribution, selon les conditions et les modalités déterminées par la FSMA.]¹

(1)<L 2018-12-06/11, art. 21, 015; En vigueur : 28-12-2018>

(2)<L 2022-05-08/03, art. 8, 026; En vigueur : 03-07-2022>

[Art. 276.](#)[¹ Les entreprises d'assurance et de réassurance établissent des politiques internes et mettent en oeuvre des procédures internes pour faire en sorte que les réclamations qui leur sont adressées concernant un contrat d'assurance ou de réassurance ou concernant le service d'assurance ou de réassurance qui a été fourni au réclamant soient examinées de manière experte et honnête et que le réclamant reçoive en tout cas une réponse.]¹

(1)<L 2018-12-06/11, art. 21, 015; En vigueur : 28-12-2018>

[Art. 277.](#)[¹ § 1er. La collaboration entre les entreprises d'assurance, les entreprises de réassurance et les intermédiaires à titre accessoire, les intermédiaires d'assurance ou de réassurance fait l'objet d'une convention

écrite et régulièrement mise à jour, le cas échéant.

§ 2. Si les entreprises d'assurance et de réassurance ont connaissance d'éléments pouvant mettre en doute le respect des conditions d'inscription prévues par la présente loi dans le chef d'un intermédiaire d'assurance, d'un intermédiaire d'assurance à titre accessoire ou d'un intermédiaire de réassurance auquel elles font appel ou ont fait appel, elles communiquent immédiatement ces éléments à la FSMA.

La même communication est faite à la FSMA si elles ont connaissance du fait que quelqu'un se présente comme intermédiaire d'assurance ou de réassurance sans être inscrit au registre prévu par la présente loi.]¹

(1)<L 2018-12-06/11, art. 21, 015; En vigueur : 28-12-2018>

CHAPITRE 5. [¹ - Des obligations en matière d'informations et règles de conduite]¹

(1)<Inséré par L 2018-12-06/11, art. 22, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Section 1re. [¹ - Champ d'application]¹

(1)<Inséré par L 2018-12-06/11, art. 22, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Art. 278. [¹ § 1er. Le présent chapitre s'applique aux:

- distributeurs de produits d'assurance dont la Belgique est l'Etat membre d'origine, à l'exception des succursales qu'ils ont établies dans d'autres Etats membres de l'EEE;
- succursales établies en Belgique de distributeurs de produits d'assurance relevant du droit d'un Etat membre de l'EEE, pour ce qui est de leurs activités de distribution effectuées sur le territoire belge;
- succursales établies en Belgique de distributeurs de produits d'assurance relevant du droit d'Etats tiers;
- distributeurs de produits d'assurance qui relèvent du droit d'Etats tiers et qui sont légalement autorisés à fournir leurs services en Belgique, pour ce qui est de leurs activités de distribution effectuées sur le territoire belge.

§ 2. Les dispositions des articles 5, 16° /1, alinéa 2, 258, § 2, iv), 280, 283, § 6, et §§ 8 à 11, 284, § 3, 288, § 4, 290, 291, 292, 295, § 3, et 296 en ce que ce dernier article ne comporte pas d'exception à l'obligation de déterminer le caractère approprié des produits d'investissement fondés sur l'assurance lorsqu'aucun conseil n'est fourni, et les règles prises en exécution de ces articles, ainsi que les règles prises en exécution des articles 284, § 7, alinéa 2, 286, § 7, et 287 s'appliquent à tous les distributeurs de produits d'assurance, y compris ceux qui exercent leurs activités au titre de la libre prestation de services, lorsqu'ils concluent des contrats d'assurance avec des clients dont la résidence habituelle ou l'établissement se situe sur le territoire belge.

§ 3. Par dérogation aux paragraphes 1 et 2, le présent chapitre n'est pas applicable à la distribution de produits d'assurance relevant des régimes de retraite professionnelle officiellement reconnus qui relèvent du champ d'application de la Directive 2016/2341 ou de la Directive 2009/138/CE, à l'exception des articles 279, § 1er, § 2, alinéa 1er, alinéa 3, et § 3, 281, § 1er, et § 2, 283, § 1er, à § 5, 284, § 1er, § 2, § 3, alinéa 1er, § 4, 285, § 1er, à § 7, 286, § 1er, à § 6, et 288, § 1er, à § 3.]¹

(1)<Inséré par L 2018-12-06/11, art. 22, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Section 2. [¹ - Principe général]¹

(1)<Inséré par L 2018-12-06/11, art. 22, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Art. 279. [¹ § 1er. Les distributeurs de produits d'assurance agissent toujours de manière honnête, équitable et professionnelle, et ce au mieux des intérêts de leurs clients, lorsqu'ils font de la distribution de produits d'assurance.

§ 2. Sans préjudice des dispositions du Livre VI du Code de droit économique relatives à l'interdiction des pratiques commerciales déloyales, toutes les informations en lien avec l'objet de la présente loi et ses arrêtés d'exécution, y compris les communications publicitaires, adressées par le distributeur de produits d'assurance à des clients ou à des clients potentiels doivent être correctes, claires et non trompeuses. Les communications publicitaires doivent toujours être clairement identifiables en tant que telles.

Dans le cas d'une assurance collective, il convient d'entendre par "client" le représentant d'un groupe de membres qui conclut un contrat d'assurance et dont chaque membre ne peut prendre individuellement la décision de s'affilier. Le représentant du groupe doit, dans les plus brefs délais après avoir affilié un membre à l'assurance collective, fournir à ce membre toutes les informations qui sont requises sur la base de la présente loi et des arrêtés et règlements pris pour son exécution.

En ce qui concerne les produits d'assurance relevant des régimes de retraite professionnelle officiellement reconnus qui relèvent du champ d'application de la Directive 2016/2341 ou de la Directive 2009/138/CE, l'alinéa précédent ne s'applique que vis-à-vis des dispositions visées à l'article 278, § 3.

§ 3. Les distributeurs de produits d'assurance ne sont pas rémunérés ou ne rémunèrent pas ni n'évaluent les

performances de leur personnel d'une façon qui aille à l'encontre de leur obligation d'agir au mieux des intérêts de leurs clients. Un distributeur de produits d'assurance ne prend en particulier aucune disposition sous forme de rémunération, d'objectifs de vente ou autre qui pourrait l'encourager, ou encourager son personnel, à recommander un produit d'assurance particulier à un client alors que le distributeur de produits d'assurance pourrait proposer un autre produit d'assurance qui correspondrait mieux aux besoins du client.]¹

(1)<Inséré par L 2018-12-06/11, art. 22, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Section 3. [¹ - Catégorisation des clients]¹

(1)<Inséré par L 2018-12-06/11, art. 22, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Art. 280. [¹ Avant toute distribution de produits d'assurance, un distributeur de produits d'assurance informe ses nouveaux clients, ainsi que ses clients existants de leur catégorisation en qualité de clients de détail ou de clients professionnels.

Le distributeur de produits d'assurance informe, sur un support durable, tout client de son droit éventuel à demander une catégorisation différente, ainsi que des limites qui pourraient en résulter au niveau de son degré de protection.

Le distributeur de produits d'assurance peut, d'initiative ou à la demande du client, traiter un client considéré comme client professionnel en tant que client de détail.

Le distributeur de produits d'assurance peut, à la demande du client, traiter un client considéré comme client de détail en tant que client professionnel dans le respect des conditions prévues par le Roi.]¹

(1)<Inséré par L 2018-12-06/11, art. 22, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Section 4. [¹ - Informations générales fournies par l'intermédiaire d'assurance, l'intermédiaire d'assurance à titre accessoire ou l'entreprise d'assurance]¹

(1)<Inséré par L 2018-12-06/11, art. 22, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Art. 281. [¹ § 1er. L'intermédiaire d'assurance fournit en temps utile, avant la conclusion d'un contrat d'assurance, les informations suivantes à ses clients:

- i) son identité, son adresse et le fait qu'il est un intermédiaire d'assurance;
 - ii) s'il fournit ou non des conseils sur les produits d'assurance vendus;
 - iii) les procédures visées à l'article 265 permettant aux clients et aux autres parties intéressées d'introduire une réclamation à l'encontre des intermédiaires d'assurance et les procédures extrajudiciaires de réclamation et de recours visées dans le Livre XVI du Code de droit économique;
 - iv) le registre des intermédiaires d'assurance où il a été inscrit et les moyens de vérifier son inscription au registre, et la catégorie dans laquelle il a été inscrit;
 - v) s'il représente le client ou agit au nom et pour le compte de l'entreprise d'assurance.
- Les points i, iii) et iv) s'appliquent également aux intermédiaires d'assurance à titre accessoire.

§ 2. L'entreprise d'assurance fournit en temps utile, avant la conclusion d'un contrat d'assurance, les informations suivantes à ses clients:

- i) son identité, son adresse et le fait qu'elle est une entreprise d'assurance;
- ii) si elle fournit ou non des conseils sur les produits d'assurance vendus;
- iii) les procédures visées à l'article 276 permettant aux clients et aux autres intéressés d'introduire une réclamation à l'encontre des entreprises d'assurance et les procédures extrajudiciaires de réclamation et de recours visées dans le Livre XVI du Code de droit économique.

§ 3. Il n'est pas nécessaire de fournir les informations visées au présent article lorsque le distributeur de produits d'assurance exerce des activités de distribution en rapport avec la couverture des grands risques.]¹

(1)<Inséré par L 2018-12-06/11, art. 22, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Section 5. [¹ - Conflits d'intérêts et transparence]¹

(1)<Inséré par L 2018-12-06/11, art. 22, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Art. 283. [¹ § 1er. Tout intermédiaire d'assurance et intermédiaire d'assurance à titre accessoire fournit en temps utile, avant la conclusion d'un contrat d'assurance, au client au moins les informations suivantes:

- a) toute participation, directe ou indirecte, représentant 10 % ou plus des droits de vote ou du capital d'une entreprise d'assurance déterminée qu'il détient;

b) toute participation, directe ou indirecte, représentant 10 % ou plus des droits de vote ou du capital de l'intermédiaire d'assurance ou de l'intermédiaire d'assurance à titre accessoire détenue par une entreprise d'assurance déterminée ou par l'entreprise mère d'une entreprise d'assurance déterminée;

c) en relation avec le contrat proposé ou conseillé, si cela s'applique, le fait que l'intermédiaire d'assurance ou l'intermédiaire d'assurance à titre accessoire, selon le cas:

- i) fonde ses conseils sur une analyse impartiale et personnalisée qui respecte les dispositions de l'article 284, § 3;
- ii) est soumis à une obligation contractuelle de travailler, dans le secteur de la distribution d'assurances, exclusivement avec une ou plusieurs entreprises d'assurance, auquel cas il doit communiquer le nom de ces entreprises d'assurance; ou
- iii) n'est pas soumis à l'obligation contractuelle de travailler, dans le secteur de la distribution d'assurances, exclusivement avec une ou plusieurs entreprises d'assurance et ne fonde pas ses conseils sur une analyse impartiale et personnalisée qui respecte les dispositions de l'article 284, § 3, auquel cas il doit communiquer le nom et l'adresse des entreprises d'assurance avec lesquelles il peut travailler et travaille;

d) la nature de la rémunération reçue en relation avec le contrat d'assurance;

e) si, en relation avec le contrat d'assurance, il travaille:

- i) sur la base d'honoraires, c'est-à-dire une rémunération payée directement par le client;
- ii) sur la base d'une commission de toute nature, c'est-à-dire une rémunération incluse dans la prime d'assurance;
- iii) sur la base de tout autre type de rémunération, y compris tout avantage économique, proposé ou offert en rapport avec le contrat d'assurance; ou
- iv) sur la base d'une combinaison de tous les types de rémunération visés aux points i), ii) et iii).

§ 2. Lorsque le client doit payer directement les honoraires, l'intermédiaire d'assurance ou l'intermédiaire d'assurance à titre accessoire, selon le cas, communique au client le montant des honoraires ou, lorsque cela n'est pas possible, la méthode de calcul des honoraires.

§ 3. Si le client effectue, au titre du contrat d'assurance après sa conclusion, des paiements autres que les primes en cours et les paiements prévus, l'intermédiaire d'assurance ou l'intermédiaire d'assurance à titre accessoire, selon le cas, lui communique également, pour chacun de ces paiements, les informations à fournir en vertu du présent article.

§ 4. Une entreprise d'assurance informe son client en temps utile, avant la conclusion d'un contrat d'assurance, de la nature de la rémunération perçue par son personnel dans le cadre du contrat d'assurance.

§ 5. Si le client effectue, au titre du contrat d'assurance après sa conclusion, des paiements autres que les primes en cours et les paiements prévus, l'entreprise d'assurance lui communique également, pour chacun de ces paiements, les informations à fournir en vertu du présent article.

§ 6. Les distributeurs de produits d'assurance fournissent à leurs clients existants ou potentiels, préalablement à la conclusion d'un contrat d'assurance ainsi qu'à chaque échéance d'un contrat d'assurance, des informations sur les coûts et les frais liés.

La FSMA peut déterminer, par règlement pris en exécution des articles 49, § 3, et 64, de la loi du 2 août 2002, le contenu de l'information visée au présent paragraphe.

§ 7. Il n'est pas nécessaire de fournir les informations visées aux paragraphes 1 à 6 lorsque le distributeur de produits d'assurance exerce des activités de distribution en rapport avec la couverture des grands risques.

§ 8. Sans préjudice de l'article 279, le distributeur de produits d'assurance maintient et applique des dispositifs organisationnels et administratifs efficaces en vue de prendre toutes les mesures raisonnables destinées à empêcher que des conflits d'intérêts, tels qu'ils sont définis au présent article, ne portent atteinte aux intérêts de ses clients. Ces dispositifs sont proportionnels aux activités exercées, aux produits d'assurance vendus et au type de distributeur.

§ 9. Les distributeurs de produits d'assurance prennent toutes les mesures appropriées pour détecter les conflits d'intérêts se posant entre eux-mêmes, y compris leurs dirigeants et leur personnel, ou toute personne directement ou indirectement liée à eux par une relation de contrôle, et leurs clients ou entre deux clients, lors de l'exercice d'activités de distribution d'assurances.

§ 10. Lorsque les dispositifs organisationnels ou administratifs mis en place par le distributeur de produits d'assurance conformément au paragraphe 8 pour gérer les conflits d'intérêts ne suffisent pas à garantir, avec une certitude raisonnable, que le risque de porter atteinte aux intérêts du client sera évité, le distributeur de produits d'assurance informe clairement le client, en temps utile avant la conclusion de tout contrat d'assurance, de la nature générale ou des sources de ces conflits d'intérêts.

§ 11. Par dérogation à l'article 285, paragraphe 1er, l'information visée au paragraphe 10 du présent article:

- a) est communiquée sur un support durable; et
- b) comporte suffisamment de détails, eu égard aux caractéristiques du client, pour que ce dernier puisse prendre une décision en connaissance de cause en ce qui concerne les activités de distribution d'assurances dans le cadre desquelles naît le conflit d'intérêts.]¹

(1)<Inséré par L 2018-12-06/11, art. 22, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Section 6. [¹ - Fourniture de conseils et pratiques de vente en l'absence de conseil]¹

(1)<Inséré par L 2018-12-06/11, art. 22, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Art. 284. [1 § 1er. Avant la conclusion d'un contrat d'assurance, le distributeur de produits d'assurance précise, sur la base des informations obtenues auprès du client, les exigences et les besoins de ce client et fournit au client des informations objectives sur le produit d'assurance sous une forme compréhensible afin de lui permettre de prendre une décision en connaissance de cause.

Tout contrat d'assurance proposé est cohérent avec les exigences et les besoins du client en matière d'assurance.

Lorsque des conseils sont fournis avant la conclusion d'un contrat spécifique, le distributeur de produits d'assurance fournit au client une recommandation personnalisée expliquant pourquoi un produit particulier correspondrait le mieux à ses exigences et à ses besoins.

§ 2. Les précisions visées au paragraphe 1er sont modulées en fonction de la complexité du produit d'assurance proposé et du type de client.

§ 3. Lorsqu'un intermédiaire d'assurance informe le client qu'il fonde ses conseils sur une analyse impartiale et personnalisée, ou que le conseil est fourni de manière indépendante, il fonde ses conseils sur l'analyse d'un nombre suffisant de produits d'assurance offerts sur le marché de façon à pouvoir recommander de manière personnalisée, en fonction de critères professionnels, le contrat d'assurance qui serait adapté aux besoins du client.

En ce qui concerne les produits d'investissement fondés sur l'assurance, le présent paragraphe s'applique sans préjudice de l'article 295, § 3.

§ 4. Sans préjudice des articles 183 et 184 de la directive 2009/138/CE, avant la conclusion d'un contrat, qu'il soit ou non assorti de la fourniture de conseils et que le produit d'assurance fasse ou non partie d'un lot conformément à l'article 286, le distributeur de produits d'assurance fournit au client les informations pertinentes sur le produit d'assurance sous une forme compréhensible afin de lui permettre de prendre une décision en connaissance de cause, tout en tenant compte de la complexité du produit d'assurance et du type de client.

§ 5. Pour ce qui concerne la distribution des produits d'assurance non-vie énumérés à l'annexe I de la loi du 13 mars 2016 relative au statut et au contrôle des entreprises d'assurance ou de réassurance, les informations visées au paragraphe 4 du présent article sont fournies au moyen d'un document d'information normalisé sur le produit d'assurance, sur support papier ou sur un autre support durable.

§ 6. Le document d'information sur le produit d'assurance visé au paragraphe 5 est élaboré par le concepteur du produit d'assurance non-vie.

§ 7. Le document d'information sur le produit d'assurance:

- a) est un document succinct et autonome;
- b) est présenté et mis en page d'une manière claire et facile à lire, avec des caractères d'une taille lisible;
- c) n'est pas moins compréhensible lorsque, l'original ayant été imprimé en couleurs, il est imprimé ou photocopié en noir et blanc;
- d) est rédigé dans les langues officielles, ou dans l'une des langues officielles, utilisées dans la partie de l'Etat membre dans laquelle le produit d'assurance est proposé ou, si le consommateur et le distributeur en conviennent, dans une autre langue;
- e) est exact et non trompeur;
- f) fait figurer le titre "document d'information sur le produit d'assurance" en haut de la première page;
- g) comprend une mention indiquant que des informations précontractuelles et contractuelles sur le produit sont fournies dans d'autres documents.

Le Roi peut disposer, par arrêté pris après avis de la FSMA, que le document d'information sur le produit d'assurance doit être fourni avec les informations exigées par d'autres dispositions législatives du droit européen ou dispositions du droit belge applicables, à condition que toutes les exigences énoncées au premier alinéa soient respectées.

§ 8. Le document d'information sur le produit d'assurance contient les informations suivantes:

- a) des informations sur le type d'assurance;
- b) un résumé de la couverture d'assurance, y compris les principaux risques assurés, les plafonds de garantie et, le cas échéant, la couverture géographique et un résumé des risques exclus;
- c) les modalités de paiement des primes et la durée des paiements;
- d) les principales exclusions qui rendent impossible toute demande d'indemnisation;
- e) les obligations au début du contrat;
- f) les obligations pendant la durée du contrat;
- g) les obligations en cas de sinistre;
- h) la durée du contrat, y compris les dates de début et de fin du contrat;
- i) les modalités de résiliation du contrat.

§ 9. Il n'est pas nécessaire de fournir les informations visées au présent article lorsque le distributeur de produits d'assurance exerce des activités de distribution en rapport avec la couverture des grands risques.

§ 10. Le document d'information relatif au produit d'assurance est présenté de la façon décrite par le règlement d'exécution (UE) 2017/1469 de la Commission du 11 août 2017 établissant un format de présentation normalisé pour le document d'information sur le produit d'assurance.]¹

(1)<Inséré par L 2018-12-06/11, art. 22, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Section 7. [1 - Modalités d'information]¹

Art. 285. [1] § 1er. Toute information fournie aux clients en vertu des articles 281 à 284, 287 et 295 ou des arrêtés et règlements pris en exécution de ces articles est communiquée aux clients, sauf stipulation contraire:

- a) sur support papier;
- b) d'une manière claire et précise, compréhensible pour le client;
- c) dans une langue officielle de l'Etat membre où le risque est situé ou de l'Etat membre de l'engagement ou dans toute autre langue convenue par les parties; et
- d) gratuitement.

§ 2. Par dérogation au paragraphe 1er, point a), du présent article, les informations visées dans le présent chapitre ou dans les arrêtés pris en exécution du présent chapitre, peuvent être fournies au client en recourant à l'un des supports suivants:

a) sur un support durable autre que le papier, si les conditions énoncées au paragraphe 4 du présent article sont remplies; ou

b) au moyen d'un site internet, si les conditions énoncées au paragraphe 5 du présent article sont remplies.

§ 3. Toutefois, si les informations visées dans le présent chapitre ou dans les arrêtés pris en exécution du présent chapitre sont fournies au moyen d'un support durable autre que le papier ou d'un site internet, un exemplaire sur support papier en est gratuitement fourni au client à sa demande.

§ 4. Les informations visées dans le présent chapitre ou dans les arrêtés pris en exécution du présent chapitre peuvent être fournies au client sur un support durable autre que le papier si les conditions suivantes sont remplies:

a) l'utilisation du support durable est appropriée eu égard aux opérations commerciales qui ont lieu entre le distributeur de produits d'assurance et le client; et

b) le client s'est vu proposer de recevoir l'information soit sur support papier, soit sur un support durable, et il a choisi ce dernier support.

§ 5. Les informations visées dans le présent chapitre ou dans les arrêtés pris en exécution du présent chapitre peuvent être fournies au moyen d'un site internet si elles sont adressées personnellement au client ou si les conditions suivantes sont remplies:

a) la fourniture desdites informations au moyen d'un site internet est appropriée eu égard aux opérations commerciales qui ont lieu entre le distributeur de produits d'assurance et le client;

b) le client a accepté que lesdites informations lui soient fournies au moyen d'un site internet;

c) le client s'est vu notifier par voie électronique l'adresse du site internet, ainsi que l'endroit, sur le site internet, où lesdites informations peuvent être trouvées;

d) l'accès auxdites informations sur le site internet est garanti pendant une période telle que le client peut raisonnablement être amené à les consulter.

§ 6. Aux fins des paragraphes 4 et 5, la fourniture d'informations sur un support durable autre que le papier ou au moyen d'un site internet est réputée appropriée eu égard aux opérations commerciales qui ont lieu entre le distributeur de produits d'assurance et le client s'il existe des éléments montrant que le client dispose d'un accès régulier à l'internet. La fourniture, par le client, d'une adresse électronique aux fins de ces opérations commerciales constitue un élément de preuve à cet égard.

§ 7. En cas de vente par téléphone, les informations préalables fournies au client par le distributeur de produits d'assurance avant la conclusion du contrat, y compris le document d'information sur le produit d'assurance, sont fournies en conformité avec les règles du Livre VI du Code de droit économique. En outre, même si le client a choisi d'obtenir les informations préalables sur un support durable autre que le papier conformément au paragraphe 4, elles sont fournies au client par le distributeur de produits d'assurance conformément au paragraphe 1er ou 2 immédiatement après la conclusion du contrat d'assurance.]¹

Section 8. [1] - Vente croisée¹

Art. 286. [1] § 1er. La vente croisée dans le cadre de laquelle au moins un élément est un produit d'assurance est autorisée lorsqu'elle est conforme au présent article et aux arrêtés et règlements pris pour son exécution.

§ 2. Lorsqu'un produit d'assurance est proposé avec un produit ou un service accessoire qui n'est pas une assurance, dans le cadre d'un lot ou du même accord, le distributeur de produits d'assurance indique au client s'il est possible d'acheter séparément les diverses composantes et, dans l'affirmative, fournit une description adéquate de chacune des composantes de l'accord ou du lot, ainsi que des justificatifs séparés des coûts et des frais liés à chaque composante.

§ 3. Dans les circonstances visées au paragraphe 2, et lorsque le risque ou la couverture d'assurance résultant d'un tel accord ou d'un tel lot proposé à un client est différent du risque ou de la couverture associés aux différents éléments pris séparément, le distributeur des produits d'assurance fournit une description appropriée des différents éléments de l'accord ou du lot et expose comment leur interaction modifie le risque ou la couverture d'assurance.

§ 4. Lorsqu'un produit d'assurance est un produit accessoire à un bien ou à un service qui n'est pas une assurance dans le cadre d'un lot ou du même accord, le distributeur des produits d'assurance donne au client la possibilité d'acheter le bien ou le service séparément. Ce paragraphe ne s'applique pas en cas de produit d'assurance accessoire à un service ou à une activité d'investissement au sens de l'article 4, paragraphe 1er, point 2, de la directive 2014/65/UE, à un contrat de crédit au sens de l'article 4, point 3, de la directive 2014/17/UE du Parlement européen et du Conseil du 4 février 2014 ou à un compte de paiement au sens de l'article 2, point 3, de la directive 2014/92/UE du Parlement européen et du Conseil du 23 juillet 2014.

§ 5. Le présent article et les arrêtés et règlements pris pour son exécution n'empêchent pas la distribution de produits d'assurance qui couvrent divers types de risques.

§ 6. Dans les cas visés aux paragraphes 2 et 4, le distributeur de produits d'assurance précise les exigences et les besoins du client à l'égard des produits d'assurance qui font partie du lot global ou du même accord.

§ 7. Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres pris après avis de la FSMA:

1° adopter des mesures plus strictes pour certaines pratiques de vente croisée lorsqu'il peut démontrer que de telles pratiques portent préjudice aux consommateurs;

2° intervenir au cas par cas pour interdire la vente d'une assurance avec un service ou un produit accessoire qui n'est pas une assurance, dans le cadre d'un lot ou du même accord, lorsqu'il peut démontrer que de telles pratiques portent préjudice aux consommateurs.]¹

(1)<Inséré par L 2018-12-06/11, art. 22, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Section 9. [¹ - Incitations]¹

(1)<Inséré par L 2018-12-06/11, art. 22, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Art. 287. [¹ Les organisations représentatives du secteur des assurances sont chargées d'élaborer de commun accord dans un délai de six mois suivant la publication au Moniteur belge de la présente loi, un code de conduite qui comporte au moins ce qui suit, en distinguant, le cas échéant selon le type de produit d'assurance concerné:

1° des critères servant à évaluer si les entreprises recevant des incitations respectent l'obligation d'agir d'une manière honnête, équitable et professionnelle au mieux des intérêts du client, et

2° une liste non exhaustive d'incitations proscrites car ayant un effet négatif sur la qualité du service fourni au client.

Le Roi fixe la date d'entrée en vigueur du code de conduite et y confère force obligatoire par arrêté royal pris sur avis de la FSMA.

A défaut du code de conduite dans un délai de douze mois suivant l'entrée en vigueur de la présente loi ou à défaut d'une ratification par le Roi de ce code de conduite, le Roi est habilité:

1° à fixer des critères servant à évaluer si les entreprises recevant des incitations respectent l'obligation d'agir d'une manière honnête, équitable et professionnelle au mieux des intérêts du client, et

2° à établir une liste non exhaustive d'incitations proscrites car ayant un effet négatif sur la qualité du service fourni au client.

Il peut distinguer, le cas échéant selon le type de produit d'assurance concerné.]¹

(1)<Inséré par L 2018-12-06/11, art. 22, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Section 10. [¹ - Surveillance des produits et exigences en matière de gouvernance et connaissance des produits]¹

(1)<Inséré par L 2018-12-06/11, art. 22, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Art. 288. [¹ § 1er. Les entreprises d'assurance, ainsi que les intermédiaires qui conçoivent des produits d'assurance destinés à la vente aux clients, maintiennent, appliquent et révisent un processus de validation de chaque produit d'assurance, ou des adaptations significatives apportées à un produit d'assurance existant, avant sa commercialisation ou sa distribution aux clients.

Le processus de validation des produits est proportionnel et approprié à la nature du produit d'assurance.

Le processus de validation des produits détermine un marché cible défini pour chaque produit, garantit que tous les risques pertinents pour ledit marché cible défini sont évalués et que la stratégie de distribution prévue convient au marché cible défini, et prend des mesures raisonnables pour que le produit d'assurance soit distribué au marché cible défini.

L'entreprise d'assurance comprend et examine régulièrement les produits d'assurance qu'elle propose ou commercialise, en tenant compte de tout événement qui pourrait influer sensiblement sur le risque potentiel pesant sur le marché cible défini, afin d'évaluer au minimum si le produit continue de correspondre aux besoins du marché cible défini et si la stratégie de distribution prévue demeure appropriée.

Les entreprises d'assurance, ainsi que les intermédiaires qui conçoivent des produits d'assurance, mettent à la disposition des distributeurs tous les renseignements utiles sur le produit d'assurance et sur le processus de

validation du produit, y compris le marché cible défini du produit d'assurance.

Lorsqu'un distributeur de produits d'assurance conseille ou propose des produits d'assurance qu'il ne conçoit pas, il se dote de dispositifs appropriés pour se procurer les renseignements visés au cinquième alinéa et pour comprendre les caractéristiques et le marché cible défini de chaque produit d'assurance.

§ 2. Les politiques, processus et dispositifs visés dans le présent article sont sans préjudice de toutes les autres prescriptions prévues par la présente loi, y compris celles applicables à la publication, à l'adéquation ou au caractère approprié, à la détection et à la gestion des conflits d'intérêts, et aux incitations.

§ 3. Les paragraphes 1er et 2 du présent article ne s'appliquent pas aux produits d'assurance qui consistent à assurer les grands risques.

§ 4. Les intermédiaires d'assurance et les intermédiaires d'assurance à titre accessoire ne font porter leur activité d'intermédiation que sur des contrats d'assurance dont eux-mêmes, leurs responsables de la distribution, et les personnes en contact avec le public qu'ils occupent, connaissent et sont capables d'expliquer aux clients les caractéristiques essentielles.

Les entreprises d'assurance n'offrent de souscrire que des contrats d'assurance dont leurs responsables de la distribution et les personnes en contact avec le public qu'elles occupent, connaissent et sont capables d'expliquer aux clients les caractéristiques essentielles.]¹

(1)<Inséré par L 2018-12-06/11, art. 22, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Section 11. [¹ - Dossiers clients]¹

(1)<Inséré par L 2018-12-06/11, art. 22, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Art. 290. [¹ § 1er. Le distributeur de produits d'assurance constitue un dossier incluant le ou les documents qu'il a conclus avec le client, où sont énoncés les droits et obligations des parties ainsi que les autres conditions auxquelles il fournit des services au client. Les droits et obligations des parties au contrat peuvent être incorporés par référence à d'autres documents ou textes juridiques.

Les données sont, aux fins de l'exécution de ses missions de contrôle par la FSMA, conservées pendant une durée de cinq ans, et, si la FSMA en fait la demande, pendant une durée de sept ans, sans préjudice de la fixation, conformément au règlement 2016/679, d'un délai plus long par le distributeur de produits d'assurance dans le cadre de l'exécution du contrat et de la gestion des litiges associés.

§ 2. Le Roi peut, par arrêté pris après avis de la FSMA, préciser le contenu du dossier visé au paragraphe 1er, ainsi que le contenu des contrats à conclure avec les clients.]¹

(1)<Inséré par L 2018-12-06/11, art. 22, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Section 12. [¹ - Conservation des données]¹

(1)<Inséré par L 2018-12-06/11, art. 22, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Art. 291. [¹ § 1er. Les distributeurs de produits d'assurance conservent un enregistrement de toute activité de distribution d'assurances exercée afin de permettre à la FSMA de vérifier si le distributeur de produits d'assurance se conforme aux dispositions de la présente partie et aux dispositions prises en exécution de la présente partie, et, en particulier s'il respecte ses obligations à l'égard de ses clients ou clients potentiels.

Les données sont, aux fins de l'exécution de ses missions de contrôle par la FSMA, conservées pendant une durée de cinq ans, et, si la FSMA en fait la demande, pendant une durée de sept ans, sans préjudice de la fixation, conformément au règlement 2016/679, d'un délai plus long par le distributeur de produits d'assurance dans le cadre de l'exécution du contrat et de la gestion des litiges associés.

§ 2. La FSMA peut préciser les dispositions du présent article par voie de règlements pris en exécution des articles 49, § 3, et 64, de la loi du 2 août 2002.]¹

(1)<Inséré par L 2018-12-06/11, art. 22, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Section 13. [¹ - Mise à disposition des informations pour les distributeurs de produits d'assurance]¹

(1)<Inséré par L 2018-12-06/11, art. 22, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Art. 292. [¹ Les entreprises d'assurance mettent à la disposition des distributeurs de produits d'assurance qui distribuent leurs produits, les informations dont elles disposent et dont les distributeurs de produits d'assurance ont besoin pour respecter leurs obligations découlant du présent chapitre et des dispositions prises en exécution du présent chapitre.]¹

(1)<Inséré par L 2018-12-06/11, art. 22, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Section 14. [¹ - Responsabilité]¹

(1)<Inséré par L 2018-12-06/11, art. 22, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Art. 293.[¹ § 1er. Les entreprises d'assurance qui collaborent avec des agents d'assurance liés assument la responsabilité civile entière et inconditionnelle de toute action effectuée ou de toute omission commise par ces agents d'assurance liés lorsqu'ils agissent en leur nom et pour leur compte, dans la mesure où cette action ou omission concerne les règles de conduite visées au chapitre 5 de la présente partie ou dans les dispositions prises pour son exécution.

Les entreprises d'assurance veillent à ce que les agents d'assurance liés avec lesquels elles collaborent indiquent en quelle qualité ils agissent [² lorsqu'ils traitent avec un client ou un client potentiel]².

Les entreprises d'assurance sont tenues de contrôler les activités des agents d'assurance liés avec lesquels elles collaborent.

§ 2. [² Les agents d'assurance ou de réassurance et les courtiers d'assurance ou de réassurance qui collaborent avec des sous-agents assument la responsabilité civile entière et inconditionnelle de toute action effectuée ou de toute omission commise par ces sous-agents d'assurance ou de réassurance lorsque ces derniers agissent pour leur compte.

Les agents d'assurance ou de réassurance et les courtiers d'assurance ou de réassurance veillent à ce que les sous-agents avec lesquels ils collaborent indiquent en quelle qualité ils agissent lorsqu'ils traitent avec un client ou un client potentiel.

Les agents d'assurance ou de réassurance et les courtiers d'assurance ou de réassurance sont tenus de contrôler les activités des sous-agents d'assurance ou de réassurance avec lesquels ils collaborent.]²[¹

(1)<Inséré par L 2018-12-06/11, art. 22, 015; En vigueur : 28-12-2018>

(2)<L 2022-05-08/03, art. 9, 026; En vigueur : 03-07-2022>

Section 15. [¹ - Exigences supplémentaires en ce qui concerne les produits d'investissement fondés sur l'assurance]¹

(1)<Inséré par L 2018-12-06/11, art. 22, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Sous-section 1re. [¹ - Champ d'application des exigences supplémentaires]¹

(1)<Inséré par L 2018-12-06/11, art. 22, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Art. 294.[¹ La présente section établit des exigences supplémentaires à celles qui s'appliquent à la distribution de produits d'assurance lorsque cette distribution de produits d'assurance concerne des produits d'investissement fondés sur l'assurance:

- a) soit par un intermédiaire d'assurance;
- b) soit par une entreprise d'assurance.]¹

(1)<Inséré par L 2018-12-06/11, art. 22, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Sous-section 2. [¹ - Information des clients]¹

(1)<Inséré par L 2018-12-06/11, art. 22, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Art. 295.[¹ § 1er. Sans préjudice des articles 281 et 283, §§ 1er et 2, des informations appropriées sont fournies aux clients ou aux clients potentiels en temps utile avant la conclusion de tout contrat en ce qui concerne la distribution de produits d'investissement fondés sur l'assurance, et en ce qui concerne tous les coûts et frais liés. Ces informations comprennent au moins les éléments suivants:

a) lorsque des conseils sont fournis, elles indiquent si l'intermédiaire ou l'entreprise d'assurance fournira au client une évaluation périodique, visée à l'article 296, de l'adéquation des produits d'investissement fondés sur l'assurance qui sont recommandés à ce client;

b) en ce qui concerne les informations sur les produits d'investissement fondés sur l'assurance et les stratégies d'investissement proposées, des orientations et des mises en garde appropriées sur les risques inhérents aux produits d'investissement fondés sur l'assurance ou à certaines stratégies d'investissement

proposées;

c) en ce qui concerne les informations sur tous les coûts et frais liés qui doivent être communiquées, des informations relatives à la distribution du produit d'investissement fondé sur l'assurance, y compris le coût des conseils, s'il y a lieu, le coût du produit d'investissement fondé sur l'assurance recommandé au client ou commercialisé auprès du client et la manière dont le client peut s'en acquitter, ce qui comprend également tout paiement effectué par des tiers.

Les informations relatives à l'ensemble des coûts et frais, y compris les coûts et frais liés à la distribution du produit d'investissement fondé sur l'assurance, qui ne sont pas causés par la survenance d'un risque du marché sous-jacent, sont agrégées afin de permettre au client de comprendre le coût total ainsi que l'effet cumulé sur le retour sur investissement, et, si le client le demande, une ventilation des coûts et frais par poste est fournie. Le cas échéant, ces informations sont fournies au client régulièrement, au minimum chaque année, pendant la durée de vie de l'investissement.

Les informations visées au présent paragraphe sont fournies sous une forme aisément compréhensible, de telle sorte que les clients ou clients potentiels soient raisonnablement en mesure de comprendre la nature et les risques du produit d'investissement fondé sur l'assurance qui leur est proposé et, partant, de prendre des décisions d'investissement en connaissance de cause.

§ 2. Les informations visées au présent article ne doivent pas être fournies à un client professionnel.

§ 3. Lorsqu'un intermédiaire d'assurance informe le client que les conseils sont fournis de manière indépendante, il évalue un nombre suffisamment important de produits d'assurance disponibles sur le marché, ces produits d'assurance devant être suffisamment variés quant à leur nature et aux fournisseurs des produits, pour s'assurer que les objectifs du client puissent être satisfaits de manière adéquate, et il ne se limite pas aux produits d'assurance émis ou fournis par des entités ayant des liens étroits avec l'intermédiaire.]¹

(1)<Inséré par L 2018-12-06/11, art. 22, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Sous-section 3. [¹ - Evaluation de l'adéquation et du caractère approprié]¹

(1)<Inséré par L 2018-12-06/11, art. 22, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Art. 296. [¹ § 1er. Sans préjudice de l'article 284, § 1er, lorsqu'il ou elle fournit des conseils sur un produit d'investissement fondé sur l'assurance, l'intermédiaire ou l'entreprise d'assurance se procure également les informations nécessaires sur les connaissances et l'expérience du client ou du client potentiel dans le domaine d'investissement dont relève le type spécifique de produit ou de service, la situation financière de cette personne, y compris sa capacité à subir des pertes, et ses objectifs d'investissement, y compris sa tolérance au risque, pour être ainsi en mesure de recommander au client ou au client potentiel les produits d'investissement fondés sur l'assurance adéquats et, en particulier, ceux qui sont adaptés à sa tolérance au risque et à sa capacité à subir des pertes.

Lorsqu'un intermédiaire ou une entreprise d'assurance fournit des conseils en investissement recommandant des lots de services ou de produits groupés conformément à l'article 286, il ou elle doit faire en sorte que l'offre groupée soit adéquate dans son ensemble.

§ 2. Sans préjudice de l'article 284, § 1er, l'intermédiaire ou l'entreprise d'assurance, lorsqu'il ou elle exerce des activités de distribution d'assurances autres que celles visées au paragraphe 1er du présent article, en relation avec des ventes qui ne sont pas assorties de conseils, demande au client ou au client potentiel de fournir des informations sur ses connaissances et son expérience du domaine d'investissement dont relève le type spécifique de produit ou de service proposé ou demandé, afin de déterminer si le service ou le produit d'assurance envisagé est approprié pour le client. Lorsqu'une offre groupée de services ou de produits est envisagée conformément à l'article 286, l'évaluation porte sur le caractère approprié de l'offre groupée dans son ensemble.

Si l'intermédiaire ou l'entreprise d'assurance estime, sur la base des informations reçues conformément au premier alinéa, que le produit n'est pas approprié pour le client ou le client potentiel, il en avertit ce dernier à cet effet. Cet avertissement peut être fourni sous une forme standardisée.

Si les clients ou les clients potentiels ne fournissent pas les informations visées au premier alinéa, ou ne fournissent que des informations insuffisantes sur leurs connaissances et leur expérience, l'intermédiaire ou l'entreprise d'assurance les avertit qu'il ou elle n'est pas en mesure de déterminer si le produit envisagé est approprié pour eux. Cet avertissement peut être fourni sous une forme standardisée.

§ 3. Lorsqu'il ou elle fournit des conseils sur un produit d'investissement fondé sur l'assurance, l'intermédiaire ou l'entreprise d'assurance fournit au client, avant la conclusion du contrat, une déclaration d'adéquation sur un support durable, précisant les conseils fournis et la manière dont ceux-ci répondent aux préférences, aux objectifs et aux autres caractéristiques du client. Les conditions énoncées à l'article 285, paragraphes 1 à 4, s'appliquent.

Lorsque le contrat est conclu en utilisant un moyen de communication à distance qui ne permet pas la transmission préalable de la déclaration d'adéquation, l'intermédiaire ou l'entreprise d'assurance peut fournir la déclaration d'adéquation sur un support durable dès que le client est lié par un contrat, pour autant que les deux conditions suivantes soient remplies:

a) le client a consenti à recevoir la déclaration d'adéquation sans délai excessif après la conclusion du contrat;
et

b) l'intermédiaire ou l'entreprise d'assurance a donné au client la possibilité de retarder la conclusion du contrat afin qu'il puisse recevoir au préalable la déclaration d'adéquation avant ladite conclusion du contrat.

Lorsqu'un intermédiaire ou une entreprise d'assurance a informé le client qu'il ou elle procéderait à une évaluation périodique de l'adéquation, le rapport périodique comporte une déclaration mise à jour sur la manière dont l'investissement fondé sur l'assurance répond aux préférences, aux objectifs et aux autres caractéristiques du client.

§ 4. Les obligations d'information du présent article ne s'appliquent pas aux clients professionnels.

§ 5. Par arrêté pris sur avis de la FSMA, le Roi est habilité à préciser comment les intermédiaires et entreprises d'assurance doivent se conformer aux principes énoncés dans le présent article.]¹

(1)<Inséré par L 2018-12-06/11, art. 22, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Sous-section 4. [¹ - Exigences en matière d'incitations en ce qui concerne les produits d'investissement fondés sur l'assurance]¹

(1)<Inséré par L 2018-12-06/11, art. 22, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Art. 296/1. [¹ Sans préjudice de l'article 283, § 1er, points d) et e), et § 3, les distributeurs de produits d'assurance sont considérés comme remplies leurs obligations au titre de l'article 279, § 1er, et de l'article 283, §§ 8 à 10, lorsqu'ils versent ou reçoivent des honoraires ou une commission, ou fournissent ou reçoivent un avantage non monétaire en liaison avec la distribution d'un produit d'assurance ou la prestation d'un service accessoire, à ou par toute partie, à l'exclusion du client ou de la personne agissant au nom du client, dans les seuls cas où le paiement ou l'avantage:

a) n'a pas d'effet négatif sur la qualité du service fourni au client; et

b) ne nuit pas au respect de l'obligation du distributeur de produits d'assurance d'agir d'une manière honnête, équitable et professionnelle au mieux des intérêts de ses clients.

Le paiement ou l'avantage qui permet la distribution d'assurances ou est nécessaire à celle-ci, tels que les contributions légales et frais juridiques et les primes de réassurance, et qui ne peut par nature occasionner de conflit avec l'obligation qui incombe au distributeur de produits d'assurance d'agir d'une manière honnête, équitable et professionnelle au mieux des intérêts de ses clients n'est pas soumis aux exigences énoncées au premier alinéa.]¹

(1)<Inséré par L 2018-12-06/11, art. 22, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Sous-section 5. [¹ - Exigences en matière de rapportage aux clients en ce qui concerne les produits d'investissement fondés sur l'assurance]¹

(1)<Inséré par L 2018-12-06/11, art. 22, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Art. 296/2. [¹ § 1er. L'intermédiaire d'assurance ou l'entreprise d'assurance fournit au client, sur un support durable, des informations adéquates sur le service fourni. Ces informations consistent notamment en des communications périodiques à ses clients, qui tiennent compte du type et de la complexité des produits d'assurance concernés et de la nature des services fournis au client, et incluent, lorsqu'il y a lieu, les coûts liés aux transactions effectuées et aux services fournis au nom du client.

§ 2. Le présent article ne s'applique pas aux services fournis à des clients professionnels.]¹

(1)<Inséré par L 2018-12-06/11, art. 22, 015; En vigueur : 28-12-2018>

PARTIE 7. - L'ORGANISATION DU CONTROLE

TITRE Ier. - L'organisation du contrôle et la collaboration entre autorités

Art. 297.[¹ Sauf disposition dérogatoire, les dispositions de la présente Partie sont d'application en ce qui concerne :

1° la présente loi et ses arrêtés et règlements d'exécution ;

2° (i) le règlement 2019/2088, les actes délégués et les normes techniques de réglementation ou d'exécution adoptés par la Commission en exécution de ce règlement, ainsi que (ii) les articles 5 à 7 du règlement 2020/852 ainsi que les actes délégués et les normes techniques de réglementation ou d'exécution adoptés par la Commission en exécution de ce règlement ;

3° le règlement 2022/2554 ainsi que les actes délégués et les normes techniques de réglementation ou d'exécution adoptés par la Commission en exécution de ce règlement ;

4° les actes délégués et les normes techniques de réglementation ou d'exécution adoptés par la Commission

en exécution de la directive IDD.]¹

(1)<L 2025-03-25/05, art. 44, 037; En vigueur : 08-05-2025>

Art. 298.[¹ Ancien Art. 280]¹ § 1er. Sauf disposition contraire explicite prévue par la présente loi, la FSMA assure le contrôle du respect des dispositions [² visées à l'article 297]².

§ 2. Par dérogation au paragraphe 1er, l'OCM est chargé du contrôle du respect [² des dispositions visées à l'article 297, 1° et 4°,] ² qui concernent les sociétés mutualistes visées aux articles 43bis, § 5, et 70, §§ 6, 7 et 8, de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités, et de celles qui concernent les intermédiaires d'assurances visés à l'article 68 de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière d'organisation de l'assurance maladie complémentaire (I).

S'agissant des pouvoirs de contrôle et de sanction prévus par la présente loi et ses arrêtés d'exécution à l'égard des sociétés mutualistes et des intermédiaires d'assurances mentionnés à l'alinéa 1er, "la FSMA" doit se lire comme "l'OCM", sauf dans les dispositions qui établissent une compétence réglementaire de la FSMA et dans les dispositions concernant lesquelles la loi elle-même prévoit un régime distinct pour le contrôle exercé par l'OCM. Pour les arrêtés que le Roi devra prendre en vertu de la présente loi, sur avis de la FSMA, il conviendra également de recueillir l'avis de l'OCM s'il est prévu que les sociétés mutualistes et/ou les intermédiaires d'assurances mentionnés à l'alinéa 1er tombent dans le champ d'application des arrêtés en question.

La FSMA et l'OCM concluent un accord de coopération qui règle notamment l'échange d'informations et organise l'application uniforme de la loi.

(1)<L 2018-12-06/11, art. 23, 015; En vigueur : 28-12-2018>

(2)<L 2025-03-25/05, art. 45, 037; En vigueur : 08-05-2025>

Art. 299.[¹ Ancien Art. 281]¹ La FSMA est chargée du contrôle du respect, par les entreprises d'assurances belges et les entreprises d'assurances étrangères, à l'exception des entreprises d'assurances de l'EEE, des règles qui, conformément à l'article 45, § 1er, 3°, f, de la loi du 2 août 2002, visent à garantir un traitement honnête, équitable et professionnel des parties intéressées.

(1)<L 2018-12-06/11, art. 23, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Art. 300.[¹ Ancien Art. 282]¹ En vue d'assurer un contrôle efficace et coordonné des entreprises d'assurances, la Banque et la FSMA concluent un protocole, qu'elles publient sur leur site web respectif.

Ce protocole détermine les modalités de la collaboration entre la Banque et la FSMA dans tous les cas où la loi prévoit un avis, une consultation, une information ou tout autre contact entre les deux institutions, ainsi que dans les cas où une concertation entre les deux institutions est nécessaire pour assurer une application uniforme de la législation.

(1)<L 2018-12-06/11, art. 23, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Art. 301.[¹ Ancien Art. 283]¹ Lorsque, dans l'exercice de son contrôle du respect des dispositions [³ visées à l'article 297]³, la FSMA relève des pratiques contraires à des [³ législations autres que les dispositions visées à l'article 297]³, [² elle peut en informer, aux conditions visées à l'article 75 de la loi du 2 août 2002, les autorités qui ont ces matières dans leurs attributions et à condition que ces autorités soient mentionnées au paragraphe 1er de l'article précédent.]² De même, celles-ci informent la FSMA lorsque leurs services ont constaté des infractions aux lois, arrêtés ou règlements commises par des entreprises et personnes soumises [³ aux dispositions visées à l'article 297]³. Ces informations restent soumises au secret professionnel auquel ces autorités sont tenues.

(1)<L 2018-12-06/11, art. 23, 015; En vigueur : 28-12-2018>

(2)<L 2022-05-08/03, art. 10, 026; En vigueur : 03-07-2022>

(3)<L 2025-03-25/05, art. 46, 037; En vigueur : 08-05-2025>

Art. 302.[² Ancien Art. 284]² [³ § 1er. En vue de permettre une bonne application [⁴ des dispositions visées à l'article 297]⁴, la FSMA coopère avec la Banque, avec l'EIOPA, avec les autorités compétentes des Etats membres de l'EEE, avec les autorités compétentes au sens de l'article 12, paragraphe 1er, de la Directive IDD ainsi qu'avec les autorités de pays tiers à vocation similaire, et peut échanger avec ces autorités des informations confidentielles conformément aux dispositions des articles 75 et 77, §§ 1er et 2, de la loi du 2 août 2002.

La FSMA communique sans délai à l'EIOPA toutes les informations qui lui sont nécessaires pour remplir sa mission, conformément au Règlement (UE) n° 1094/2010.

Dans l'exercice de ses fonctions, la FSMA prend en compte la convergence en matière d'outils de contrôle et de pratiques de contrôle dans l'application des dispositions législatives, réglementaires et administratives adoptées conformément à la Directive 2009/138/CE et à la Directive IDD. A cette fin:

a) la FSMA participe aux activités de l'EIOPA;

b) la FSMA met tout en oeuvre pour se conformer aux orientations et recommandations publiées par l'EIOPA conformément à l'article 16 du Règlement (UE) n° 1094/2010 et, si elle ne le fait pas, elle en indique les raisons;

c) la FSMA échange avec d'autres autorités compétentes, dans le cadre de la procédure d'inscription et de

manière continue, des informations pertinentes concernant l'honorabilité ainsi que les connaissances et les aptitudes professionnelles des distributeurs de produits d'assurance et de réassurance.

§ 2. Sans préjudice des autres droits qui lui sont conférés dans le cadre de ses activités de contrôle, la FSMA peut, concernant les opérations effectuées en Belgique par une entreprise d'assurance en vertu du droit d'établissement et/ou dans le cadre de la libre prestation de services, demander auprès des autorités compétentes de l'Etat membre d'origine de l'entreprise d'assurance des informations sur le montant total des primes, demandes en réparation et commissions concernant ces opérations.

§ 3. La FSMA échange également avec d'autres autorités compétentes des informations concernant les distributeurs de produits d'assurance et de réassurance qui ont fait l'objet d'une sanction ou d'une autre mesure susceptible de conduire à la radiation du registre de ces distributeurs.]³

(1)<L 2016-06-29/01, art. 80, 005; En vigueur : 16-07-2016>

(2)<L 2018-12-06/11, art. 23, 015; En vigueur : 28-12-2018>

(3)<L 2018-12-06/11, art. 25, 015; En vigueur : 28-12-2018>

(4)<L 2025-03-25/05, art. 47, 037; En vigueur : 08-05-2025>

Art. 303.[¹ Ancien Art. 285]¹ Toute plainte du chef d'infractions [2 aux dispositions visées à l'article 297]² doit être portée à la connaissance de la FSMA par l'instance judiciaire ou administrative qui en est saisie.

Toute action pénale du chef des infractions visées à l'alinéa 1er doit être portée à la connaissance de la FSMA à la diligence du greffe de la juridiction répressive qui en est saisie.

(1)<L 2018-12-06/11, art. 23, 015; En vigueur : 28-12-2018>

(2)<L 2025-03-25/05, art. 48, 037; En vigueur : 08-05-2025>

TITRE II. - L'exercice du contrôle

CHAPITRE 1er. - Dispositions générales

Art. 304.[¹ Ancien Art. 286]¹ § 1er. [² La FSMA détermine les informations et les documents que les assureurs, les entreprises de réassurance, les intermédiaires d'assurance, les intermédiaires d'assurance à titre accessoire et les intermédiaires de réassurance sont tenus de lui fournir pour lui permettre de vérifier si ces entreprises et intermédiaires respectent en permanence les dispositions légales et réglementaires qui leur sont applicables. La FSMA détermine également la fréquence et les modalités de transmission de ces informations et documents.]²

§ 2. [² Sur simple demande de la FSMA, les assureurs, les entreprises de réassurance, les intermédiaires d'assurance, les intermédiaires d'assurance à titre accessoire et les intermédiaires de réassurance sont tenus de lui fournir tous renseignements et de lui délivrer tous documents nécessaires à l'exécution de sa mission, et ce dans le délai [⁴ et selon les modalités]⁴ qu'elle détermine. Les renseignements et documents visés dans cet alinéa doivent être rédigés au moins dans la langue imposée par la loi ou le décret.

La FSMA peut procéder à des inspections au siège principal belge des assureurs, des entreprises de réassurance, des intermédiaires d'assurance, des intermédiaires d'assurance à titre accessoire et des intermédiaires de réassurance ou auprès de leurs succursales, agences et bureaux en Belgique et prendre connaissance et copie sur place de toute information en possession des assureurs, des entreprises de réassurance, des intermédiaires d'assurance, des intermédiaires d'assurance à titre accessoire et des intermédiaires de réassurance, après, dans le cas d'une entreprise de l'EEE, en avoir informé les autorités compétentes de l'Etat membre d'origine de l'entreprise concernée.

La FSMA peut également procéder aux inspections visées à l'alinéa 2 auprès des succursales d'assureurs, d'intermédiaires d'assurance, d'intermédiaires d'assurance à titre accessoire et d'intermédiaires de réassurance belges qui sont établies à l'étranger, moyennant, dans le cas d'une succursale établie dans un Etat membre de l'EEE, l'information préalable des autorités compétentes de cet Etat. Elle peut, de même, demander aux autorités compétentes de l'Etat membre de la succursale d'une entreprise d'assurance, d'un intermédiaire d'assurance, d'un intermédiaire d'assurance à titre accessoire ou d'un intermédiaire de réassurance belge, de procéder pour son compte à ces inspections.

Les intermédiaires d'assurance, les intermédiaires d'assurance à titre accessoire et les intermédiaires de réassurance sont tenus de fournir à la FSMA, sur simple demande, tous renseignements concernant les contrats d'assurance qu'ils détiennent.

La FSMA peut, pour l'exécution du présent article, déléguer des membres de son personnel ou des experts indépendants mandatés à cet effet, qui lui font rapport.]²

[⁵ Aux fins de ses missions au titre du règlement 2022/2554, la FSMA peut également exercer les prérogatives visées au présent paragraphe auprès des entreprises auxquelles les intermédiaires d'assurance, les intermédiaires d'assurance à titre accessoire et les intermédiaires de réassurance recourent en qualité de prestataires de services, y compris les prestataires tiers de services TIC visés à l'article 3, 19), dudit règlement.]⁵

§ 3. S'il est fait application à un assureur des dispositions de l'² article 307]², la FSMA peut :

a) étendre la demande de renseignements ou de documents ainsi que la vérification sur place visées au paragraphe 2, alinéas 1er et 2, à toute entreprise établie en Belgique sur laquelle l'assureur [³ exerce le contrôle au sens de l'article 1:14 du Code des sociétés et des associations]³;

b) faire de même à l'égard des entreprises ou organismes établis en Belgique qui ont passé avec l'assureur une

convention de gestion, de réassurance ou une autre convention susceptibles de transférer la gestion; c) étendre, dans le cadre de conventions internationales, le contrôle visé au paragraphe 2 aux succursales et filiales, établies à l'étranger, d'assureurs belges. La FSMA peut, pour l'application du présent point c, conclure des accords avec les autorités étrangères.

Cette extension, qui doit faire l'objet d'une décision motivée, ne peut avoir d'autre objectif que la vérification du respect par l'assureur des engagements qu'il a contractés à l'égard des preneurs d'assurance, des assurés, des bénéficiaires ou de tous tiers ayant un intérêt à l'exécution des contrats d'assurance.

[² § 4. La FSMA peut demander aux autorités judiciaires de récolter toute information et tout document jugé utile aux fins mentionnées au § 1er. Les autorités judiciaires transmettent à la FSMA ces informations et documents, sous réserve que les informations et documents relatifs à des procédures judiciaires pendantes ne peuvent être communiqués sans l'autorisation expresse du procureur général.

Le procureur général compétent peut refuser de donner suite à la demande visée à l'alinéa 1er lorsqu'une procédure judiciaire est déjà engagée pour les mêmes faits et contre les mêmes personnes ou lorsque celles-ci ont déjà été définitivement jugées pour les mêmes faits.]²

(1)<L 2018-12-06/11, art. 23, 015; En vigueur : 28-12-2018>

(2)<L 2018-12-06/11, art. 26, 015; En vigueur : 28-12-2018>

(3)<L 2021-06-27/09, art. 70, 024; En vigueur : 19-07-2021>

(4)<L 2024-05-03/21, art. 73, 032; En vigueur : 10-06-2024>

(5)<L 2025-03-25/05, art. 49, 037; En vigueur : 08-05-2025>

Art. 305.[² Ancien Art. 287]¹ Si l'agrément d'une entreprise d'assurances est révoqué ou expire de plein droit, la FSMA peut, si elle estime que la sauvegarde des droits des preneurs d'assurance, des assurés, des affiliés et/ou des bénéficiaires le requiert, publier de la manière qu'elle détermine et aux frais de l'entreprise d'assurances concernée, un avis de révocation ou d'expiration de plein droit de l'agrément. Cet avis mentionne la date à laquelle la révocation ou l'expiration de plein droit de l'agrément produit ses effets.]¹

(1)<Inséré par L 2016-06-29/01, art. 81, 005; En vigueur : 16-07-2016>

(2)<L 2018-12-06/11, art. 23, 015; En vigueur : 28-12-2018>

CHAPITRE 2. - Des mesures de redressement

Art. 306.[¹ Ancien Art. 288]¹ Sans préjudice de l'application de l'article 22, la FSMA exige le retrait ou la réformation des documents à caractère contractuel ou publicitaire dont elle constate qu'ils ne sont pas conformes aux dispositions [² visées à l'article 297, 1°, 2° et 4°]².

La FSMA informe la Banque des cas où elle a exigé le retrait ou la réformation des documents à caractère contractuel, conformément à l'alinéa 1er.

(1)<L 2018-12-06/11, art. 23, 015; En vigueur : 28-12-2018>

(2)<L 2025-03-25/05, art. 56, 037; En vigueur : 08-05-2025>

Art. 307.[¹ Ancien Art. 289]¹ § 1er. Lorsque la FSMA constate qu'un assureur belge ou un assureur étranger, autre qu'une entreprise d'assurances de l'EEE, ne fonctionne pas en conformité avec les dispositions [⁴ visées à l'article 297, 1°, 2° et 4°]⁴, [² elle peut mettre l'assureur en demeure]² de remédier, dans le délai qu'elle détermine, à la situation constatée.

La FSMA informe la Banque des faits constatés dans le chef de l'entreprise d'assurances concernée.

§ 2. Sans préjudice des autres mesures prévues par ou en vertu de la loi, la FSMA peut, s'il n'a pas été remédié à la situation au terme du délai qu'elle a imposé conformément au paragraphe 1er, prendre toutes les mesures appropriées et notamment interdire aux assureurs de conclure de nouveaux contrats d'assurance ou certaines catégories de nouveaux contrats d'assurance, étant entendu que, dans le cas d'assureurs étrangers, cette interdiction ne portera que sur les contrats d'assurance relatifs à des risques ou engagements situés en Belgique.

La FSMA informe la Banque des mesures qu'elle a prises, en vertu du présent paragraphe, à l'égard d'entreprises d'assurances.

§ 3. Si les mesures envisagées par la FSMA sont susceptibles d'entraîner la suspension ou l'interdiction de l'exercice direct ou indirect de l'activité d'une entreprise d'assurances, la FSMA informe la Banque préalablement des mesures qu'elle souhaite prendre.

A compter de la réception de cette information, la Banque dispose d'un délai de dix jours pour s'opposer aux mesures envisagées. A l'expiration de ce délai de dix jours, la Banque est réputée ne pas s'opposer aux mesures envisagées.

La Banque motive sa décision de s'opposer aux mesures envisagées et la communique à la FSMA par tous les moyens utiles. La Banque détermine le délai durant lequel les mesures envisagées ne peuvent être exécutées, sans que ce délai puisse excéder 30 jours. Ce délai peut être prolongé moyennant l'assentiment de la FSMA.

A défaut d'accord entre la Banque et la FSMA, la Banque peut mettre en place la procédure d'arbitrage visée à l'article 36bis, § 4, de la loi du 2 août 2002. Si elle recourt à cette procédure, la Banque en informe la FSMA avant l'expiration du délai précité.

Si la Banque ne fait pas usage de la possibilité prévue à l'alinéa 2 ou à l'alinéa 4, la FSMA peut prendre les

mesures envisagées en application du paragraphe 2.

§ 4. En cas d'infraction grave et systématique aux règles visées à l'article 45, § 1er, alinéa 1er, 3°, ou § 2, de la loi du 2 août 2002, la Banque peut révoquer l'agrément sur demande de la FSMA selon la procédure et les modalités fixées par l'article 36bis de cette même loi.

§ 5. La FSMA peut enjoindre à l'assureur auquel elle adresse une mise en demeure en application du paragraphe 1er de suspendre la commercialisation ou certaines formes de commercialisation du contrat d'assurance concerné sur le territoire belge aussi longtemps que les dispositions légales ou réglementaires en question ne sont pas respectées. L'injonction de suspension de la commercialisation peut s'étendre à la commercialisation via l'ensemble ou une partie des personnes auxquelles l'assureur auquel l'injonction de la FSMA est adressée, fait appel en vue de la commercialisation. L'assureur auquel l'injonction est adressée, a l'obligation de communiquer immédiatement cette suspension de la commercialisation à toutes les personnes auxquelles il fait appel en vue de la commercialisation du contrat d'assurance en question sur le territoire belge et auxquelles la suspension de la commercialisation s'étend. Dans l'intérêt des utilisateurs de produits et services financiers, la FSMA peut rendre cette décision publique. La suspension de la commercialisation est levée par la FSMA lorsqu'il est établi que les dispositions légales ou réglementaires concernées sont désormais respectées.

La FSMA informe la Banque des mesures qu'elle a prises en vertu de l'alinéa 1er.

§ 6. Sans préjudice des dispositions de l'article 277, § 2, l'OCM est seul compétent pour adopter les mesures prévues au présent article à l'égard des sociétés mutualistes visées aux articles 43bis, § 5, et 70, §§ 6, 7 et 8, de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités.

[² § 7. [³ L'article 311, § 5, alinéa 1er]³, est d'application lorsque les mesures visées aux paragraphes 2 et 5 sont prises.]²

(1)<L 2018-12-06/11, art. 23, 015; En vigueur : 28-12-2018>

(2)<L 2018-12-06/11, art. 27, 015; En vigueur : 28-12-2018>

(3)<L 2022-05-08/03, art. 11, 026; En vigueur : 03-07-2022>

(4)<L 2025-03-25/05, art. 51, 037; En vigueur : 08-05-2025>

Art. 308.[¹ Ancien Art. 290]¹ Lorsque les autorités compétentes d'un autre Etat membre dans lequel une entreprise d'assurances belge a établi une succursale ou exerce des activités en libre prestation de services, avertissent la FSMA que cette entreprise a enfreint des dispositions légales, réglementaires ou administratives applicables dans cet Etat membre, au respect desquelles ces autorités sont chargées de veiller et qui en Belgique relèvent du domaine de compétence de la FSMA, la FSMA prend, dans les plus brefs délais, les mesures les plus appropriées telles que prévues à l'² article 307]² pour que l'entreprise concernée mette fin à cette situation irrégulière. La FSMA en avise les autorités précitées.

(1)<L 2018-12-06/11, art. 23, 015; En vigueur : 28-12-2018>

(2)<L 2018-12-06/11, art. 28, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Art. 309.[¹ Ancien Art. 291]¹ Sans préjudice de l'application possible de l'² article 307, § 5]², la FSMA peut, en cas d'extrême urgence, adopter les mesures visées aux articles [² 307 et 308]² sans qu'un délai de redressement ne soit préalablement fixé.

(1)<L 2018-12-06/11, art. 23, 015; En vigueur : 28-12-2018>

(2)<L 2018-12-06/11, art. 29, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Art. 310.[² Ancien Art. 291]² § 1er. Lorsque la FSMA constate qu'une entreprise d'assurances de l'EEE ne se conforme pas aux dispositions législatives et réglementaires applicables en Belgique dans son domaine de compétence, [³ elle peut mettre l'entreprise d'assurance en demeure de remédier]³, dans le délai qu'elle détermine, à la situation constatée.

La FSMA informe la Banque des faits constatés dans le chef de l'entreprise d'assurances de l'EEE concernée.

§ 2. S'il n'a pas été remédié à la situation au terme du délai qu'elle a imposé conformément au paragraphe 1er, la FSMA en informe les autorités compétentes de l'Etat membre d'origine de l'entreprise d'assurances de l'EEE.

En cas de persistance des manquements, la FSMA peut, après en avoir informé les autorités compétentes de l'Etat membre d'origine de l'entreprise d'assurances de l'EEE, prendre les mesures appropriées pour prévenir de nouvelles irrégularités. La FSMA peut notamment, si les circonstances l'exigent, interdire à cette entreprise d'assurances de continuer à conclure des contrats d'assurance ou certaines catégories de contrats d'assurance relatifs à des risques ou engagements situés en Belgique.

La FSMA informe la Banque des mesures qu'elle a prises en application de l'alinéa 2.

[¹ En outre, la FSMA peut saisir du problème l'EIOPA et solliciter son aide conformément à l'article 19 du Règlement (UE) n° 1094/2010. Dans ce cas, l'EIOPA peut agir conformément aux pouvoirs qui lui sont conférés par ledit article.]¹

§ 3. La FSMA peut également enjoindre à l'entreprise d'assurances de l'EEE à laquelle elle adresse une mise en demeure en application du paragraphe 1er de suspendre la commercialisation ou certaines formes de commercialisation du contrat d'assurance concerné sur le territoire belge aussi longtemps que les dispositions légales ou réglementaires en question ne sont pas respectées. L'injonction de suspension de la commercialisation peut s'étendre à la commercialisation via l'ensemble ou une partie des personnes auxquelles l'entreprise d'assurances de l'EEE à laquelle l'injonction de la FSMA est adressée, fait appel en vue de la commercialisation.

L'entreprise d'assurances de l'EEE à laquelle l'injonction est adressée, a l'obligation de communiquer immédiatement cette suspension de la commercialisation à toutes les personnes auxquelles elle fait appel en vue de la commercialisation du contrat d'assurance en question sur le territoire belge et auxquelles la suspension de la commercialisation s'étend. Dans l'intérêt des utilisateurs de produits et services financiers, la FSMA peut rendre cette décision publique. La suspension de la commercialisation est levée par la FSMA lorsqu'il est établi que les dispositions légales ou réglementaires concernées sont désormais respectées.

La FSMA informe la Banque, ainsi que les autorités compétentes de l'Etat membre d'origine de l'entreprise d'assurances de l'EEE, des mesures qu'elle a prises en vertu de l'alinéa 1er.

§ 4. Sans préjudice de l'application des paragraphes 1er, 2 ou 3, la FSMA peut, en cas d'urgence, prendre des mesures appropriées pour prévenir les infractions aux règles qui sont applicables à l'entreprise d'assurances de l'EEE et qui relèvent de son domaine de compétence. La FSMA peut notamment interdire à l'entreprise d'assurances de continuer à conclure des contrats d'assurance ou certaines catégories de contrats d'assurance relatifs à des risques ou engagements situés en Belgique.

La FSMA informe immédiatement la Banque et les autorités compétentes de l'Etat membre d'origine de l'entreprise d'assurances des mesures qu'elle a prises.

§ 5. La FSMA peut, à la demande des autorités belges compétentes en la matière, faire application des paragraphes précédents à l'égard d'une entreprise d'assurances de l'EEE lorsqu'elle a accompli en Belgique des actes contraires aux dispositions législatives ou réglementaires d'intérêt général, telles que visées à l'article 15.

[¹ § 6. La FSMA indique à la Commission européenne et à l'EIOPA le nombre et le type de cas dans lesquels des mesures ont été prises au titre des paragraphes 2 et 4.]¹

[³ § 7. [⁴ L'article 311, § 5, alinéa 1er]⁴, est d'application lorsque les mesures visées aux paragraphes 2, 3, 4 et 5 sont prises.]³

(1)<L 2016-06-29/01, art. 82, 005; En vigueur : 16-07-2016>

(2)<L 2018-12-06/11, art. 23, 015; En vigueur : 28-12-2018>

(3)<L 2018-12-06/11, art. 30, 015; En vigueur : 28-12-2018>

(4)<L 2022-05-08/03, art. 12, 026; En vigueur : 03-07-2022>

Art. 311.² Ancien art. 292]§ 1er. [³ Lorsque la FSMA constate qu'un intermédiaire d'assurance, un intermédiaire d'assurance à titre accessoire ou un intermédiaire de réassurance ne fonctionne pas en conformité avec les dispositions de la partie 6 de la présente loi ou de ses arrêtés et règlements d'exécution, autres que les dispositions du chapitre 5, elle fixe le délai dans lequel il doit être remédié à la situation constatée. [⁸ Le présent paragraphe est également d'application en ce qui concerne les dispositions correspondantes des actes délégués et des normes techniques de réglementation ou d'exécution adoptés par la Commission en exécution de la directive IDD.]⁸

A cette occasion, la FSMA peut interdire l'exercice de tout ou partie de l'activité de l'intermédiaire d'assurance, de l'intermédiaire d'assurance à titre accessoire ou de l'intermédiaire de réassurance et suspendre l'inscription au registre de ce dernier jusqu'au moment où elle constate qu'il a été remédié aux manquements.

Si, au terme du délai qu'elle a imposé conformément à l'alinéa 1er, la FSMA constate qu'il n'a pas été remédié aux manquements, elle radie l'inscription de l'intermédiaire d'assurance, de l'intermédiaire d'assurance à titre accessoire ou de l'intermédiaire de réassurance concerné.

La radiation entraîne l'interdiction d'exercer l'activité réglementée et de porter le titre.]³

§ 2. [³ ...]³

§ 3. [³ Lorsque la FSMA constate qu'un intermédiaire d'assurance, un intermédiaire d'assurance à titre accessoire ou un intermédiaire de réassurance ne fonctionne pas en conformité avec les dispositions de la présente loi, autres que les dispositions des chapitre 1er à 4 de la partie 6, et/ou avec les arrêtés et règlements pris pour leur exécution [⁵ ou, pour autant qu'elles lui soient applicables, [⁸ avec les dispositions visées à l'article 297, 2°, i), 3° et 4°]⁸]⁵, elle peut fixer le délai dans lequel il doit être remédié à la situation constatée.

A cette occasion, la FSMA peut interdire l'exercice de tout ou partie de l'activité de l'intermédiaire d'assurance, de l'intermédiaire d'assurance à titre accessoire ou de l'intermédiaire de réassurance et suspendre l'inscription au registre de ce dernier jusqu'au moment où elle constate qu'il a été remédié aux manquements.

Sans préjudice des autres mesures prévues par ou en vertu de la loi, la FSMA peut, s'il n'a pas été remédié à la situation au terme du délai qu'elle a imposé conformément à l'alinéa 1er, prendre à l'égard de l'intermédiaire d'assurance, de l'intermédiaire d'assurance à titre accessoire ou de l'intermédiaire de réassurance les mesures suivantes:

1° suspendre pour la durée qu'elle détermine l'exercice direct ou indirect de tout ou partie de l'activité de l'intermédiaire, ainsi que son inscription au registre. Elle peut en particulier interdire à l'intermédiaire de continuer à exercer certaines activités de distribution d'assurance ou de continuer à faire porter celles-ci sur certains produits d'assurance.

Les membres des organes d'administration et de gestion et les personnes chargées de la gestion qui accomplissent des actes ou prennent des décisions en violation de la suspension ou de l'interdiction, sont responsables solidiairement du préjudice qui en est résulté pour l'entreprise ou les tiers.

Si la FSMA a publié la suspension ou l'interdiction au Moniteur belge, les actes et décisions intervenus à l'encontre de celle-ci sont nuls.

2° enjoindre le remplacement des administrateurs ou gérants concernés de l'intermédiaire, dans le délai qu'elle détermine. La FSMA publie sa décision au Moniteur belge;

3° radier l'inscription de l'intermédiaire.

La radiation entraîne l'interdiction d'exercer l'activité réglementée et de porter le titre.]³

[³ § 4. La FSMA radie, par décision notifiée à l'intéressé, l'inscription des intermédiaires d'assurance, des intermédiaires d'assurance à titre accessoire et des intermédiaires de réassurance qui n'ont pas entamé leurs activités correspondant à l'inscription obtenue dans les six mois de l'inscription, qui y renoncent, qui ont été déclarés en faillite ou qui ont cessé d'exercer leurs activités.]³

[⁷ Lorsque la FSMA constate qu'il est mis fin à la collaboration entre un agent d'assurance ou un agent d'assurance lié et la seule entreprise d'assurances au nom et pour le compte de laquelle il agit, ou entre un sous-agent d'assurance et le courtier ou l'agent d'assurance au nom et pour le compte il agit, elle radie l'agent ou le sous-agent concerné du registre où il était inscrit, après avoir averti celui-ci au préalable. Pour les agents d'assurance et les agents d'assurance liés agissant au nom et pour le compte de plusieurs entreprises d'assurance, la FSMA radie l'agent du registre où il était inscrit, après avoir averti celui-ci au préalable, lorsqu'elle constate que l'agent n'est plus lié à aucune de ces entreprises d'assurance.]⁷

[⁴ § 4/1. En cas de radiation de l'inscription d'un intermédiaire d'assurance, d'un intermédiaire d'assurance à titre accessoire ou d'un intermédiaire de réassurance, la FSMA en informe les autorités compétentes des Etats membres où ledit intermédiaire exerce des activités par le biais de la libre prestation de services ou de la liberté d'établissement.]⁴

[³ § 5. Lorsque les mesures visées au paragraphe 1er, alinéas 2 et 3, au paragraphe 3, alinéas 2 et 3 et au paragraphe 4 sont prises, la FSMA publie l'adoption de celles-ci conformément à l'article 72, § 3, alinéas 4 à 7, de la loi du 2 août 2002.]³

[⁶ Lorsque les mesures visées aux paragraphes 1er à 4 sont prises par la FSMA à l'égard d'un sous-agent d'assurance ou d'un sous-agent de réassurance, ce dernier en informe sans délai le courtier ou agent d'assurance ou de réassurance sous la responsabilité duquel il agit, et communique la preuve de cette information à la FSMA.

Lorsque les mesures visées aux paragraphes 1er à 4 sont prises par la FSMA à l'égard d'un agent d'assurance lié, ce dernier en informe sans délai l'entreprise d'assurance ou, le cas échéant, les entreprises d'assurance sous la responsabilité desquelles il agit, et communique la preuve de cette information à la FSMA.]⁶

(1)<L 2016-06-29/01, art. 83, 005; En vigueur : 16-07-2016>

(2)<L 2018-12-06/11, art. 23, 015; En vigueur : 28-12-2018>

(3)<L 2018-12-06/11, art. 31, 015; En vigueur : 28-12-2018>

(4)<L 2021-06-27/09, art. 379, 024; En vigueur : 19-07-2021>

(5)<L 2021-07-04/04, art. 64, 025; En vigueur : 23-07-2021>

(6)<L 2022-05-08/03, art. 13, 026; En vigueur : 03-07-2022>

(7)<L 2024-05-03/21, art. 74, 032; En vigueur : 10-06-2024>

(8)<L 2025-03-25/05, art. 52, 037; En vigueur : 08-05-2025>

Art. 312.[² Ancien Art. 292/1]² [³ § 1er. Si la FSMA a des raisons d'estimer qu'un intermédiaire d'assurance ou de réassurance ou un intermédiaire d'assurance à titre accessoire qui exerce des activités sur le territoire belge au titre de la libre prestation de services enfreint l'une quelconque des obligations prévues par la présente loi en vertu de la directive IDD, ou les dispositions prises sur la base de ces dispositions ou de la directive IDD elle-même, elle communique ces éléments à l'autorité compétente de l'Etat membre d'origine.

Si, en dépit des mesures prises par l'Etat membre d'origine, ou parce que ces mesures s'avèrent insuffisantes ou qu'elles font défaut, l'intermédiaire d'assurance, l'intermédiaire d'assurance à titre accessoire ou l'intermédiaire de réassurance persiste à agir d'une manière clairement préjudiciable à grande échelle aux intérêts des consommateurs sur le marché belge ou au bon fonctionnement des marchés de l'assurance et de la réassurance, la FSMA peut, après en avoir informé l'autorité compétente de l'Etat membre d'origine, prendre les mesures appropriées pour prévenir de nouvelles irrégularités. A cette occasion, la FSMA peut, pour autant que cela soit absolument nécessaire, empêcher l'intermédiaire concerné de continuer à exercer de nouvelles activités sur le territoire belge.

En outre, la FSMA peut saisir l'EIOPA et lui demander de lui prêter assistance conformément à l'article 19 du Règlement (UE) n° 1094/2010.

§ 2. Nonobstant les dispositions du paragraphe 1er, la FSMA peut prendre des mesures appropriées pour prévenir et sanctionner les irrégularités commises sur le territoire belge, lorsqu'une action immédiate est nécessaire pour protéger les droits des consommateurs. Ce pouvoir comprend notamment la possibilité d'empêcher les intermédiaires d'assurance ou de réassurance et les intermédiaires d'assurance à titre accessoire d'exercer de nouvelles activités sur le territoire belge.

§ 3. Si la FSMA a des raisons d'estimer qu'un intermédiaire d'assurance, un intermédiaire d'assurance à titre accessoire ou un intermédiaire de réassurance exerce des activités de distribution sur le territoire belge par le biais d'un établissement et ce faisant enfreint les obligations énoncées par les dispositions de la partie 6, chapitre 5 prises en vertu de la directive IDD, et/ou des arrêtés et règlements pris pour leur exécution, [⁶ ainsi que les dispositions correspondantes des actes délégués et des normes techniques de réglementation ou d'exécution adoptés par la Commission en exécution de la directive IDD, ou par les dispositions visées à l'article 297, 2°, i) qui lui sont applicables]⁶, elle peut prendre les mesures appropriées pour mettre fin à cette situation.

La FSMA identifie les manquements visés à l'alinéa 1er et fixe le délai dans lequel il doit être remédié à la situation constatée.

A cette occasion, la FSMA peut interdire l'exercice de tout ou partie de l'activité de l'intermédiaire d'assurance, de l'intermédiaire d'assurance à titre accessoire ou de l'intermédiaire de réassurance sur le territoire belge jusqu'au moment où elle constate qu'il a été remédié aux manquements.

Sans préjudice des autres mesures prévues par ou en vertu de la loi, la FSMA peut, s'il n'a pas été remédié à la situation au terme du délai qu'elle a imposé conformément à l'alinéa 2, prendre à l'égard de l'intermédiaire d'assurance, de l'intermédiaire d'assurance à titre accessoire ou de l'intermédiaire de réassurance les mesures visées à l'article 311, § 3, alinéas 3 et 4.

Si, au terme du délai qu'elle a imposé conformément à l'alinéa 2, la FSMA constate qu'il n'a pas été remédié aux manquements, elle peut empêcher l'intermédiaire d'assurance, l'intermédiaire d'assurance à titre accessoire ou l'intermédiaire de réassurance concerné de continuer à exercer de nouvelles activités sur le territoire belge.

§ 4. Si la FSMA a des raisons d'estimer qu'un intermédiaire d'assurance, un intermédiaire d'assurance à titre accessoire ou un intermédiaire de réassurance exerce des activités de distribution d'assurances sur le territoire belge par le biais d'un établissement et ce faisant enfreint des obligations prévues par la directive IDD qui relèvent des compétences de l'autorité de l'Etat membre d'origine, elle informe celle-ci de ses conclusions.

Si, en dépit des mesures prises par l'Etat membre d'origine, ou parce que ces mesures s'avèrent insuffisantes ou qu'elles font défaut, l'intermédiaire d'assurance, l'intermédiaire d'assurance à titre accessoire ou l'intermédiaire de réassurance persiste à agir d'une manière clairement préjudiciable à grande échelle aux intérêts des consommateurs sur le marché belge ou au bon fonctionnement des marchés de l'assurance et de la réassurance, la FSMA peut, après en avoir informé l'autorité compétente de l'Etat membre d'origine, prendre les mesures appropriées pour prévenir de nouvelles irrégularités. A cette occasion, la FSMA peut, pour autant que cela soit absolument nécessaire, empêcher l'intermédiaire concerné de continuer à exercer de nouvelles activités sur le territoire belge.

En outre, la FSMA peut saisir l'EIOPA et lui demander de lui prêter assistance conformément à l'article 19 du Règlement (UE) n° 1094/2010.

§ 5. Nonobstant les dispositions du paragraphe 4, la FSMA peut prendre des mesures appropriées et non discriminatoires pour prévenir ou sanctionner les irrégularités commises en Belgique, lorsqu'une action immédiate est nécessaire pour protéger les droits des consommateurs. Ce pouvoir comprend notamment la possibilité d'empêcher les intermédiaires d'assurance ou de réassurance et les intermédiaires d'assurance à titre accessoire d'exercer de nouvelles activités sur le territoire belge.

§ 6. Nonobstant les dispositions du présent article, la FSMA peut prendre des mesures appropriées et non discriminatoires afin d'empêcher des infractions aux dispositions d'intérêt général sur le territoire belge, pour autant que cela soit absolument nécessaire. En pareil cas, elle peut empêcher l'intermédiaire d'assurance, l'intermédiaire d'assurance à titre accessoire ou l'intermédiaire de réassurance concerné de continuer à exercer de nouvelles activités sur le territoire belge.

§ 7. Nonobstant les dispositions du présent article, la FSMA peut prendre des mesures appropriées afin de protéger les droits des consommateurs en Belgique lorsqu'un intermédiaire d'assurance, un intermédiaire d'assurance à titre accessoire ou un intermédiaire de réassurance a choisi comme Etat membre d'origine un Etat membre de l'EEE autre que la Belgique dans le seul but de contourner les règles qui lui seraient applicables s'il était établi en Belgique, alors que ses activités de distribution pertinentes sont ciblées entièrement ou principalement sur le territoire belge, et lorsque les activités de cet intermédiaire compromettent gravement le bon fonctionnement des marchés de l'assurance et de la réassurance en Belgique eu égard à la protection des consommateurs.

En pareil cas, la FSMA peut, après en avoir informé l'autorité compétente de l'Etat membre d'origine, prendre toutes les mesures appropriées à l'égard du distributeur de produits d'assurance visé à l'alinéa 1er afin de protéger les droits des consommateurs en Belgique.

§ 8. Toute mesure adoptée par la FSMA au titre du présent article est sans retard communiquée à l'intermédiaire d'assurance, à l'intermédiaire d'assurance à titre accessoire ou à l'intermédiaire de réassurance concerné, dans un document dûment motivé, et notifiée à l'autorité compétente de l'Etat membre d'origine de l'intermédiaire, à l'EIOPA et à la Commission européenne.

§ 9. [⁵ L'article 311, § 5, alinéa 1er]⁵, est d'application lorsque les mesures visées par le présent article sont prises par la FSMA.]³

(1)<Inséré par L 2017-04-18/03, art. 58, 007; En vigueur : 04-05-2017>

(2)<L 2018-12-06/11, art. 23, 015; En vigueur : 28-12-2018>

(3)<L 2018-12-06/11, art. 32, 015; En vigueur : 28-12-2018>

(4)<L 2021-07-04/04, art. 65, 025; En vigueur : 23-07-2021>

(5)<L 2022-05-08/03, art. 14, 026; En vigueur : 03-07-2022>

(6)<L 2025-03-25/05, art. 53, 037; En vigueur : 08-05-2025>

Art. 312/1.[¹] Lorsque les autorités compétentes d'un autre Etat membre dans lequel un intermédiaire d'assurance, un intermédiaire d'assurance à titre accessoire ou un intermédiaire de réassurance belge a établi une succursale ou exerce des activités au titre de la libre prestation de services, avertissent la FSMA que cet intermédiaire a enfreint des dispositions légales, réglementaires ou administratives applicables dans cet Etat membre, au respect desquelles ces autorités sont chargées de veiller et qui en Belgique relèvent du domaine de compétence de la FSMA, la FSMA prend, dans les plus brefs délais, les mesures les plus appropriées telles que prévues à l'article 311 pour que l'intermédiaire concerné mette fin à cette situation irrégulière. La FSMA en avise les autorités précitées.]¹

Art. 313.[Ancien Art. 293]² § 1er. Les décisions de la FSMA visées aux [3 articles 307 à 311]³ sortissent leurs effets à l'égard de l'assureur, de l'entreprise de réassurance ou [3 de l'intermédiaire d'assurance, de l'intermédiaire d'assurance à titre accessoire ou de l'intermédiaire de réassurance]³ à dater de leur notification à celui-ci ou celle-ci par lettre recommandée à la poste ou avec accusé de réception. S'agissant des mesures prises à l'égard des assureurs ou des entreprises de réassurance, elles sortissent leurs effets à l'égard des tiers à dater de leur publication au Moniteur belge.

§ 2. [3 Le comité de direction de la FSMA peut confier à un membre du personnel de la FSMA désigné par lui la notification de décisions d'inscription ou de refus d'inscription au registre des intermédiaires d'assurance et des intermédiaires d'assurance à titre accessoire ou au registre des intermédiaires de réassurance, ainsi que de décisions de modification, de mise en demeure, de suspension et de radiation de l'inscription.]³

[1 La FSMA peut valablement notifier les décisions visées à l'alinéa 1er au moyen de formulaires pré-imprimés, revêtus d'une signature reproduite par un procédé mécanographique.]¹

§ 3. [3 ...]

(1)<L 2015-10-26/06, art. 94, 003; En vigueur : 01-11-2015>

(2)<L 2018-12-06/11, art. 23, 015; En vigueur : 28-12-2018>

(3)<L 2018-12-06/11, art. 34, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Art. 314.[1 Ancien Art. 294]¹ § 1er. Sans préjudice des autres mesures prévues par ou en vertu de la loi, si l'assureur ou l'entreprise de réassurance auquel/à laquelle elle a enjoint de se mettre en règle avec les dispositions [2 visées à l'article 297, 1°, 2° et 4°]², reste en défaut à l'expiration du délai qu'elle lui a imposé, la FSMA peut, l'assureur ou l'entreprise de réassurance ayant pu faire valoir ses moyens :

1° infliger à ce dernier/cette dernière une astreinte qui ne peut être, par jour calendrier de retard, supérieure à 50.000 euros, ni au total, pour la méconnaissance d'une même injonction, supérieure à 2.500.000 euros;

2° rendre public son point de vue concernant l'infraction ou le manquement en cause.

§ 2. Les astreintes imposées en application du présent article sont recouvrées au profit du Trésor par l'administration du Cadastre, de l'Enregistrement et des Domaines.

§ 3. Dans les cas urgents, la FSMA peut rendre public son point de vue concernant l'infraction ou le manquement en cause sans injonction préalable de mise en règle, l'assureur ou l'entreprise de réassurance ayant pu faire valoir ses moyens.

(1)<L 2018-12-06/11, art. 23, 015; En vigueur : 28-12-2018>

(2)<L 2025-03-25/05, art. 54, 037; En vigueur : 08-05-2025>

Art. 315.[1 Ancien Art. 295]¹ § 1er. Sans préjudice des autres mesures prévues par ou en vertu de la loi, [2 si l'intermédiaire d'assurance, l'intermédiaire d'assurance à titre accessoire ou l'intermédiaire de réassurance]² auquel elle a enjoint de se mettre en règle avec les dispositions [3 visées à l'article 297]³, reste en défaut à l'expiration du délai qu'elle lui a imposé, la FSMA peut, l'intermédiaire ayant pu faire valoir ses moyens :

1° infliger à ce dernier une astreinte qui ne peut être, par jour calendrier de retard, supérieure à 5.000 euros, ni au total, pour la méconnaissance d'une même injonction, supérieure à 75.000 euros;

2° rendre public son point de vue concernant l'infraction ou le manquement en cause.

§ 2. Les astreintes imposées en application du présent article sont recouvrées au profit du Trésor par l'administration du Cadastre, de l'Enregistrement et des Domaines.

§ 3. Dans les cas urgents, la FSMA peut rendre public son point de vue concernant l'infraction ou le manquement en cause sans injonction préalable de mise en règle, [2 l'intermédiaire d'assurance, l'intermédiaire d'assurance à titre accessoire ou l'intermédiaire de réassurance]² ayant pu faire valoir ses moyens.

(1)<L 2018-12-06/11, art. 23, 015; En vigueur : 28-12-2018>

(2)<L 2018-12-06/11, art. 35, 015; En vigueur : 28-12-2018>

(3)<L 2025-03-25/05, art. 55, 037; En vigueur : 08-05-2025>

CHAPITRE 3. - De la responsabilité

Art. 316.[1 Ancien Art. 296]¹ Les administrateurs, gérants ou mandataires généraux d'entreprises d'assurances sont responsables envers les preneurs d'assurance, les assurés, les bénéficiaires ou tous tiers ayant un intérêt à l'exécution de contrats d'assurance, de tous dommages résultant de la violation des obligations imposées aux entreprises d'assurances par [2 les dispositions visées à l'article 297]².

Ils ne sont déchargés de cette responsabilité quant aux infractions auxquelles ils n'ont pas pris part que si aucune faute ne leur est imputable et si l'on ne peut leur reprocher de n'avoir pas mis en oeuvre tous les moyens à leur disposition pour empêcher ou limiter le dommage.

Lorsque plusieurs personnes sont, conformément aux alinéas précédents, responsables d'un même dommage, la solidarité peut être invoquée.

(1)<L 2018-12-06/11, art. 23, 015; En vigueur : 28-12-2018>

[CHAPITRE 4.](#) - Des compétences particulières dans le cas de procédures de liquidation et de mesures d'assainissement

[Art. 317.](#)^[2] Ancien Art. 297^[2] § 1er. La FSMA peut demander aux autorités belges compétentes et aux autorités compétentes de l'Etat membre d'origine d'une entreprise d'assurances des informations sur le déroulement d'une mesure d'assainissement ou d'une procédure de liquidation.

§ 2. Pour l'application du présent chapitre, les notions de mesure d'assainissement et de procédure de liquidation sont à comprendre [1 au sens qui leur est donné dans la loi du 13 mars 2016.]^[1]

(1)<L 2016-03-13/07, art. 730, 004; En vigueur : 23-03-2016; voir aussi l'art. 756>

(2)<L 2018-12-06/11, art. 23, 015; En vigueur : 28-12-2018>

[Art. 318.](#)^[1] Ancien Art. 298^[1] Lorsque les autorités compétentes d'une entreprise d'assurances ont pris la décision d'ouvrir une procédure de liquidation ou d'adopter une mesure d'assainissement, la FSMA peut, après concertation avec les autorités compétentes de l'entreprise d'assurances, faire publier un avis au Moniteur belge et dans deux quotidiens ou périodiques à diffusion régionale.

Cet avis contient au moins un extrait de cette décision et mentionne les autorités compétentes, le droit applicable et, le cas échéant, le liquidateur désigné ou le commissaire à l'assainissement, et est publié au moins dans une des langues officielles de la Belgique.

(1)<L 2018-12-06/11, art. 23, 015; En vigueur : 28-12-2018>

TITRE III. - Les sanctions administratives

[Art. 319.](#)^[1] Ancien Art. 299^[1] [2] § 1er. Sans préjudice des autres mesures prévues par ou en vertu de la présente loi et sans préjudice des mesures définies par d'autres lois ou d'autres règlements, la FSMA peut, lorsqu'elle constate une infraction aux dispositions [3] visées à l'article 297 ou aux mesures prises en exécution de celles-ci^[3], infliger au contrevenant une amende administrative.

Au cas où le contrevenant est une personne morale, la FSMA peut également infliger une amende administrative à un ou plusieurs membres de l'organe d'administration, de direction ou de surveillance, et à toute personne chargée de la direction effective de la personne morale, lorsque ceux-ci sont reconnus responsables de l'infraction.

§ 2. Le montant des amendes administratives visées au paragraphe 1er est déterminé comme suit:

1° dans le cas d'une personne morale, le montant de l'amende administrative ne peut être supérieur, pour le même fait ou pour le même ensemble de faits, à 5 000 000 euros, ou, si le montant obtenu par application de ce pourcentage est plus élevé, à 5 % du chiffre d'affaire annuel total de la personne morale tel qu'il ressort des derniers comptes disponibles établis par l'organe de direction. Lorsque la personne morale est une entreprise mère ou une filiale de l'entreprise mère qui est tenue d'établir des comptes financiers consolidés, le chiffre d'affaires annuel total à prendre en considération est le chiffre d'affaires annuel total, tel qu'il ressort des derniers comptes consolidés disponibles approuvés par l'organe de direction de l'entreprise mère ultime;

2° dans le cas d'une personne physique, le montant de l'amende administrative ne peut être supérieur, pour le même fait ou pour le même ensemble de faits, à 700 000 euros.

Nonobstant ce qui précède, lorsque la violation a procuré un profit au contrevenant ou a permis à ce dernier d'éviter une perte, ce maximum peut être porté au double du montant de ce profit ou de cette perte.

§ 3. Les amendes imposées en application du présent article sont recouvrées au profit du Trésor par l'Administration générale de la Perception et du Recouvrement.]^[2]

(1)<L 2018-12-06/11, art. 23, 015; En vigueur : 28-12-2018>

(2)<L 2018-12-06/11, art. 36, 015; En vigueur : 28-12-2018>

(3)<L 2025-03-25/05, art. 57, 037; En vigueur : 08-05-2025>

[Art. 320.](#)^[1] Ancien Art. 300^[1] [2] ...^[2]

(1)<L 2018-12-06/11, art. 23, 015; En vigueur : 28-12-2018>

(2)<L 2018-12-06/11, art. 37, 015; En vigueur : 28-12-2018>

TITRE IV. - La Commission des Assurances

[Art. 321.](#)^[2] Ancien Art. 301^[2] § 1er. Il est institué sous le nom de "Commission des Assurances" un comité consultatif qui a pour mission de délibérer sur toutes questions qui lui sont soumises par le ministre ou par la FSMA [3] ainsi que sur la règlementation du contrat d'assurance terrestre, dont la règlementation dans la partie IV de la présente loi, sur l'assurance obligatoire de la responsabilité en matière de véhicules automoteurs, et sur les règles contenues dans les arrêtés exécutoires en matière d'assurance incendie risques simples, l'assurance de protection juridique, les conditions minimales en matière de responsabilité civile vie privée et la souscription et l'exécution d'un contrat d'assurance vie tels que prévus dans les articles 1er à 45 de l'arrêté royal du 14

novembre 2003 concernant l'activité d'assurance sur la vie]³.

La Commission peut émettre ses avis d'initiative sur toutes questions concernant les opérations d'assurance qui relèvent des compétences de la FSMA.

§ 2. La Commission se compose de vingt-six membres effectifs, nommés par le Roi.

[³ Huit]³ membres sont choisis parmi les représentants d'entreprises d'assurances autorisées à exercer des activités d'assurance en Belgique, dont [³ six]³ sont présentés [⁴ ...]⁴ par les organisations professionnelles les plus représentatives.

[³ Huit]³ membres sont choisis parmi les personnes susceptibles de représenter les intérêts des consommateurs; deux d'entre elles sont présentées [⁴ ...]⁴ par [¹ Commission consultative spéciale Consommation]¹. L'un de ces [³ huit]³ membres représente les intérêts des entreprises industrielles et commerciales.

[³ Quatre]³ membres sont choisis parmi les représentants des intermédiaires d'assurances opérant en Belgique, présentés [⁴ ...]⁴ par les organisations professionnelles les plus représentatives.

Les six autres membres, dont un sera nommé sur proposition du ministre des Finances, doivent présenter dans le domaine des activités contrôlées par la FSMA des qualifications et une expérience professionnelle.

Les ministres ayant dans leur compétence les problèmes concernant la prévention, la responsabilité ou la réparation des dommages causés accidentellement aux personnes ou aux biens peuvent, de même que l'OCM, la FSMA [³ et l'Agence fédérale des risques professionnels]³, déléguer un observateur auprès de la Commission.

Le Roi désigne également pour chaque membre un suppléant. Les suppléants sont choisis de la même manière que les membres effectifs.

§ 3. [³ ...]³

§ 4. La durée du mandat des membres de la Commission est de six ans; il est renouvelable.

[³ ...]³

Le Roi désigne le Président de la Commission parmi les membres qui la composent et détermine les indemnités dont bénéficient les membres de la Commission et les experts éventuellement requis.

§ 5. La FSMA assume le secrétariat de la Commission [³ ...]³. Les membres du comité de direction de la FSMA, qui peuvent se faire assister par tout membre du personnel de la FSMA, peuvent assister à toutes les séances de la Commission ou des sections.

La Commission établit son règlement d'ordre intérieur et le soumet à l'approbation du ministre.

(1)<AR 2017-12-13/14, art. 11,10°, 011; En vigueur : 01-01-2018>

(2)<L 2018-12-06/11, art. 23, 015; En vigueur : 28-12-2018>

(3)<L 2019-05-02/28, art. 63, 018; En vigueur : 01-06-2019>

(4)<L 2022-09-25/14, art. 58, 029; En vigueur : 26-01-2023>

TITRE V. - Le système extrajudiciaire de traitement des plaintes

Art. 322.[³ Ancien Art. 302]³ § 1er. Il est instauré un système extrajudiciaire de traitement des plaintes chargé de contribuer à résoudre les différends entre, d'une part, les entreprises d'assurances et les intermédiaires d'assurances [⁴ et les intermédiaires d'assurance à titre accessoire]⁴ et, d'autre part, leurs clients, en rendant un avis ou en intervenant en qualité de médiateur.

Ce service ombudsman des assurances doit prendre la forme d'une personne morale.

§ 2. Le service ombudsman a les missions suivantes :

1° examiner toutes les plaintes des preneurs d'assurance, des assurés, des bénéficiaires et des tiers ayant un intérêt à l'exécution du contrat d'assurance, portant sur

- les activités des entreprises d'assurances relevant du champ d'application de la présente loi [² ou de la loi du 13 mars 2016]², y compris les entreprises d'assurances de l'EEE qui ont un établissement en Belgique et/ou y exercent des activités d'assurance, pour les contrats régis par le droit belge, et/ou portant sur

- [⁴ les activités des intermédiaires d'assurance et des intermédiaires d'assurance à titre accessoire relevant du champ d'application de la présente loi, y compris les intermédiaires d'assurance et les intermédiaires d'assurance à titre accessoire qui ont comme Etat membre d'origine un autre Etat membre de l'EEE et qui opèrent en Belgique, pour les actes régis par des dispositions d'intérêt général qui leur sont applicables,]⁴ et proposer une solution;

2° faire de la médiation pour faciliter la résolution à l'amiable des litiges qui font l'objet d'une plainte telle que visée au 1°, étant entendu qu'il n'est pas porté préjudice aux compétences que les articles 58, 8° et 9°, 64bis et 64ter de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail attribuent au Fonds des accidents du travail en ce qui concerne la médiation, le contrôle de l'indemnisation et l'assistance sociale aux victimes;

[⁴] 3° se prononcer sur les questions relatives à l'application du volet "consommateurs" des codes de conduite des entreprises d'assurance, des intermédiaires d'assurance et des intermédiaires d'assurance à titre accessoire;

4° formuler des avis et des recommandations dans le cadre de ses missions, également à l'intention des entreprises d'assurance, des intermédiaires d'assurance et des intermédiaires d'assurance à titre accessoire pris individuellement.]⁴

[⁵] § 2/1. Dès que le service ombudsman des assurances a reçu une demande complète de règlement extrajudiciaire d'une plainte, les délais de prescription visés à l'article 88 sont suspendus.

La suspension court jusqu'au jour où le service ombudsman des assurances communique aux parties:

1° que le traitement de la demande est refusé; ou

2° le résultat du règlement amiable.

Dès que l'entreprise d'assurances, l'intermédiaire d'assurance ou l'intermédiaire d'assurance à titre accessoire est informé que le service ombudsman des assurances a reçu une demande complète de règlement extrajudiciaire d'une plainte, la procédure de recouvrement introduite par l'entreprise d'assurances, l'intermédiaire d'assurance ou l'intermédiaire d'assurance à titre accessoire concerné est suspendue, jusqu'au jour visé à l'alinéa 2.

§ 2/2. L'entreprise d'assurances, l'intermédiaire d'assurance ou l'intermédiaire d'assurance à titre accessoire donne suite à toute demande d'information qu'il reçoit de la part du service ombudsman des assurances dans le cadre du règlement extrajudiciaire d'une plainte.

En cas d'absence de réponse dans un délai raisonnable et moyennant la communication préalable de la liste des documents auxquels il souhaite avoir accès, le service ombudsman des assurances peut, en vue d'exercer sa mission légale, dans le cadre d'une demande introduite auprès de lui, prendre connaissance sur place des livres, correspondances, rapports et, en général, de tous documents et écrits de l'entreprise d'assurances, de l'intermédiaire d'assurance ou de l'intermédiaire d'assurance à titre accessoire concerné, qui ont un rapport direct avec l'objet de la demande. Il peut demander toutes explications et informations utiles aux administrateurs, agents et préposés de l'entreprise d'assurances, de l'intermédiaire d'assurance ou de l'intermédiaire d'assurance à titre accessoire concerné, et procéder à toutes vérifications utiles pour l'enquête.

Le service ombudsman des assurances peut se faire assister par des experts.

Le délai raisonnable visé à l'alinéa 2 doit être au minimum de cinq jours ouvrables.^[5]

§ 3. Au sein du service ombudsman des assurances, un conseil de surveillance est institué. Il se compose d'un représentant des entreprises d'assurances, d'un représentant des intermédiaires d'assurances, de deux représentants des consommateurs, d'un représentant de la FSMA, d'un représentant du ministre et du SPF Economie, PME, Classes moyennes et Energie et d'un expert en assurances indépendant. [¹] Les représentants et l'expert indépendant sont nommés par le ministre pour un terme de six ans. Le ministre désigne également pour chaque représentant et pour l'expert indépendant, un suppléant.^[1]

Les missions du conseil de surveillance sont les suivantes :

1° formuler des avis à l'intention du conseil d'administration du service ombudsman sur l'organisation et le fonctionnement du service ombudsman;

2° exercer une surveillance générale de l'indépendance et l'impartialité du service ombudsman;

3° faire annuellement rapport au Roi du fonctionnement du service ombudsman;

4° [¹] l'exercice d'une surveillance générale sur la cellule spécifique qui assure le secrétariat du Bureau du suivi de la tarification visé à l'article 217, § 5.]^[1].

§ 4. Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, pris sur avis de la FSMA, expliciter les dispositions des paragraphes précédents et déterminer en particulier les éléments suivants :

- le type de plaintes et de différends qui peuvent être soumis au service ombudsman;

- la composition des organes et le fonctionnement du service ombudsman;

- les modalités d'adhésion au service ombudsman; le Roi peut également charger la FSMA de récolter les demandes et retraits d'adhésion et d'en informer le service ombudsman;

- [⁴] les modalités de financement du service ombudsman; le financement se fait par toutes les entreprises d'assurance belges et toutes les entreprises d'assurance étrangères qui exercent des activités d'assurance en Belgique, et par les intermédiaires d'assurance, les intermédiaires d'assurance à titre accessoire et les intermédiaires de réassurance habilités à exercer une activité de distribution d'assurances ou de réassurances en Belgique, que ce soit ou non par le biais de l'association professionnelle à laquelle ils ont adhéré; le Roi peut également régler les modalités du paiement des cotisations et charger la FSMA du recouvrement de ces cotisations;^[4]

- la procédure à suivre et le délai dans lequel l'avis doit être rendu ou la médiation avoir lieu;

- la forme sous laquelle l'avis ou l'intervention du médiateur doit, le cas échéant, être rendu(e) public (publique);

- les modalités et le contenu du rapport annuel.

(1)<L 2015-10-26/06, art. 95, 003; En vigueur : 09-11-2015>

(2)<L 2016-03-13/07, art. 731, 004; En vigueur : 23-03-2016; voir aussi l'art. 756>

(3)<L 2018-12-06/11, art. 23, 015; En vigueur : 28-12-2018>

(4)<L 2018-12-06/11, art. 38, 015; En vigueur : 28-12-2018>

(5)<L 2024-05-03/21, art. 75, 032; En vigueur : 10-06-2024>

Art. 323.^[1] Ancien Art. 303]^[1] LA FSMA peut demander au service ombudsman des assurances les informations nécessaires pour accomplir ses missions légales.

La FSMA détermine le contenu des informations souhaitées ainsi que le mode et la forme selon lesquels ces informations doivent être fournies.

Le SPF Economie, P.M.E., Classes moyennes et Energie peut, en vertu du rapport annuel du service ombudsman, obtenir des informations complémentaires auprès du service ombudsman des assurances, à chaque fois que le Service public fédéral l'estime nécessaire pour mettre au point des initiatives législatives ou réglementaires.

(1)<L 2018-12-06/11, art. 23, 015; En vigueur : 28-12-2018>

PARTIE 8. - DISPOSITIONS PENALES

Art. 324.[¹] Ancien Art. 324[¹] Sont punis d'un emprisonnement d'un mois à cinq ans et d'une amende de 1.000 à 10.000 euros ou d'une de ces peines seulement, les intermédiaires d'assurances qui sont intervenus dans la souscription d'un contrat d'assurance en contravention avec l'^{[2} article 266, alinéa 1er, 6°]^[2].

(¹)<L 2018-12-06/11, art. 39, 015; En vigueur : 28-12-2018>

(²)<L 2018-12-06/11, art. 40, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Art. 325.[¹] Ancien Art. 305[¹] Sont punis d'un emprisonnement d'un mois à cinq ans et d'une amende de 1.000 à 10.000 euros ou d'une de ces peines seulement, les administrateurs, les personnes chargées de la direction effective, les gérants ou les mandataires d'un assureur qui sciemment et volontairement ont fait des déclarations inexactes à la FSMA, aux membres de son personnel ou aux personnes mandatées par elle, ou qui ont refusé de fournir les renseignements demandés en exécution de la présente loi ou de ses arrêtés et règlements d'exécution.

Les mêmes peines sont applicables aux administrateurs, personnes chargées de la direction effective, commissaires, gérants ou mandataires d'un assureur qui ne se sont pas conformés aux obligations qui leur sont imposées par la présente loi ou par ses arrêtés et règlements d'exécution.

(¹)<L 2018-12-06/11, art. 39, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Art. 326.[¹] Ancien Art. 306[¹] Sont assimilées aux loteries et passibles des peines visées par les articles 302 et 303 du Code pénal, toutes opérations d'épargne, de capitalisation ou d'assurance comportant l'accumulation de sommes à répartir entre les intéressés, soit par voie de tirage au sort, soit par l'effet d'une stipulation de survie exclusive de tout engagement mathématiquement déterminé en fonction des contributions ou participations individuelles.

(¹)<L 2018-12-06/11, art. 39, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Art. 327.[¹] Ancien Art. 307[¹] Sont punis d'un emprisonnement d'un mois à cinq ans et d'une amende de 1.000 à 10.000 euros ou d'une de ces peines seulement :

1° ceux qui, en qualité d'assureur ou de mandataire d'un assureur, tentent de conclure ou concluent des contrats nuls en vertu des articles 97 ou 159;

2° ceux qui, en qualité d'intermédiaire d'assurances, interviennent dans la conclusion de tels contrats;

3° ceux qui, en qualité d'assureur ou de mandataire d'un assureur, ne respectent pas les dispositions prévues aux articles 213 à 217.

(¹)<L 2018-12-06/11, art. 39, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Art. 328..[²] Ancien Art. 308[²] § 1er. Sans préjudice de l'application de peines plus sévères prévues par le Code pénal, sera puni d'un emprisonnement de huit jours à trois mois et d'une amende de 200 à 2.000 euros ou d'une de ces peines seulement, celui qui dans une intention frauduleuse :

- exerce l'activité d'intermédiaire d'assurances ou de réassurance sans être inscrit conformément aux dispositions de l'^{[3} article 259]^[3];

- ne respecte pas les dispositions de l'^{[3} article 263]^[3];

- charge un travailleur d'offrir en vente des assurances lorsque celui-ci ne remplit pas les conditions fixées par la partie 6;

- accepte des contrats d'assurance présentés par un intermédiaire d'assurances ou de réassurance non inscrit;

- offre un contrat d'agence à un intermédiaire d'assurances ou de réassurance non inscrit;

- omet de communiquer à la FSMA la cessation ou la rupture du contrat visée à l'^{[3} article 266, alinéa 1er, 4°]^[3] ;

- [³ ...]³

- omet de communiquer à la FSMA les modifications aux informations faisant partie de son dossier d'inscription en exécution des dispositions de la partie 6, chapitre 2.

Les personnes condamnées pour une des infractions visées ci-dessus peuvent se voir infliger la fermeture définitive ou provisoire d'une partie ou de l'ensemble des locaux affectés à l'exercice de l'activité d'intermédiaire d'assurances ou de réassurance.

Si ces infractions sont dues à la négligence, elles seront punies d'une amende de 1 à 25 euros.

§ 2. Toute personne qui refuse de fournir les renseignements et documents que la FSMA a demandés afin de pouvoir contrôler l'application des dispositions de la partie 6, qui s'oppose aux mesures d'investigation ou qui fait une fausse déclaration, sera punie d'un emprisonnement de huit à quinze jours et d'une amende de 26 à 1 000 euros ou d'une de ces peines seulement.

[¹] § 3. Toute information du chef d'infraction à la présente loi ou à l'une des dispositions visées à l'article 20 de la loi du 25 avril 2014, à l'encontre d'un intermédiaire d'assurances ou de réassurances, d'un dirigeant effectif auprès d'un tel intermédiaire, ou d'un responsable de la distribution auprès d'un tel intermédiaire ou auprès d'une entreprise réglementée, au sens de la présente loi, et toute information du chef d'infraction à la présente loi à l'encontre de toute autre personne physique ou morale, doit être portée à la connaissance de la FSMA par l'autorité judiciaire qui en est saisie.

Toute action pénale du chef des infractions visées à l'alinéa 1er doit être portée à la connaissance de la FSMA à la diligence du ministère public.]¹

(1)<L 2015-10-26/06, art. 96, 003; En vigueur : 09-11-2015>

(3)<L 2018-12-06/11, art. 39, 015; En vigueur : 28-12-2018>

(3)<L 2018-12-06/11, art. 41, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Art. 329.[¹ Ancien Art. 309]¹ Toutes les dispositions du livre 1er du Code pénal, sans exception du chapitre VII et de l'article 85, sont applicables aux infractions prévues par la présente loi.

(1)<L 2018-12-06/11, art. 39, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Art. 330.[¹ Ancien Art. 310]¹ Les assureurs sont civilement responsables des amendes auxquelles sont condamnés leurs administrateurs, commissaires, directeurs, gérants ou mandataires, en application des dispositions qui précèdent.

(1)<L 2018-12-06/11, art. 39, 015; En vigueur : 28-12-2018>

PARTIE 9. - DISPOSITIONS DE NATURE DIVERSE

TITRE 1er. - Dispositions transitoires

Art. 331.[² Ancien Art. 311]² § 1er. [¹ ...]¹

§ 2. Les articles 44, 50 et 51 s'appliquent immédiatement aux contrats offerts et/ou conclus après la date d'entrée en vigueur de la présente loi. Pour les contrats d'assurance qui ont été souscrits avant la date d'entrée en vigueur de la présente loi, ces articles s'appliquent dès la modification et/ou la reconduction de ces contrats et au plus tard le premier jour du 13e mois suivant la date d'entrée en vigueur de la présente loi.

§ 3. Sous réserve du paragraphe 4 et à l'exception du chapitre 5 du titre IV de la partie 4, les dispositions des parties 4 et 5 de la présente loi sont applicables tant aux contrats conclus à ou après la date d'entrée en vigueur de la présente loi qu'aux contrats conclus antérieurement qui sont toujours en cours à cette date.

§ 4. Si l'événement donnant ouverture à l'action récursoire visée à l'article 88 est survenu avant la date d'entrée en vigueur de la présente loi, l'article 89, § 1er, n'est applicable à la prescription de l'action récursoire que pour autant que le délai de prescription courant en vertu de l'article 35, § 1er, juncto l'article 34 de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre, ne soit pas encore arrivé à expiration à la date d'entrée en vigueur de la présente loi.

Si l'événement donnant ouverture à l'action récursoire visée à l'article 256 est survenu avant la date d'entrée en vigueur de la présente loi, l'article 256, deuxième phrase, n'est applicable à la prescription de l'action récursoire que pour autant que le délai de prescription courant en vertu de l'article 32 de la loi du 11 juin 1874 contenant les titres X et XI du code de commerce ne soit pas encore arrivé à expiration à la date d'entrée en vigueur de la présente loi.

§ 5. Les intermédiaires d'assurances qui, en date du 30 avril 2014, étaient inscrits au registre des intermédiaires d'assurances tenu par la FSMA en vertu de l'³ article 259, § 1er]³, ou au registre des intermédiaires d'assurances tenu par l'OCM, en vertu de l'³ article 259, § 3]³, doivent, pour conserver leur inscription, se conformer à l'³ article 266, alinéa 1er, 1°]³, au plus tard en date du 1er mai 2015.

§ 6. Les assureurs procèdent à l'adaptation formelle des contrats d'assurance et autres documents d'assurance aux dispositions de la présente loi au plus tard le premier jour du 13e mois suivant celui de la publication de la loi. Jusqu'à cette date, les contrats d'assurance existants et nouveaux peuvent ne pas être conformes quant à la forme aux dispositions de la présente loi.

Aussi longtemps que les contrats d'assurance et autres documents d'assurance n'ont pas été adaptés conformément à l'alinéa 1er du présent paragraphe, les clauses de ces documents qui font référence à des dispositions de la loi du 9 juillet 1975 relative au contrôle des entreprises d'assurances, de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre, de la loi du 11 juin 1874 contenant les titres X et XI, livre Ier, du code de commerce et de la loi du 27 mars 1995 relative à l'intermédiation en assurances et en réassurances et à la distribution d'assurances, sont présumées faire référence aux dispositions équivalentes de la présente loi.

(1)<L 2016-06-29/01, art. 84, 005; En vigueur : 16-07-2016>

(2)<L 2018-12-06/11, art. 42, 015; En vigueur : 28-12-2018>

(3)<L 2018-12-06/11, art. 43, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Art. 332.[¹ Ancien Art. 312]¹ Les [² articles 333 à 335]² sont applicables aux contrats d'assurance relatifs à des risques situés dans les Etats membres de l'EEE qui relèvent du groupe d'activités "non-vie" et qui ont été conclus avant la date du 17 décembre 2009, telle que mentionnée à l'article 28 du règlement (CE) n° 593/2008 du Parlement européen et du Conseil du 17 juin 2008 sur la loi applicable aux obligations contractuelles (Rome I).

Ces dispositions sont également applicables aux contrats d'assurance relatifs à des risques situés dans les Etats membres de l'EEE qui relèvent du groupe d'activités "non-vie" et qui ne tombent pas dans le champ d'application du règlement (CE) n° 593/2008 du Parlement européen et du Conseil du 17 juin 2008 sur la loi applicable aux obligations contractuelles (Rome I).

- (1)<L 2018-12-06/11, art. 42, 015; En vigueur : 28-12-2018>
(2)<L 2018-12-06/11, art. 44, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Art. 333.[¹] Ancien Art. 313]^[1] § 1er. Nonobstant toute clause contraire, lorsque le contrat est relatif à des risques situés en Belgique et que le preneur d'assurance y a sa résidence habituelle ou son administration centrale, la loi applicable est la loi belge.

Par dérogation à l'alinéa 1er, lorsque le contrat est relatif à des risques situés en Belgique et que le preneur d'assurance n'y a pas sa résidence habituelle ou son administration centrale, les parties au contrat d'assurance peuvent choisir d'appliquer soit la loi belge, soit la loi du pays où le preneur d'assurance a sa résidence habituelle ou son administration centrale.

§ 2. Lorsque le contrat est relatif à des risques situés dans un Etat membre de l'EEE, autre que la Belgique, et que les parties n'ont pas choisi la loi applicable, le contrat est régi par la loi de l'Etat membre où le risque est situé.

§ 3. Lorsque le preneur d'assurance exerce une activité commerciale, industrielle ou libérale et que le contrat couvre deux ou plusieurs risques relatifs à ces activités situés en Belgique et dans un ou plusieurs autres Etats membres de l'EEE, les parties au contrat peuvent choisir les lois des Etats membres où ces risques sont situés ou celle du pays où le preneur d'assurance a sa résidence habituelle ou son administration centrale.

§ 4. Nonobstant le paragraphe 1er, alinéa 2, et les paragraphes 2 et 3, lorsque les Etats membres visés dans ces paragraphes accordent une plus grande liberté de choix de la loi applicable au contrat, les parties peuvent se prévaloir de cette liberté.

§ 5. Nonobstant les paragraphes 1er, 2 et 3, lorsque le contrat est relatif à des risques situés en Belgique mais que ces risques sont limités à des sinistres qui peuvent survenir dans un autre Etat membre de l'EEE, les parties au contrat peuvent choisir la loi de cet Etat.

§ 6. Pour les grands risques, les parties au contrat ont le libre choix de la loi applicable.

En ce cas, le choix par les parties d'une loi autre que la loi belge ne peut, lorsque tous les éléments du contrat sont localisés au moment de ce choix sur le territoire de la Belgique, porter atteinte aux dispositions impératives du droit belge.

§ 7. Le choix visé au paragraphe 1er, alinéa 2, et aux paragraphes 2 à 6 doit être exprès ou résulter de façon certaine des clauses du contrat ou des circonstances de la cause. Si tel n'est pas le cas ou si aucun choix n'a été fait, le contrat est régi par la loi de celui, parmi les Etats membres qui entrent en ligne de compte aux termes du paragraphe 1er, alinéa 2, et des paragraphes 2 à 6, avec lequel il présente les liens les plus étroits.

Si une partie du contrat est séparable du reste du contrat et présente un lien plus étroit avec un autre des Etats membres qui entrent en ligne de compte conformément aux paragraphes précités, il pourra être fait application à cette partie du contrat de la loi de cet autre Etat membre.

Il est présumé que le contrat présente les liens les plus étroits avec l'Etat membre où le risque est situé.

§ 8. Lorsqu'un Etat membre comprend plusieurs unités territoriales dont chacune a ses propres règles de droit en matière d'obligations contractuelles, chaque unité est considérée comme un Etat aux fins d'identifier la loi applicable en vertu des [² articles 333 à 335]^[2].

- (1)<L 2018-12-06/11, art. 42, 015; En vigueur : 28-12-2018>
(2)<L 2018-12-06/11, art. 45, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Art. 334.[¹] Ancien Art. 314]^[1] § 1er. Si le juge belge est saisi, les dispositions de l'^[2] article 333]^[2] ne peuvent porter atteinte à l'application des règles de la loi belge qui régissent impérativement la situation, quelle que soit la loi applicable au contrat.

Il peut être donné effet aux dispositions impératives de la loi de l'Etat membre où le risque est situé ou d'un Etat membre qui impose l'obligation d'assurance, si, et dans la mesure où, selon le droit de cet Etat membre, ces dispositions sont applicables quelle que soit la loi régissant le contrat.

§ 2. Les dispositions impératives du droit belge sont applicables quelle que soit la loi choisie par les parties lorsque le risque est situé en Belgique ou lorsque la Belgique impose l'obligation d'assurance.

§ 3. Lorsque le contrat couvre des risques situés dans plus d'un Etat membre, le contrat est considéré, pour l'application du présent article, comme comportant plusieurs contrats dont chacun ne se rapporterait qu'à un seul Etat membre.

- (1)<L 2018-12-06/11, art. 42, 015; En vigueur : 28-12-2018>
(2)<L 2018-12-06/11, art. 46, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Art. 335.[¹] Ancien Art. 315]^[1] Lorsqu'en cas d'assurance obligatoire il y a contradiction entre la loi de l'Etat membre où le risque est situé et celle de l'Etat membre qui impose l'obligation de souscrire une assurance, cette dernière prévaut.

(1)<L 2018-12-06/11, art. 42, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Art. 336.[¹] Ancien Art. 316]^[1] Les articles 25, 27 et [² 333 à 335]^[2] ne sont pas applicables aux contrats conclus avant la date d'entrée en vigueur de l'article 16 de l'arrêté royal du 22 février 1991 modifiant la loi du 9 juillet 1975 relative au contrôle des entreprises d'assurances.

(1)<L 2018-12-06/11, art. 42, 015; En vigueur : 28-12-2018>

(2)<L 2018-12-06/11, art. 47, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Art. 337.[Ancien Art. 317]¹ Les articles 318 et 319 sont applicables aux contrats d'assurance relatifs à des engagements situés dans les Etats membres de l'EEE qui relèvent du groupe d'activités "vie" et qui ont été conclus avant la date du 17 décembre 2009, telle que mentionnée à l'article 28 du règlement (CE) n° 593/2008 du Parlement européen et du Conseil du 17 juin 2008 sur la loi applicable aux obligations contractuelles (Rome I).

Ces dispositions sont également applicables aux contrats d'assurance relatifs à des risques situés dans les Etats membres de l'EEE qui relèvent du groupe d'activités "vie" et qui ne tombent pas dans le champ d'application du règlement (CE) n° 593/2008 du Parlement européen et du Conseil du 17 juin 2008 sur la loi applicable aux obligations contractuelles (Rome I).

(1)<L 2018-12-06/11, art. 42, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Art. 338.[¹ Ancien Art. 318]¹ § 1er. Nonobstant toute clause contraire, lorsque le contrat est relatif à des engagements situés en Belgique, la loi applicable est la loi belge.

Par dérogation à l'alinéa 1er, lorsque le preneur d'assurance est une personne physique qui a sa résidence habituelle en Belgique mais est ressortissant d'un Etat membre de l'EEE autre que la Belgique, les parties peuvent choisir d'appliquer la loi de cet Etat membre.

§ 2. Lorsque le contrat est relatif à des engagements situés dans un Etat membre de l'EEE, autre que la Belgique, et que les parties n'ont pas choisi la loi applicable, le contrat est régi par la loi de l'Etat membre où l'engagement est situé.

§ 3. Lorsqu'un Etat membre comprend plusieurs unités territoriales dont chacune a ses propres règles de droit en matière d'obligations contractuelles, chaque unité est considérée comme un Etat aux fins d'identifier la loi applicable en vertu des [² articles 338 et 339]².

(1)<L 2018-12-06/11, art. 42, 015; En vigueur : 28-12-2018>

(2)<L 2018-12-06/11, art. 48, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Art. 339.[¹ Ancien Art. 319]¹ § 1er. Si le juge belge est saisi, les dispositions de l'[² article 338]² ne peuvent porter atteinte à l'application des règles de la loi belge qui régissent impérativement la situation, quelle que soit la loi applicable au contrat. Il peut être donné effet aux dispositions impératives de la loi de l'Etat membre où l'engagement est situé, si, et dans la mesure où, selon le droit de cet Etat membre, ces dispositions sont applicables quelle que soit la loi régissant le contrat.

§ 2. Les dispositions impératives du droit belge sont applicables quelle que soit la loi choisie par les parties lorsque l'engagement est situé en Belgique.

(1)<L 2018-12-06/11, art. 42, 015; En vigueur : 28-12-2018>

(2)<L 2018-12-06/11, art. 49, 015; En vigueur : 28-12-2018>

TITRE II. - Arrêtés d'exécution

Art. 340.[¹ Ancien Art. 320]¹ Le Roi prend, sur avis de la FSMA, les arrêtés nécessaires à l'exécution de la présente loi.

Le ministre peut fixer les délais dans lesquels la FSMA doit émettre son avis. En cas de non-respect de ces délais, l'avis en question n'est plus requis.

(1)<L 2018-12-06/11, art. 42, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Art. 341.[¹ ancien art. 321]¹ § 1er. Les arrêtés royaux délibérés en Conseil des ministres et portant exécution de l'article 4, § 4, sont pris sur la proposition conjointe du ministre de la Justice, du ministre et du ministre des Affaires sociales.

§ 2. Les arrêtés royaux pris en exécution de la partie 4 le sont sur la proposition conjointe du ministre de la Justice et du ministre.

Toutefois, les arrêtés royaux pris en exécution des articles 62, 98, 159, 167, 178 à 180 et 199 le seront sur la seule proposition du ministre.

Les arrêtés royaux pris en exécution des articles 212 à 224 le seront sur la proposition conjointe du ministre et du ministre de la Santé publique.

§ 3. Le Roi exerce les pouvoirs à Lui confiés par les dispositions de la partie 6 sur la proposition conjointe du ministre et du ministre des Classes moyennes.

(1)<L 2018-12-06/11, art. 42, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Art. 342.[¹ Ancien Art. 322]¹ § 1er. La Commission des Assurances, visée dans la partie 7, titre IV, est compétente pour émettre des avis concernant les arrêtés à prendre en exécution de l'article 4, des titres Ier et II de la partie 2, des titres Ier et II de la partie 3, du chapitre 1er du titre III de la partie 3 et de la partie 6.

La consultation de la Commission des Assurances n'est pas requise pour ce qui est des règles à fixer par le Roi en application de l'article 4, § 4, et de l'² article 266, alinéa 1er, 10^e².

§ 2. La Commission des Assurances est également compétente pour émettre des avis sur les modifications apportées aux arrêtés d'exécution pris en vertu de l'article 212, § 1er, ainsi sur l'abrogation éventuelle ou le remplacement de ces arrêtés d'exécution.

(1)<L 2018-12-06/11, art. 42, 015; En vigueur : 28-12-2018>

(2)<L 2018-12-06/11, art. 50, 015; En vigueur : 28-12-2018>

TITRE III. - Dispositions modificatives

Modifications de la loi du 9 juillet 1975 relative au contrôle des entreprises d'assurances

Art. 343.[¹ Ancien Art. 323]¹ A l'article 21 de la loi du 9 juillet 1975 relative au contrôle des entreprises d'assurances, les modifications suivantes sont apportées :

1° le paragraphe 1er est remplacé par ce qui suit :

" § 1er. La Banque détermine les informations que les entreprises d'assurances sont tenues de lui fournir pour lui permettre de vérifier si ces entreprises respectent les dispositions légales et réglementaires qui leur sont applicables et qui relèvent du domaine de compétence de la Banque. La Banque détermine également la fréquence et les modalités de transmission de ces informations.";

2° le paragraphe 1erbis, alinéa 3, est remplacé par ce qui suit :

"Sur simple demande de la Banque, les entreprises d'assurances visées à l'article 2, § 1er, sont tenues de fournir tous renseignements et de délivrer tous documents qui sont nécessaires à l'exécution de sa mission.";

3° le paragraphe 1erbis, alinéa 4, est remplacé par ce qui suit :

"La Banque peut, au siège des entreprises ou de leurs succursales, agences et bureaux en Belgique, prendre connaissance de tous livres, pièces comptables, prospectus et autres documents, ainsi que procéder à toutes investigations relatives à la situation financière et aux activités de ces entreprises.";

4° le paragraphe 1erbis, alinéa 5, est remplacé par ce qui suit :

"La Banque peuvent procéder auprès des succursales des entreprises belges établies dans un autre Etat membre, moyennant l'information préalable des autorités compétentes de cet Etat, aux inspections visées à l'alinéa 4. Elle peut, de même, demander aux autorités compétentes de l'Etat membre de la succursale, de procéder pour son compte à ces inspections.";

5° le paragraphe 1erbis, alinéa 6, est remplacé par ce qui suit :

"Les agents, courtiers ou intermédiaires d'assurances sont tenus de fournir, sur simple demande, à la Banque, pour ce qui est de son domaine de compétence, tous renseignements concernant les contrats d'assurance qu'ils détiennent.";

6° le paragraphe 1erbis, alinéa 7, est remplacé par ce qui suit :

"La Banque peut, pour l'exécution des alinéas précédents, déléguer des membres de son personnel ou des experts indépendants mandatés à cet effet, qui lui font rapport.";

7° au paragraphe 1erter, alinéa 1er, les mots "la Banque et la FSMA, chacune dans son domaine de compétence, peuvent", sont remplacés par les mots "la Banque peut";

8° au paragraphe 1erter, alinéa 1er, troisième tiret, les mots "La Banque et la FSMA peuvent" sont remplacés par les mots "La Banque peut";

9° au paragraphe 1erter, dernier alinéa, les mots "ainsi que du respect par cette entreprise des engagements qu'elle a contractés à l'égard des assurés ou bénéficiaires des contrats d'assurance" sont supprimés.

(1)<L 2018-12-06/11, art. 42, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Art. 344.[¹ Ancien Art. 324]¹ A l'article 21octies de la même loi, les modifications suivantes sont apportées :

1° le paragraphe 1er est remplacé par ce qui suit :

"1er. La Banque exige le retrait ou la réformation des documents à caractère contractuel ou publicitaire dont elle constate qu'ils ne sont pas conformes aux dispositions prévues par ou en vertu de la loi. Elle en informe la FSMA.";

2° au paragraphe 2, alinéa 2, les mots "l'article 138bis - 4, §§ 2 et 3, de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre" sont remplacés par les mots "l'article 204, §§ 2 et 3, de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances et les mots "l'article 138bis - 2, de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre" sont remplacés par les mots "l'article 202 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.".

(1)<L 2018-12-06/11, art. 42, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Art. 345.[¹ Ancien Art. 325]¹ A l'article 22 de la même loi, les modifications suivantes sont apportées :

1° au paragraphe 1er, alinéa 1er, les mots "et à la FSMA" sont supprimés;

2° au paragraphe 1er, alinéa 2, les mots "La Banque et la FSMA peuvent" sont remplacés par les mots "La Banque peut" et les mots "qu'elles formulent" sont remplacés par les mots "qu'elle formule".

3° au paragraphe 1er, alinéa 4, les mots "la FSMA et la Banque ont déclaré" sont remplacés par les mots "la Banque a déclaré";

4° au paragraphe 2, alinéa 1er, les mots "et à la FSMA" sont supprimés;

5° au paragraphe 2, alinéa 2, les mots "ou la FSMA, chacune dans son domaine de compétence," sont supprimés.

(1)<L 2018-12-06/11, art. 42, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Art. 346.[¹] Ancien Art. 326[¹] L'article 28 de la même loi est remplacé par ce qui suit :

"Art. 28. Lorsque les autorités compétentes d'un autre Etat membre dans lequel une entreprise d'assurances de droit belge a établi une succursale ou effectue des activités en libre prestation de services, avertissent la Banque que cette entreprise a enfreint des dispositions légales, réglementaires ou administratives applicables dans cet Etat membre, au respect desquelles ces autorités sont chargées de veiller et qui en Belgique relèvent du domaine de compétence de la Banque, la Banque prend, dans les plus brefs délais, les mesures les plus appropriées parmi celles prévues aux articles 26 et 27 pour que l'entreprise concernée mette fin à cette situation irrégulière. Elle en avise les autorités précitées.". "

(1)<L 2018-12-06/11, art. 42, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Art. 347.[¹] Ancien Art. 327[¹] L'article 69 de la même loi est remplacé par ce qui suit :

"Art. 69. Sur demande de la Banque, les entreprises d'assurances doivent soumettre tous renseignements et fournir tous documents en vue du contrôle du respect des dispositions légales et réglementaires d'intérêt général qui sont d'application en Belgique aux entreprises d'assurances et à leurs activités et qui relèvent du domaine de compétence de la Banque. Les renseignements et pièces visés dans cet alinéa doivent être rédigés dans la langue imposée par la loi ou le décret.

Dans le même but, la Banque peut procéder à des inspections sur place dans la succursale belge ou prendre copie de toute information en possession de l'entreprise d'assurances, après en avoir informé les autorités compétentes de l'Etat membre d'origine.

Dans le même but, les agents, courtiers ou intermédiaires d'assurance sont tenus de fournir à la Banque, sur simple demande, tous renseignements concernant les contrats d'assurance relatifs à des risques situés en Belgique, qu'ils détiennent.

La Banque peut, pour l'exécution des trois alinéas précédents, déléguer des membres de son personnel ou des experts indépendants mandatés à cet effet, qui lui font rapport.". "

(1)<L 2018-12-06/11, art. 42, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Art. 348.[¹] Ancien Art. 328[¹] A l'article 71 de la même loi, les modifications suivantes sont apportées :

1° le paragraphe 1er est remplacé par ce qui suit :

" § 1er. Lorsqu'une entreprise d'assurances ne se conforme pas aux dispositions législatives et réglementaires applicables en Belgique dans le domaine de compétence de la Banque, celle-ci met l'entreprise d'assurances en demeure de remédier, dans le délai qu'elle détermine, à la situation constatée.

La Banque informe la FSMA de son intention de faire application de l'alinéa précédent.

Si, au terme du délai susvisé, il n'a pas été remédié à la situation, la Banque en informe les autorités compétentes de l'Etat membre d'origine concerné.

En cas de persistance des manquements, la Banque peut, après en avoir informé les autorités compétentes de l'Etat membre d'origine, prendre les mesures appropriées pour prévenir de nouvelles irrégularités. La Banque peut notamment, si les circonstances l'exigent, interdire à cette entreprise d'assurances de continuer à conclure des contrats d'assurance relatifs à des risques situés en Belgique. La Banque peut faire procéder, aux frais de l'entreprise d'assurances, à la publication de la mesure d'interdiction dans les journaux et publications de son choix ou dans les lieux et pendant la durée qu'elle détermine.

L'article 26, § 2bis, est applicable.

La Banque informe la FSMA des mesures qu'elle a prises en application des alinéas précédents.". "

2° le paragraphe 2 est remplacé par ce qui suit :

" § 2. Sans préjudice de l'application du § 1er, la Banque peut, en cas d'urgence, prendre des mesures appropriées pour prévenir les infractions aux règles qui sont applicables aux entreprises d'assurances et qui relèvent de son domaine de compétence. La Banque peut notamment empêcher les entreprises d'assurances de continuer à conclure de nouveaux contrats relatifs à des risques belges. Elle peut faire procéder, aux frais de l'entreprise d'assurances, à la publication de la mesure d'interdiction dans les journaux et publications de son choix ou dans les lieux et pendant la durée qu'elle détermine.

La Banque informe immédiatement la FSMA et les autorités compétentes de l'Etat membre d'origine des mesures qu'elle a prises.". "

3° au paragraphe 4, les mots "La FSMA et la Banque peuvent" sont remplacés par les mots "La Banque peut".

(1)<L 2018-12-06/11, art. 42, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Art. 349.[¹] Ancien Art. 329[¹] A l'article 73/3 de la même loi, les modifications suivantes sont apportées :

1° à l'alinéa 1er, la phrase "La Banque et la FSMA peuvent faire publier un avis au Moniteur belge et dans deux quotidiens ou périodiques à diffusion régionale." est remplacée par la phrase "L'article 298 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances est applicable.". "

2° l'alinéa 2 est abrogé.

(1)<L 2018-12-06/11, art. 42, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Art. 350.[¹] Ancien Art. 330[¹] A l'article 73/4 de la même loi, les mots "et la FSMA peuvent" sont remplacés par le mot "peut".

(1)<L 2018-12-06/11, art. 42, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Art. 351.[¹ Ancien Art. 331]¹ A l'article 81 de la même loi, les mots "ou la FSMA, selon le cas," sont supprimés.

(1)<L 2018-12-06/11, art. 42, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Art. 352.[¹ Ancien Art. 332]¹ A l'article 82, § 1er, de la même loi, les mots "la FSMA ou" et les mots ", selon le cas, de la FSMA ou" sont supprimés.

(1)<L 2018-12-06/11, art. 42, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Art. 353.[¹ Ancien Art. 333]¹ A l'article 30ter, § 3, de la loi du 2 août 2002 relative à la surveillance du secteur financier et aux services financiers, inséré par la loi du 30 juillet 2013, il est inséré un 3° /1 rédigé comme suit : "3° /1 pour autant que le Roi ait fait usage de l'habilitation prévue au paragraphe 1er, alinéa 2, 4°, en ce qui concerne les intermédiaires d'assurances et de réassurance, l'article 273, § 3, de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances;".

(1)<L 2018-12-06/11, art. 42, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Art. 354.[¹ Ancien Art. 334]¹ L'article 36, § 1er, de la même loi, modifié par l'arrêté royal du 3 mars 2011 et la loi du 30 juillet 2013, est complété par un alinéa rédigé comme suit :

"La FSMA peut en outre enjoindre à la personne à laquelle elle adresse une injonction en application de l'alinéa 1er de suspendre la commercialisation ou certaines formes de commercialisation du produit financier concerné sur le territoire belge aussi longtemps que les dispositions légales ou réglementaires en question ne sont pas respectées. L'injonction de suspension de la commercialisation peut s'étendre à la commercialisation via l'ensemble ou une partie des personnes auxquelles la personne à laquelle l'injonction de la FSMA est adressée, fait appel en vue de la commercialisation. La personne à laquelle l'injonction est adressée, a l'obligation de communiquer immédiatement cette suspension de la commercialisation à toutes les personnes auxquelles elle fait appel en vue de la commercialisation du produit financier en question sur le territoire belge et auxquelles la suspension de la commercialisation s'étend. Dans l'intérêt des utilisateurs de produits et services financiers, la FSMA peut rendre cette décision publique. La suspension de la commercialisation est levée par la FSMA lorsqu'il est établi que les dispositions légales ou réglementaires concernées sont désormais respectées.".

(1)<L 2018-12-06/11, art. 42, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Art. 355.[¹ Ancien Art. 335]¹ A l'article 36bis, § 2, alinéa 1er, 1°, de la même loi, les mots "certains instruments financiers, produits d'investissement ou produits d'assurance" sont remplacés par les mots "certaines catégories de produits financiers".

(1)<L 2018-12-06/11, art. 42, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Art. 356.[¹ Ancien Art. 336]¹ A l'article 45, § 1er, de la même loi, remplacé par l'arrêté royal du 3 mars 2011 et modifié par les lois des 13 novembre 2011 et 30 juillet 2013, les modifications suivantes sont apportées :

1° à l'alinéa 1er, 2°, e, les mots "la loi du 27 mars 1995 relative à l'intermédiation en assurances et en réassurances et à la distribution d'assurances" sont remplacés par les mots "la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances";

2° à l'alinéa 1er, 3°, le c. est remplacé par ce qui suit :

"c. la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, ainsi que ses arrêtés et règlements d'exécution;";

3° à l'alinéa 1er, 3°, le e. est abrogé;

4° l'alinéa 3 est remplacé par ce qui suit :

"Par dérogation à l'alinéa 1er, le contrôle du respect des règles visées à l'alinéa 1er, 3°, et au § 2, par les sociétés mutualistes visées aux articles 43bis, § 5, et 70, §§ 6, 7 et 8, de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités relève des compétences de l'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités.".

(1)<L 2018-12-06/11, art. 42, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Art. 357.[¹ Ancien Art. 337]¹ L'article 4, § 1er, de la loi du 16 juin 2006 relative aux offres publiques d'instruments de placement et aux admissions d'instruments de placement à la négociation sur des marchés réglementés est complété par un 3° bis rédigé comme suit :

"3° bis les droits qui permettent d'effectuer un investissement de type financier et qui portent directement ou indirectement sur un ou plusieurs biens meubles ou sur une exploitation agricole, organisés en association, indivision ou groupement de droit ou de fait, et dont la gestion, organisée collectivement, est confiée à une ou plusieurs personnes agissant à titre professionnel, sauf si ces droits comprennent une livraison inconditionnelle, irrévocable et intégrale des biens en nature;

Le Roi peut, par arrêté royal pris sur avis de la FSMA, étendre ou restreindre les types de biens visés à l'alinéa

1er".

(1)<L 2018-12-06/11, art. 42, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Art. 358.[¹] Ancien Art. 338[¹] A l'article 3 de la loi du 31 juillet 2009 modifiant la loi du 27 mars 1995 relative à l'intermédiation en assurances et en réassurances et à la distribution d'assurances et de la loi du 22 mars 2006 relative à l'intermédiation en services bancaires et en services d'investissement et à la distribution d'instruments financiers, les modifications suivantes sont apportées :

- 1° le a) est abrogé;
- 2° le b) est abrogé;
- 3° le d) est abrogé;
- 4° le e) est abrogé.

(1)<L 2018-12-06/11, art. 42, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Art. 359.[¹] Ancien Art. 339[¹] L'article 7 de la même loi est abrogé.

(1)<L 2018-12-06/11, art. 42, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Art. 360.[¹] Ancien Art. 340[¹] Le chapitre 4 de la même loi est abrogé.

(1)<L 2018-12-06/11, art. 42, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Art. 361.[¹] Ancien Art. 341[¹] L'article 2 de la loi du 21 janvier 2010 modifiant la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre en ce qui concerne les assurances du solde restant dû pour les personnes présentant un risque de santé accru est abrogé.

(1)<L 2018-12-06/11, art. 42, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Art. 362.[¹] Ancien Art. 342[¹] Les articles 4 à 17 de la même loi sont abrogés.

(1)<L 2018-12-06/11, art. 42, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Art. 363.[¹] Ancien Art. 343[¹] A l'article 18 de la même loi, les modifications suivantes sont apportées :

- 1° l'alinéa 1er est abrogé;
- 2° à l'alinéa 2, le mot "Toutefois," est supprimé.

(1)<L 2018-12-06/11, art. 42, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Art. 364.[¹] Ancien Art. 344[¹] A l'article 4, § 1er, alinéa 2, de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, le mot "et" est supprimé et les mots "270bis" sont insérés entre les mots "dernier alinéa," et les mots ", ainsi qu'aux".

(1)<L 2018-12-06/11, art. 42, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Art. 365.[¹] Ancien Art. 345[¹] A l'article 270 de la même loi, les modifications suivantes sont apportées :

- 1° au paragraphe 4, alinéa 1er, le 2° est remplacé par ce qui suit :

"2° les porteurs d'un certificat de l'enseignement secondaire supérieur qui auront réussi un examen organisé par ou en vertu d'un décret, par une organisation professionnelle représentative, une entreprise d'assurances ou de réassurance, un intermédiaire d'assurances ou de réassurance ou un établissement de crédit, et destiné à vérifier la possession desdites connaissances professionnelles. L'examen visé à la présente disposition doit être agréé par la FSMA. La FSMA peut, par voie de règlement, préciser les règles auxquelles doivent répondre les examens qui sont organisés. L'intéressé doit également justifier d'une expérience pratique dont la durée sera fixée par le Roi mais ne pourra excéder deux années. Pour les intermédiaires de réassurance, la durée de l'expérience pratique est fixée à cinq ans.";

- 2° au paragraphe 4, l'alinéa 3 est remplacé par ce qui suit :

"Les entreprises d'assurances et de réassurance, les organisations professionnelles, les intermédiaires d'assurances ou de réassurance et les établissements de crédit communiquent à la FSMA le contenu et les modalités de l'examen qu'ils organisent conformément à l'alinéa 1er, 2°. La FSMA vérifie si les examens qui sont organisés répondent aux exigences requises en vertu du présent article. Elle peut, si nécessaire, retirer son agrément.";

- 3° le paragraphe 6 est remplacé par ce qui suit :

"§ 6. Les entreprises d'assurances et, le cas échéant, les intermédiaires d'assurances et de réassurance, répondent de la connaissance de base suffisante fixée au paragraphe 2 des personnes visées à l'article 259, alinéa 2, et à l'article 260, alinéa 2. La possession de cette connaissance de base est vérifiée par un examen qui doit être agréé par la FSMA conformément au paragraphe 4, alinéa 3.";

- 4° au paragraphe 7, les mots "et la formation de base" sont supprimés.

Art. 366.¹ Ancien Art. 346]¹ Dans la même loi, il est inséré un article 270bis rédigé comme suit : "Art. 270bis. Les entreprises d'assurances et de réassurance, les organisations professionnelles, les intermédiaires d'assurances ou de réassurance et les établissements de crédit visés à l'article 270, § 4, alinéa 3, dont la FSMA a agréé le programme de formation avant la date d'entrée en vigueur du présent article, fixée par le Roi, sont tenus de communiquer à la FSMA le contenu et les modalités de l'examen qu'ils organisent conformément à l'article 270, § 4, alinéa 1er, 2^o, dans les six mois au plus tard de la date précitée."

(1)<L 2018-12-06/11, art. 42, 015; En vigueur : 28-12-2018>

TITRE IV. - Dispositions abrogatoires

Art. 367.¹ Ancien Art. 347]¹ Sont abrogés :

- l'article 3, § 3, l'article 9, § 1er, alinéa 1er, dernière phrase, l'article 19, § 1er, l'article 19bis, l'article 19ter, l'article 20, l'article 21, § 1erbis, alinéas 1er et 2, l'article 21octies, § 2, alinéa 3, les articles 28ter à 28decies, l'article 41, l'article 65, l'article 76 et l'article 77 de la loi du 9 juillet 1975 relative au contrôle des entreprises d'assurances;
- la loi du 27 mars 1995 relative à l'intermédiation en assurances et en réassurances et à la distribution d'assurances;
- les chapitres II, III et IV du titre I, le titre II, les chapitres Ier, III, IV et V du titre III, les sections I, à l'exception de l'article 97, II, III, IV et V du chapitre II du titre III et la sous-section II de la section VI du chapitre II du titre III de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre;
- la loi du 11 juin 1874 contenant les titres X et XI, livre Ier, du code de commerce. Des assurances en général - De quelques assurances terrestres en particulier;
- l'article 86ter, § 1er, 5^o, de la loi du 2 août 2002 relative à la surveillance du secteur financier et aux services financiers.

(1)<L 2018-12-06/11, art. 42, 015; En vigueur : 28-12-2018>

TITRE V. - Autres dispositions

Art. 368.¹ Ancien Art. 348]¹ § 1er. Les dispositions légales non contraires à la présente loi, qui font référence à des dispositions de la loi du 9 juillet 1975 relative au contrôle des entreprises d'assurances, de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre, de la loi du 11 juin 1874 contenant les titres X et XI, livre Ier, du code de commerce et de la loi du 27 mars 1995 relative à l'intermédiation en assurances et en réassurances et à la distribution d'assurances, sont présumées faire référence aux dispositions équivalentes de la présente loi.

§ 2. Les dispositions réglementaires qui ont été prises en exécution des dispositions de la loi du 9 juillet 1975 relative au contrôle des entreprises d'assurances, de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre, de la loi du 11 juin 1874 contenant les titres X et XI, livre Ier, du code de commerce et de la loi du 27 mars 1995 relative à l'intermédiation en assurances et en réassurances et à la distribution d'assurances, reprises dans la présente loi, et qui ne sont pas contraires à cette loi, demeurent en vigueur jusqu'à leur abrogation ou leur remplacement par des arrêtés pris en exécution de la présente loi.

§ 3. Deux ans après l'entrée en vigueur de la présente loi, la FSMA en évalue l'application et le fonctionnement. Elle recueille à cet effet l'avis de la Banque, de l'OCM et de la Commission des Assurances. La FSMA peut, sur la base de cette évaluation, formuler des recommandations à l'intention du ministre.

(1)<L 2018-12-06/11, art. 42, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Art. 369.¹ Ancien Art. 349]¹ Par arrêté délibéré en Conseil des ministres, le Roi peut, sur avis de la FSMA, prendre les mesures nécessaires pour assurer la transposition des dispositions obligatoires résultant de traités internationaux ou d'actes internationaux pris en vertu de ceux-ci, dans les matières réglées par les dispositions de la présente loi. Les arrêtés pris en vertu du présent article peuvent modifier, compléter, remplacer ou abroger les dispositions légales en vigueur.

Les arrêtés royaux visés au présent article sont abrogés de plein droit lorsqu'ils n'ont pas été confirmés par la loi dans les vingt-quatre mois qui suivent leur publication au Moniteur belge.

(1)<L 2018-12-06/11, art. 42, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Art. 370.¹ Ancien Art. 350]¹ Sont confirmés avec effet à la date de leur entrée en vigueur respective :

- l'arrêté royal du 21 février 2014 relatif aux modalités d'application au secteur des assurances des articles 27 à 28bis de la loi du 2 août 2002 relative à la surveillance du secteur financier et aux services financiers;
- l'arrêté royal du 21 février 2014 modifiant la loi du 27 mars 1995 relative à l'intermédiation en assurances et en réassurances et à la distribution d'assurances.

(NOTE : par son arrêt n° 89/2016 du 09-06-2016 (M.B. 01-08-2016, p. 46967), la Cour constitutionnelle a annulé cet article en ce qu'il confirme l'article 4, 4^o, de l'arrêté royal du 21 février 2014 relatif aux modalités d'application au secteur des assurances des articles 27 à 28bis de la loi du 2 août 2002 relative à la surveillance du secteur financier et aux services financiers et annule également cet article en ce qu'il confirme l'article 4, 10^o,

de ce même arrêté royal, en ce que cet article ne permet pas au Roi de prévoir des règles différentes selon qu'il s'agit de clients professionnels ou de clients de détail)

(1)<L 2018-12-06/11, art. 42, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Art. 371.[¹ Ancien Art. 351]¹ Les intermédiaires d'assurances qui, en date du 30 avril 2014, sont inscrits au registre des intermédiaires d'assurances tenu par l'OCM en vertu de l'article 5, § 3, de la loi du 27 mars 1995 relative à l'intermédiation en assurances et en réassurances et à la distribution d'assurances doivent, pour conserver leur inscription, se conformer à l'article 11, § 1er, 1°, A, f), de la même loi, tel que modifié par l'arrêté royal du 21 février 2014 modifiant la loi du 27 mars 1995 relative à l'intermédiation en assurances et en réassurances et à la distribution d'assurances, au plus tard en date du 1er mai 2015.

(1)<L 2018-12-06/11, art. 42, 015; En vigueur : 28-12-2018>

TITRE VI. - Entrée en vigueur

Art. 372.[¹ Ancien Art. 352]¹ La présente loi entre en vigueur le premier jour du mois qui suit l'expiration d'un délai de six mois prenant cours le lendemain de sa publication au Moniteur belge, sauf en ce qui concerne les dispositions dont la date d'entrée en vigueur est fixée conformément à l'¹[² article 373]².

Par dérogation à l'alinéa 1er, les [² articles 354 et 355]² entrent en vigueur le dixième jour qui suit celui de la publication de la présente loi au Moniteur belge, l'¹[² article 370]² entre en vigueur le lendemain de la publication de la présente loi au Moniteur belge et l'¹[² article 371]² entre en vigueur le 30 avril 2014.

(NOTE : par son arrêt n° 89/2016 du 09-06-2016 (M.B. 01-08-2016, p. 46967), la Cour constitutionnelle a annulé cet article en ce qu'il fait entrer en vigueur son article 277 à une date antérieure au 1er mai 2015, en ce qu'il fait entrer en vigueur avant le 1er mai 2015 les nouvelles règles de conduite inscrites à ses articles 273, § 3, et 279, et en ce qu'il fait entrer en vigueur avant le 1er mai 2015 son article 350, en ce que cet article confirme de nouvelles règles de conduite contenues dans les arrêtés royaux du 21 février 2014 sous réserve de l'interprétation mentionnée en B.9.4.4, rejette le recours pour le surplus.)

(1)<L 2018-12-06/11, art. 42, 015; En vigueur : 28-12-2018>

(2)<L 2018-12-06/11, art. 51, 015; En vigueur : 28-12-2018>

Art. 373.[¹ Ancien Art. 353]¹ § 1er. Le Roi fixe, dans un délai de douze mois prenant cours le jour de la publication de la présente loi au Moniteur belge, la date d'entrée en vigueur du chapitre 5 intitulé "Dispositions propres à certains contrats d'assurance qui garantissent le remboursement du capital d'un crédit", qui figure dans la partie 4, titre IV, ou, le cas échéant, la date d'entrée en vigueur d'un ou de plusieurs articles dudit chapitre.

§ 2. Le Roi fixe la date d'entrée en vigueur des [² articles 364, 365 et 366]².

(NOTE : entrée en vigueur du chapitre 5, titre IV, partie 4, à savoir les art. 212 à 224 fixée au 10-06-2014 par AR 2014-04-10/76, art. 30)

(NOTE : entrée en vigueur des art. 344, 345 et 346 fixée au 01-01-2015 par AR 2014-12-19/14, art. 10, alinéa 1er)

(1)<L 2018-12-06/11, art. 42, 015; En vigueur : 28-12-2018>

(2)<L 2018-12-06/11, art. 52, 015; En vigueur : 28-12-2018>