

CURSUS VERZEKERINGEN

Devlamynck Luc
Verzekeringmakelaar
Voorzitter technische commissie brand Federatie van Verzekeringmakelaars
Docent verzekeringen Brokers Training, Cepom, Insert, Syntra
Geaccrediteerd opleidingsverstrekker 300004

info www.dvl.be
Editie 2013

INHOUDSOPGAVE

1	HET VERZEKERINGSPRINCIPE.....	5
1.1	DE WET OP DE VERZEKERINGSDISTRIBUTIE.....	6
1.2	DE WET OP DE LANDVERZEKERINGSOVEREENKOMST.....	8
1.3	DE WET VAN 11 JUNI 1874.....	11
2	DE AUTOVERZEKERING.....	12
2.1	DE VERPLICHTE DEKKING BURGERLIJKE AANSPRAKELIJKHEID	12
2.1.1	<i>Een beetje geschiedenis.....</i>	12
2.1.2	<i>De toegepaste wetgeving.....</i>	12
2.1.3	<i>De modelpolis B.A. auto als vertaling van de wet.</i>	12
2.1.4	<i>De zwakke weggebruikers.....</i>	13
2.2	DE ANDERE WAARBORGEN.....	14
2.2.1	<i>De waarborg eigen schade</i>	14
2.2.2	<i>De waarborg diefstal</i>	14
2.2.3	<i>De waarborg brand.....</i>	14
2.2.4	<i>De volledige 'Omnium'.....</i>	14
2.2.5	<i>De beperkte 'Omnium'.....</i>	15
2.2.6	<i>De bijstandsverlening</i>	15
2.2.7	<i>De verzekering voor inzittenden en bestuurder.....</i>	15
2.2.8	<i>De zwakke weggebruikers.....</i>	15
2.3	SCHADEREGELING	15
2.3.1	<i>Vershil tussen regeling in BA en regeling in andere waarborgen.</i>	15
2.3.2	<i>R.D.R. en andere conventies</i>	16
2.3.3	<i>Het Europees Aanrijdingformulier</i>	17
3	RECHTSBIJSTAND.....	18
3.1	VOERTUIG	18
3.2	PRIVÉ LEVEN	19
3.3	KB ONCKELINX	19
3.4	WONING	19
3.5	BEROEP - BEDRIJFSLEVEN	19
3.6	SCHADEREGELING	20
4	DE BRANDVERZEKERING EN AANVERWANTE RISICO'S	21
4.1	BRAND EN AANVERWANTE RISICO'S	21
4.2	STORM EN HAGEL, SNEEUW EN IJSDRUK	21
4.3	WATERSCHADE	21
4.4	GLASBREUK	21
4.5	BURGERLIJKE AANSPRAKELIJKHEID GEBOUW.....	22
4.6	DIEFSTAL	22
4.7	NATUURRAMPEN.....	22
4.8	ONRECHTSTREEKSE VERLIEZEN.....	23
4.9	BEDRIJFSSCHADE	23
4.10	VERHAAL VAN DERDEN	24
4.11	AANSPRAKELIJKHEID HUURDER EN EIGENAAR.....	24
4.11.1	<i>De contractuele aansprakelijkheid van de huurder.....</i>	25
4.11.2	<i>Extracontractuele aansprakelijkheid van de huurder.....</i>	28
4.11.3	<i>Aansprakelijkheid van de eigenaar t.o.v.de huurder.</i>	29
4.11.4	<i>Welke zijn de risico's voor de huurder bij verhaalsafstand?</i>	30
4.11.5	<i>Verfraaiingen door de huurder aangebracht.....</i>	32
4.12	BEPALING VAN DE VERZEKERDE BEDRAGEN (EVENREDIGHEID, RASTER, EERSTE RISICO)	33
4.13	WINBUILDING+ VOOR FLATGEBOUWEN	34
4.14	ONDSCHIED TUSSEN EENVOUDIGE RISICO'S EN SPECIALE RISICO'S	35
4.15	SCHADEREGELING	35
5	VERZEKERINGEN BURGERLIJKE AANSPRAKELIJKHEID	36

5.1	DE MORELE AANSPRAKELIJKHEID	36
5.2	EXTRACONTRACTUELE AANSPRAKELIJKHEID (ART 1382 B.W. EN VOLGENDE)	36
5.3	CONTRACTUELE AANSPRAKELIJKHEID	38
5.4	DE STRAFRECHTELIJKE AANSPRAKELIJKHEID	39
5.5	ARTIKEL 544 B.W.	40
5.6	OBJECTIEVE AANSPRAKELIJKHEID	41
5.7	B.A. PRIVÉ LEVEN - FAMILIALE	41
5.8	B.A. UITBATING, B.A. NA LEVERING, PRODUCTENAANSPRAKELIJKHEID, TOEVERTROUWD GOED	42
5.8.1	<i>B.A. uitbating</i>	42
5.8.2	<i>B.A. na levering</i>	43
5.8.3	<i>Productenaansprakelijkheid</i>	43
5.8.4	<i>Toevertrouwd goed</i>	44
5.9	B.A. VRIJWILLIGERS	45
5.10	B.A. BEROEP	45
5.11	OBJECTIEVE AANSPRAKELIJKHEID NA BRAND OF ONTPLOFFING	46
5.12	VERGOEDINGSREGELING VOOR MEDISCHE SCHADE	46
5.13	B.A. DIVERSEN	48
5.14	SCHADEREGELING	48
5.15	BEGRENZING VAN DE WAARBORG IN DE TIJD	48
5.16	INTERNATIONALE WAARBORG BEDRIJFSAANSPRAKELIJKHEID	50
5.16.1	<i>Noord Amerika</i>	50
5.16.2	<i>Nieuwe richtlijn: enkel schade bewijzen</i>	51
5.16.3	<i>Tariefelementen:</i>	51
5.16.4	<i>Recall en Product Integrity polissen</i>	51
6	DE LEVENSVZERZEKERING	53
6.1	DE PARTIJEN	53
6.2	DE ONBETWISTBAARHEID	54
6.3	OVERLIJDENSDEKKING	54
6.4	DE WAARBORG LEVEN	55
6.5	DE GEMENGDE FORMULES	56
6.6	TAK 21	56
6.7	TAK 23	57
6.8	DE GROEPSVERZEKERING	58
6.9	DE BEDRIJFSLEIDERVERZEKERING (BLV VERZEKERING)	60
6.10	VRIJ AANVULLEN PENSIOEN ZELFSTANDIGEN	61
6.11	DE INDIVIDUELE PENSIOENTOEZEGGING (IPT)	62
6.12	AANVULLENDE WAARBORGEN	63
6.13	FISCALITEIT	63
6.13.1	<i>Voorwaarden voor premievrijstelling binnen de personenbelasting</i>	63
6.13.2	<i>Beperkingen van de aftrekbare premies</i>	64
6.13.3	<i>Vereiste attesten</i>	64
6.13.4	<i>Gevolgen bij de uitbetaling</i>	64
6.13.5	<i>Specifieke situatie van de Groepsverzekering</i>	65
6.13.6	<i>Specifieke situatie van de Bedrijfsleiderverzekering</i>	66
6.14	DE 80% REGEL IN GROEPSVERZEKERING EN BLV (ART 59 EN ART 145,3 WIB)	67
6.15	ENKELE SPECIFIEKE SITUATIES (AFKOOP, PREMIEVRIJE WAARDE, STOPZETTING)	70
6.16	DE GEMENGDE 10/10 EN DE HYPOTHECAIRE LENING	70
6.17	HET BEDING TEN BEHOEVE VAN EEN DERDE	71
7	ARBEIDSONGEVALLEN	73
7.1	ARBEIDSONGEVAL	73
7.2	ARBEIDSWEGONGEVAL	74
7.3	GEWAARBORGD LOON	74
7.4	AARD VAN DE VERGOEDINGEN	75
7.5	PREMIEBEREKENING (PROVISIE, DEFINITIEVE PREMIE, EXCEDENT)	78
7.6	SCHADEREGELING: HOE EEN AANGIFTEFORMULIER INVULLEN?	78
7.7	HET FONDS VOOR ARBEIDSONGEVALLEN	79

7.8	DE POLIS HUISPERSONEEL	79
7.9	IMMUNITEIT.....	80
8	ONGEVALLLEN EN ZIEKTEVERZEKERING.....	82
8.1	PERSOONLIJKE ONGEVALLLEN	82
8.1.1	<i>Diverse soorten polissen</i>	82
8.1.2	<i>Definitie van het begrip 'ongeval'</i>	82
8.1.3	<i>Diverse waarborgen uit de polis</i>	83
8.2	ONGEVALLLENPOLIS BIJ AANKOOPOVEREENKOMST	84
8.3	ZIEKTEVERZEKERING	85
8.4	HOSPITALISATIEVERZEKERING	85
8.5	GEWAARBORGD INKOMEN.....	87
8.6	DE OMZETVERZEKERING	89
8.7	ZORGVERZEKERING.....	90
8.8	WET ZIEKTEVERZEKERING ART 138BIS	90
8.9	TRANSPORT EN TENTOONSTELLINGSRISICO'S.....	92
8.10	VERVOER VOOR EIGEN REKENING	92
8.11	VERVOER VOOR REKENING VAN DERDEN	92
8.12	VERVOERDE GOEDEREN	93
8.13	ZEEVAARTPOLIS VAN ANTWERPEN	94
8.14	TENTOONSTELLINGSRISICO'S.....	94
9	TECHNISCHE VERZEKERINGEN.....	95
9.1	MACHINEBREUK.....	95
9.2	BEDRIJFSCHADEVERZEKERING (NA MACHINEBREUK).....	95
9.3	ALLE RISICO'S ELEKTRONICA.....	95
9.4	ALLE BOUWPLAATSRISICO'S (ABR POLIS)	96
9.5	MONTAGE EN -PROEVEN.....	97
9.6	GARANTIEVERZEKERING	98
9.7	ALLE RISICO'S DIVERSE.....	98
10	KREDIETVERZEKERING.....	99
10.1	KREDIETVERZEKERING.....	99
10.2	BORGSTELLING.....	99
11	DIVERSE VERZEKERINGEN.....	100
11.1	REISVERZEKERINGEN, BAGAGEVERZEKERINGEN, ANNULATIEVERZEKERINGEN	100
11.2	BIJSTANDSVERZEKERINGEN	100
11.3	DIVERSE GELDELIJKE VERLIEZEN	101
11.4	HAGELVERZEKERING (OOGSTEN)	101
11.5	DIERENSTERFTE	101
11.6	SPORT EN VERENIGINGSLEVEN	102
11.7	PLEZIERVAARTUIGEN	102
12	TERRORISME.....	103

INLEIDING

Verzekeringen vinden hun oorsprong in de behoefte van de mens om veiligheid op te zoeken. Zelfs bij de meest primitieve mensen bestond reeds deze behoefte aan veiligheid, het zich beschermd voelen is immers één van de basisbehoeften van de mens.

Het is echter pas aan het begin van de Westerse beschaving (omstreeks 1000 voor Christus) dat deze veiligheidsbehoefte niet alleen opgevangen werd door de helpende hand van de overige stam of familieleden maar dat er een begin terug te vinden is van een soort risico-overdracht met schriftelijke verbintenissen.

Vanaf de zeventiende eeuw ontstaat voor het eerst een vorm van wetenschappelijke benadering van risico-overdracht. Voor het eerst worden de kansberekeningen toegepast. Wiskundigen berekenen de kans op vervroegd overlijden, wat als een voorloper van een premie levensverzekering kan genoemd worden.

Ook op het gebied van brandverzekeringen ontstaat een vorm van solidariteit vanaf de late Middeleeuwen. Vooral na de immense brand van Londen (1666) ontstaat nogal snel de organisatie van een soort brandverzekering.

Vanaf de achttiende eeuw worden verschillende verzekeringsmaatschappijen gesticht. Het is ook in deze tijd dat de befaamde Lloyds of London ontstaat. Met de stijgende industrialisering wordt meer en meer aandacht besteed aan het risico van de lichamelijke ongevallen. De ongevallenpolis was in het begin een soort reisverzekering, later werd de ongevallenverzekering afgesloten door de werkgevers.

In onze huidige maatschappij zijn de verzekeringen niet meer weg te denken. Verzekeringen zijn dermate noodzakelijk geworden dat de overheden van diverse landen sommige verzekeringen verplicht hebben gesteld. Verzekeringen dragen op een essentiële manier bij om de economie en de welvaart in stand te houden. In de landen waar de verzekeringsactiviteit ontbreekt of beperkt is heeft dit enorme gevolgen voor de economie en de welvaart van de bevolking.

Devlamynck Luc

1 HET VERZEKERINGSPRINCIPE.

Verzekeringen hebben te maken met een overdracht van een risico.

Tegen wel bepaalde voorwaarden is een contracterende partij bereid om de risico's van een andere partij over te nemen. Deze risico-overdracht verloopt dan meestal onder de vorm van een financiële vergoeding die uitbetaald wordt wanneer het overeengekomen risico zich voordoet.

Om deze overdracht echter haalbaar te maken zijn een aantal belangrijke elementen noodzakelijk:

- De overnemer moet voldoende financiële middelen hebben om het overgenomen risico te kunnen dragen.
- Er moet een zekere, geschreven verbintenis opgesteld worden.
- Het voorvallen van het risico mag niet op voorhand vaststaan, het moet om een onzekere gebeurtenis gaan die zich mogelijk kan voordoen.

Om de overdracht van risico's ook commercieel haalbaar te maken is het bovendien noodzakelijk dat er een zekere solidariteit ontstaat tussen diegenen die hun risico's willen laten overdragen.

Hoe zwaarder het risico, des te meer zal het noodzakelijk worden om voldoende financiële middelen te verzamelen om het risico te kunnen dragen om het verzekeraar te maken. Hoe groter de groep van premiebetalers, des te beter kan een risico verzekerd worden. Dit wordt vaak 'de wet van de grote aantallen' genoemd.

Verzekeringscontracten zijn kanscontracten. Er moet een berekenbare kans bestaan dat het risico zich niet zal voordoen. Wanneer er absolute zekerheid is dat het risico zich zal voordoen, verdwijnt de verzekeraarheid .

Helaas zijn niet alle risico's verzekeraar.

1.1 DE WET OP DE VERZEKERINGSDISTRIBUTIE.

Wet van 27-03-1995: Wet betreffende de verzekeringsbemiddeling en de distributie van verzekeringen.

Deze wet, ook genaamd de wet Cauwenberghs, naar de naam van zijn architect, heeft tot doel de verzekerden te beschermen. De wet regelt de volledige distributie van verzekeringen en de voorwaarden om tot het beroep van verzekeringstussenpersoon te kunnen toetreden. In een latere fase werden ook meerdere regels toegevoegd als voorwaarden om in het beroep actief te kunnen blijven, oa de verplichting tot bijscholing.

De overheidsdienst FSMA (vorige naam CBFA) is belast met de registratie van iedere persoon die actief is in de distributie van verzekeringen. Hiertoe werden vier registers ontworpen:

- A. Het register van verzekeringsmakelaars.
- B. Het register van de afhankelijke tussenpersonen.
- C. Het register van de personen die als onderagent werken van één van de hierboven vermelde tussenpersonen.
- D. Een vierde categorie van tussenpersonen, actief in nog andere distributievormen (momenteel nog niet ingevuld, de wetgever wou blijkbaar voorzien zijn tegen het opduiken van nieuwe distributievormen...)

Ook heeft de wet de opleidingsvoorwaarden vastgelegd voor wie zich wenst te vestigen als verzekeringstussenpersoon, voor de personen die op een verkooppunt VVD'er zijn (verantwoordelijke voor de distributie) en ook de opleidingsvoorwaarden voor de personeelsleden die in contact komen met het publiek met het oog op de distributie van verzekeringen. Vanaf 2011 zal de wetgeving evolueren van een opleidingsverplichting tot een kennisverplichting. Een toegang tot het beroep verzekeringstussenpersoon zal afhankelijk gesteld worden van het slagen in een centraal examen. (met een uitzondering voor de gespecialiseerde bachelor opleiding verzekeringen en de master diploma's; persoonlijk heb ik de toelating tot het beroep omwille van eender welk master diploma altijd sterk in vraag gesteld)

Sedert 1998 zijn alle personen actief in de distributie van verzekeringen geregistreerd zijn en wordt deze lijst gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad. De lijst kan geraadpleegd worden op de website van de controledienst FSMA.

Sedert 01 01 2009 werd aan de tussenpersonen inzake verzekeringen een verplichte bijscholing opgelegd. fsma zal deze verplichte bijscholing controleren. Per drie jaar dient elke VVD'er en zelfstandige tussenpersoon een totaal van 30 opleidingspunten te verzamelen. 1 opleidingspunt staat van 1 lesuur aan bijscholing. Wie tevens actief is als bankagent dient ook voor deze activiteit in totaal 30 punten te behalen voer dezelfde drie jaar. Wie de opleidingspunten niet behaald kan de toegang tot het beroep ontzegd worden.

DE CONTROLE WETGEVING (WET VAN 09-07-1975)

Deze wet is van toepassing op de Belgische en buitenlandse ondernemingen die hier in België op de verzekeringsmarkt actief willen zijn.

De wet heeft tot bedoeling de verzekerden te beschermen, en om die reden bevat de wet dan ook een aantal regels waaraan de verzekeringsondernemingen moeten voldoen.

Om als onderneming actief verzekeringscontracten af te sluiten in België is een machtiging vereist. De lijst van de toegelaten ondernemingen wordt elk jaar in het Staatsblad gepubliceerd.

Verder regelt deze wet ook de controle van de verzekeringsondernemingen.

Organisme dat met deze controle belast is noemt: FSMA (Autoriteit voor Financiële Diensten en Markten).

De FSMA heeft zéér ruime bevoegdheden en staat ook in voor o.a. toezicht op naleving van de wet op de landverzekeringsovereenkomst en toezicht op de toepassing van de wet op de verzekeringsdistributie. FSMA is het hoogste organisme op het gebied van verzekeringen in ons land. Het is sedert 2004 een fusie van de vroege Controledienst voor Verzekeren en de vroegere Controledienst van het Bankwezen, per 01 04 2011 veranderde de naam CBFA in de engelse afkorting FSMA (*Autoriteit voor Financiële Diensten en Markten*)

De controlewetgeving bevat verder een reeks van voorwaarden waaraan maatschappijen moeten voldoen zowel op het gebied van activiteiten, belegging van reserves, toepassing van tarieven, voorwaarden om bepaalde activiteiten uit te voeren enz. Tot zelfs de modaliteiten onder welke een verzekeringsonderneming tot vereffening kan overgaan is geregeld via deze wetgeving.

De FSMA huisvest ook de 'Commissie voor Verzekeringen' in het leven. Deze instelling heeft een sterke adviesfunctie en werd in het leven geroepen om overleg te plegen onder de diverse partijen die betrokken zijn bij verzekeringen. De commissie voor verzekeringen wordt bemand door vertegenwoordigers van verzekeringsmaatschappijen, tussenpersonen, consumenten, vakbonden, ondernemingen, ministeries van economie en financiën, experts enz.

De controlewetgeving voorziet een indeling van de diverse risico's en groepen. Zo zijn er onderverdelingen in tak BOAR (brand, ongevallen, allerlei risico's) en tak Leven. In deze cursus werd de indeling van de verschillende hoofdstukken gedeeltelijk geïnspireerd door de indeling gebruikt bij de Controlewetgeving.

Voor bijkomende informatie over de controledienst zie:

zie www.fsma.be

In België is er tevens een onafhankelijke ombudsdienst inzake verzekeringen. Deze dienst onderzoekt de geschillen die ontstaan tussen de consument en de Belgische verzekeringsondernemingen of de tussenpersonen in verzekeringen of de databank Datassur. Op de website www.ombudsman.as kan u bovendien een uitgebreide reeks van F A Q raadplegen. Deze kunnen vaak een eerste antwoord bieden. Via dezelfde website kan on- line een klacht geformuleerd worden.

1.2 DE WET OP DE LANDVERZEKERINGSOVEREENKOMST.

Wet van 25 - 06 - 1992 en wijzigende wet van 16 - 03 – 1994 en latere wijzigingen

Tekst van de wet in bijlage.

Deze wet is de eerste opvolging van de oude wet van 11 juni 1874.

In bepaalde gevallen vervangt de wet op de landverzekeringsovereenkomst volledig de oude wet. De oude wet blijft echter bestaan voor die domeinen waar de nieuwe wet niet van toepassing is (bv zeevaart, luchtvaart...) Bovendien vindt de nieuwe wet zijn toepassingsgebied zowel in de bestaande polissen als in alle nieuwe polissen.

De wet is volledig vernieuwend.

Waar de oude wet in een liberale tijdgeest een zeer flexibele wet was, die menige afwijking mogelijk maakte is de nieuwe wet veeleer gekenmerkt door het besef dat de consument bescherming nodig heeft. De bepalingen van de nieuwe wet zijn dan ook van dwingend recht, zodat er contractueel niet kan van afgeweken worden; enkel die artikels die duidelijk maken dat zij een afwijking toestaan vallen niet onder dit principe. Hiermee streeft de nieuwe wet naar een beter evenwicht tussen verzekeraar en verzekerde, daar waar de oude wet eerder de verzekering als een toetredingskontraakt omschreef met een eerder stiefmoederlijke behandeling van de verzekerde.

Deze wet bevat drie belangrijke kenmerken:

1. Enkele opvallende vernieuwingen uit de nieuwe wet zij o.a.:

Een veel genuanceerder en consumentvriendelijker benadering van de eventuele tekortkomingen van de verzekerde (vroeger nietigheid van het contract). (art. 5 - 7 en 26)

De beperkingen van art 1 en 16 van de wet van 1874 worden afgeschaft in art 39 van de wet.

Expliciet recht op premievermindering bij effectieve vermindering van het risico.(art 25)

De verplichte definitie van de zware fouten die de verzekeraar wil uitsluiten.(art 8)

De verplichte dekking van het risico zelfmoord in de levensverzekeringen.(art 101)

De algemene jaarlijkse opzegbaarheid van de polissen.(art 30)

Het wederzijdse opzegrecht van maatschappij en van verzekerde bij schade.(art 31)

De duidelijke bepalingen inzake de verjaringstermijnen; (art 34 en 35)

De afschaffing van het verplichte scheidsrechtsgeding. (art 36)

Een hele reeks consumentvriendelijke bepalingen bij de aansprakelijkheidsverzekeringen, bij de levensverzekeringen, e.a.

per 17 09 2005 werd de wet uitgebreid met de regeling inzake natuurrampen. Art 68-1 tot 68-10 gaat over de minimum waarborgen max uitsluitingen en andere zaken rond de verplichte waarborg natuurrampen in de brandpolissen eenvoudige risico's.

per 20 07 2007 kwam er een belangrijke uitbreiding rond de ziekteverzekering. Art 138-bis1 tot art138bis-9 regelt meerdere aspecten van de ziekte en ongevallenverzekering. Een individuele polis wordt verondersteld levenslang te zijn. Er is een recht op verzekering voor mensen met chronische ziekte of handicap (met uitzondering voor de bestaande toestand). Er is een recht op individuele verderzetting van een collectief contract, en dit zonder nieuwe medische formaliteiten, zowel voor de verzekerde personeelsleden als voor de aangesloten gezinsleden.

De werkgever wordt verplicht om zijn werknemers in te lichten over de mogelijkheid tot prefinanciering van de premie voor de individueel verder te zetten polis.

De wet voorziet een controle op de prijsstijging van de polissen.

2. De wet bevestigt een aantal zaken.

Diverse zaken die in de praktijk gegroeid waren zowel in de contracten als in de rechtspraak worden door de nieuwe wet bevestigd.

Dit is onder meer het geval in art 4 waar verzekeringsvoorstel, verzekeringsaanvraag en voorafgetekende polis ter sprake komen.

Ook de bevrijdende betaling aan een tussenpersoon wordt wettelijk geregeld. (art 13)

De problematiek inzake niet-betaling van premie wordt bevestigd in art 14 tot 17.

Het indemnitaire karakter van een schadeverzekering (art 37) en het persoonlijk en geoorloofde belang van de sommenverzekering (art 48)

Art 19 en 20 handelen over de meldingsplicht en de andere verplichtingen van de verzekerde bij schadegeval. Ook hier voorziet de nieuwe wet een consolidatie van de bestaande praktijk.

3. De nieuwe wet verduidelijkt een groot aantal zaken.

De oude wet was in vergelijking met de nieuwe wet (wat het aantal regels tekst en artikels betreft) een zéér korte wet. De oude wet werd dan ook gekenmerkt door een grote flexibiliteit, die weliswaar zelden in het voordeel van de verzekerde toegepast werd. De oude wet voorzag over bepaalde verzekeringen zeer weinig tot niets. Inzake rechtsbijstand is bv in de oude wet niets terug te vinden, de levensverzekeringen kennen hooguit 3 artikelen in de oude wet.

In de loop der jaren werd het probleem van de oude wet opgevangen door diverse Koninklijke Besluiten (KB privé leven van 12-01-1984, KB Brand van 01-02-1988, KB rechtsbijstand van 12-10-1990 enz)

De nieuwe wet heeft voor zowat alle verzekeringstakken specifieke bepalingen voorzien.

Zo zijn er de bepalingen rond onder andere

- de brandverzekering,
- de oogstverzekering,
- de kredietverzekering.
- de aansprakelijkheidsverzekering.

De aansprakelijkheidsverzekeringen werden grondig uitgediept. In die mate zelfs dat met inlassing van de posterioriteitsdekking een ganse controverse rond onverzekerbaarheid van bepaalde risico's ontstond. Hierop bracht de wet van 16 maart 1994 dan weer enige verduidelijking.

Het verhaalrecht van de verzekeraar (de subrogatie) is specifiek geregeld in de nieuwe wet evenals de rechten van de verzekerde (art 41 en art 49)

De vrije beschikking over de vergoeding en het eigen recht van de benadeelde op de verzekeraar in de BA verzekeringen zijn specifiek vermeld in de nieuwe wet (art 83 en art 86) Vooral bij de schaderegeling in de autoverzekeringen hebben deze artikels grote invloed.

Op het gebied van de rechtsbijstandverzekering wordt de vrije keuze van advocaat en de objectiviteitsclausule gespecificeerd (art 90 tot 93)

De nieuwe wet bevat ook een groot aantal verduidelijkingen rond levensverzekeringen en personenverzekeringen, (ook o.a. rond de hospitalisatie, ongevallen en invaliditeitsverzekeringen)

Ten slotte zijn er nog enkele bepalingen op het gebied van het huwelijksvermogensrecht.

Volledige tekst van de landwet bevindt zich in de bijlagen.

1.3 DE WET VAN 11 JUNI 1874

Deze wet is nog steeds van toepassing in die gevallen waar de wet op de landverzekeringsovereenkomst niet van toepassing is. (denk bv aan het vervoer in de lucht of over de zee...)

In bijlage van deze cursus vindt u de tekst van de betrokken wet (Samen met de wet op de landsverzekering en de wet op de verzekeringsdistributie)

Deze wet van 1874 kent echter geen officiële Nederlandstalige versie. De tekst is dus een vertaling van de destijds in het Frans verschenen wet.

Deze wet is zeer liberaal van aard en liet zeer veel contractuele vrijheid toe. Aangezien verzekeringspolissen echter doorgaans een toetredingscontract zijn betekende dit dat vooral aan de zijde van de verzekeringsmaatschappijen er veel vrijheid was, minder langs de zijde van de verzekeringsnemer. Dit is tevens een van de redenen waarom de wetgever het nodig vond om met de nieuwe wet van 1992 meer consumentbescherming te bieden.

Bovendien bevat de oude wet over een aantal verzekeringstakken geen enkel artikel. De verzekering rechtsbijstand komt in de oude wet nergens voor. De levensverzekering wordt zeer summier beschreven.

2 DE AUTOVERZEKERING

2.1 DE VERPLICHTE DEKKING BURGERLIJKE AANSPRAKELIJKHEID

2.1.1 Een beetje geschiedenis

Het fenomeen auto is amper een eeuw oud en toch heeft deze mobiliteitsvorm al enorm veel verschuivingen teweeggebracht in onze maatschappij. Betreffende de aansprakelijkheid van de bestuurder van een auto kan verwezen worden naar verschillende wetteksten. In het ene geval betreft het de extracontractuele aansprakelijkheid, in het andere geval de contractuele. Het is vooral de onzekerheid voor de vergoeding van de slachtoffers en de ongelijkheid tussen het voertuig en de voetganger die de wetgever tot veelvuldige initiatieven heeft aangezet. De verplichte autoverzekering is er echter pas in 1956 gekomen.

2.1.2 De toegepaste wetgeving.

De wet van 1 juli 1956 (W.A.M.) is ongetwijfeld de basis voor de autoverzekering. Enkele belangrijke wijzigingen kwamen recentelijk o.a. met de wet van 21 november 1989 en sedert 01 januari 1995 met de automatische vergoedingsplicht van de autoverzekeraar tegenover de zwakke weggebruikers.

Met de wet van 12 01 2007 werden de onbeperkte vergoedingen voor stoffelijke schade beperkt tot 100.000.000€ Voor de schade door brand en ontploffing is de schade vergoeding ook begrensd tot 100.000.000€per schadegeval. (dit was tot voor 2007 slechts 1.250.000€). De vergoeding voor lichamelijk letsel is onbeperkt.

2.1.3 De modelpolis B.A. auto als vertaling van de wet.

Deze modelpolis is een standaard geworden die door alle B.A. autoverzekeraars wordt overgenomen. Inzake algemene voorwaarden B.A. Auto zijn er dus zéér weinig verschillen tussen de verzekeraars.

Bepaalde artikels van de modelpolis worden altijd letterlijk overgenomen, inzake regeling van de lichamelijke letsels voor passagiers zijn al eens verschillen geweest, maar ook inzake definitie van het verhaalrecht en de zware fouten.

Tot maart 2007 verzekerde de BA auto in België met onbeperkte bedragen. België en Luxemburg waren de laatste landen met een volledig onbeperkte dekking voor zowel stoffelijke als lichamelijke schade. Enkel de schade aan de kledij van de vervoerde personen was beperkt (2.478,94euro per persoon).

De onbeperkte dekking bij stoffelijke schade werd op 17 maart 2007 (staatsblad 07 03 2007, wet van 12 01 2007) aangepast tot een minimum van 100 miljoen euro aan stoffelijke schade en een onbeperkte waarborg voor lichamelijke schade. Ook de dekking lichamelijke schade zal via KB kunnen beperkt worden tot een minimum bedrag. Tot op heden is dit nog niet het geval. Er is voorzien dat de minimum bedragen vijfjaarlijks zullen geïndexeerd worden. De eerste indexatie gebeurt 01 01

2011. (basisindex is deze van december 2005; basis 1997= 100)

2.1.4 De zwakke weggebruikers

Artikel 29bis van de WAM (wettelijke aansprakelijkheid motorrijtuigen) voorziet een automatische vergoedingsplicht voor de zwakke weggebruikers.

Deze bescherming werd in 2001 nog extra uitgebreid. Zowel wanneer een motorvoertuig of een spoorvoertuig (tram, trein) betrokken is bij een verkeersongeval moet de zwakke weggebruiker vergoed worden.

De vergoeding was aanvankelijk enkel voorzien voor de lichamelijke letsels, maar werd in 2001 ook uitgebreid tot de kledijschade die in verband staat met de veroorzaakte letsels en de prothesen (bv bril, hoorapparaat, rolwagen en zelfs een blinde geleidehond)

In de eerste fase werd de onverschoonbare fout gedefinieerd. In de versie van 2001 is de zwakke weggebruiker die ouder is dan 14 jaar en die het ongeval en zijn gevolgen gewild heeft de enige die nog uitgesloten blijft van vergoeding. Praktisch komt dit er op neer dat slachtoffers van een zelfmoordpoging zullen uitgesloten blijven. Het blijft het oordeel van de rechter of een persoon het schadegeval al dan niet gewild heeft. De wet voorziet geen definitie van wat bedoeld wordt met 'de persoon die het schadegeval gewild heeft'.

De regeling van de schade bij een zwakke weggebruiker staat volledig los van de al dan niet aansprakelijkheid van de betrokken bestuurder. De autoverzekeraar die de schade moet vergoeden (zonder dat de bestuurder van het voertuig een fout heeft begaan) kan dan ook geen malus toepassen in zijn polis.

De betrokkenheid van een voertuig dat onderworpen is aan de WAM (of een spoorvoertuig) staat centraal als voorwaarde voor de regeling. Van zodra een voertuig betrokken is bij de kwetsuren van de zwakke weggebruiker ontstaat er voor de verzekeraar een betaalplicht. Alhoewel de wet geen definitie voorziet van betrokkenheid kan er toch gesteld worden dat zodra het voertuig een rol speelt in het verkeersongeval dat er dan kan gesproken worden van betrokkenheid. Een voertuig zou dan niet betrokken zijn als het geen invloed had op het ontstaan van het ongeval. Met andere woorden als zonder het voertuig het ongeval en de gevolgen niet anders zou geweest zijn dan zou je kunnen stellen dat het voertuig niet betrokken was. Enkel in dat geval moet de polis niet tussenkomen voor de zwakke weggebruiker.

Enkele voorbeelden van tussenkomst voor zwakke weggebruikers:

Een meisje raakt gewond door een verloren kogel. De kogel doorboort de auto en raakt de ruggegraat van het meisje.

Een man verlaat in 'gezegende' toestand zijn stamcafé. Hij steekt tussen 2 geparkeerde wagens onmiddellijk de straat over.

Een trein rijdt over een wissel. Een passagier raakt gekwetst omdat die door een medereiziger weggeduwd wordt.

2.2 DE ANDERE WAARBORGEN.

Naast de verplichte verzekering die de Burgerlijke Aansprakelijkheid verzekert zijn er nog diverse andere risico's die kunnen verzekerd worden in een autopolis. Enkele van de meest voorkomende worden hier opgesomd.

2.2.1 De waarborg eigen schade

Bij deze polis vergoedt de verzekeraar de eigen schade aan de wagen van de verzekerde, los van het aansprakelijkheidsprincipe. Dus ook wanneer de verzekerde aansprakelijk is voor de schade van de tegenpartij zal zijn verzekeraar eigen schade de betaling voorzien van de schade aan de wagen van verzekerde. Wanneer er geen tegenpartij kan gevonden worden is deze waarborg des te nuttiger voor de verzekerde.

2.2.2 De waarborg diefstal

Hier wordt zowel de schade aangebracht door de dieven als de volledige diefstal van het verzekerde voertuig ten laste genomen door de verzekeraar. Meestal is een clause voorzien dat bij volledige diefstal betaling gebeurt 30 dagen na de (volledige) diefstal van de wagen. Wanneer binnen deze 30 dagen de wagen eventueel zou terug gevonden worden betaalt de verzekeraar de herstellkosten van de aangebrachte schade tijdens de diefstal.

2.2.3 De waarborg brand

Deze waarborg betaalt de brandschade aan de wagen zowel wanneer dit onderweg gebeurt, als wanneer het verzekerde voertuig in stilstand (in een garage bv) zou beschadigd worden door brand. Ook voorziet de waarborg brand tussenkomst bij kortsluitingen in de elektrische leidingen met brand tot gevolg.

2.2.4 De volledige 'Omnium'

Deze polis bevat alle waarborgen (eigen schade, glasbreuk, brand, diefstal...) De vergoeding bij totaal verlies van een voertuig wordt onder verschillende vormen verzekerd:

aangenomen waarde

(het voertuig wordt een aantal maanden aan 100% verzekerd bij totaal verlies)

geherwaardeerde aangenomen waarde

(boven de 100% van een aangenomen waarde kan nog tot 10% bijbetaald worden om de prijsstijging op te vangen)

werkelijke waarde

(bij totaal verlies van het voertuig wordt aan de expert gevraagd om de waarde voor ongeval te berekenen)

Het zijn telkens verschillende vormen voor berekening van de vergoeding voor het totaal verlies van de verzekerde wagen. Zo kan de vergoeding voor totaal verlies

berekend worden op de werkelijke waarde van de wagen juist voor ongeval aan de hand van een expertiseverslag. Maar het is ook mogelijk dat de maatschappij in haar polis laten bepalen dat de vergoeding 100% van de cataloguswaarde zal blijven indien gedurende de eerste 30 maanden de wagen totaal verloren zou verklaard worden door de expert. Uiteraard is er tussen deze verschillende vergoedingsvormen ook een premieverschil voor de waarborg in kwestie.

2.2.5 De beperkte 'Omnium'

Deze waarborg kan bv beperkt zijn tot brand, diefstal, glasbreuk en natuurrampen. Vele combinaties zijn echter mogelijk. Er bestaan bovendien veel verschillen in de combinaties van de diverse maatschappijen. Inzake vergoeding bij totaal verlies bestaan gelijkaardige formules als bij de volledige omnium.

2.2.6 De bijstandsverlening

Meer en meer beperken verzekeraars zich niet alleen meer tot het terug betalen van de geleden schade. Door de bijstandsverlening wordt daadwerkelijk en onmiddellijke hulp bij een schadegeval verleend. Dit kan bestaan in het regelen van de takeldienst, het terugvoeren van de passagiers, het ter beschikking stellen van een vervangwagen enz.

2.2.7 De verzekering voor inzittenden en bestuurder

Hier wordt de vergoeding van de kwetsuren en medische kosten voorzien van de verzekerde bestuurder of de verzekerde passagiers. Binnen het huidige modelcontract zijn de passagiers als zwakke weggebruikers beschouwd, waardoor ze bijna altijd vergoed worden voor hun medische kosten en lichamelijke letsel (uitzondering bij een onverschoonbare fout) De bestuurder heeft echter geen recht op deze waarborg. Hij dient zijn schade in te vorderen op de eventueel aansprakelijke tegenpartij. De polis voor bestuurder of inzittende regelt de verzekerde kosten zonder rekening te houden met de aansprakelijkheidsproblematiek.

2.2.8 De zwakke weggebruikers

Zie afdeling verplichte verzekering

2.3 SCHADEREGELING

2.3.1 Verschil tussen regeling in BA en regeling in andere waarborgen.

Essentieel in de waarborg B.A. is dat de verzekeraar niet overgaat tot vergoeding van de eigen schade van de verzekerde, maar dat de verzekeraar weerstaat aan de schade-eis van een tegenpartij en overgaat tot betaling van de schade van deze tegenpartij wanneer blijkt dat de aansprakelijkheid van de verzekerde betrokken is.

De aard van de schade bij tegenpartij kan van zéér uiteenlopende aard zijn (lichamelijk, stoffelijk, immateriële, winstderving...). De Belgische autopolisissen hebben in tegenstelling tot de polisissen van vele andere landen een onbeperkte waarborg!

Bij eigenschade verzekeringen is het de eigen verzekeraar die overgaat tot de vergoeding van de schade van de verzekerde. Deze vergoeding verloopt uiteraard binnen de beperkingen van het afgesloten contract. (vrijstelling, uitsluitingen, verzekerd bedrag, berekeningswijze...)

2.3.2 R.D.R. en andere conventies

R.D.R..

In uitzondering van wat hierboven beschreven staat, gebeurt het als eens dat de eigen directe autoverzekeraar de stoffelijke schade aan de wagen van de verzekerde zelf uitbetaalt. Dit gebeurt dan binnen een overeenkomst die tussen de meeste autoverzekeraars werd afgesloten. De Directe Regeling of Reglement Directe bepaalt de voorwaarden waaronder de eigen verzekeraar de schade mag uitbetalen aan zijn eigen verzekerde, dit gebeurt dan bij wijze van spreken voor rekening van de verzekeraar van de aansprakelijke tegenpartij.

EXPERTISECONVENTIE

Deze overeenkomst maakt deel uit van de RDR conventie. Hierin wordt de werkwijze beschreven van de schatting van de voertuigschade door de directe verzekeraar in plaats van door de verzekeraar van de tegenpartij. Deze conventie biedt het voordeel dat bij een auto-ongeval niet moet gewacht worden op tegenpartij om tot expertise van de schade over te gaan. Wel moet het ongeval en de schade aan bepaalde voorwaarden voldoen.

V.V.L.L. en M.O.V.R.

Deze woorden zijn de afkorting van Versnelde Vergoeding Voor Lichamelijke Letsels en Multilaterale Overeenkomst van Voorlopige Regeling. Deze twee conventies bestonden vroeger afzonderlijk maar werden samengevoegd sedert 01-01-1990. Er wordt in de M.O.V.R. gestreefd naar een snellere vergoeding voor de onschuldige slachtoffers, de buitenstaanders in een verkeersongeval. (bv de geparkeerde wagen die aangereden wordt na een botsing tussen twee andere wagens die elkanders aansprakelijkheid betwisten)

Omdat ons rechtssysteem gebaseerd is op het aansprakelijkheidsprincipe dienden veel slachtoffers eindeloos te wachten tot bewezen was wie nu de ware aansprakelijke tegenpartij was. Via deze conventie worden de slachtoffers (voorlopig) vergoed, voordat er duidelijkheid is over de ware aansprakelijkheid.

In de vergoeding voor lichamelijke letsels worden ook afspraken vastgelegd zodat

de slachtoffers kunnen vergoed worden zonder dat de discussies inzake aansprakelijkheid opgelost zijn.

Niet alle maatschappijen treden echter tot alle conventies toe...

2.3.3 Het Europees Aanrijdingformulier

Om de aangifte van een verkeersongeval te vereenvoudigen werd dit formulier opgesteld. Het is geen verplicht boorddocument maar het kan een eenvoudig ongeval een snelle oplossing bieden. Het formulier stelt de betrokken partijen van een ongeval in staat om hun versie van de feiten mee te delen aan hun verzekeraar. Indien beide partijen een zelfde formulier ondertekenen heeft de verzekeraar de kans om zich zéér snel een oordeel te vormen over de feiten. De verzekeraar kan dan sneller een beslissing nemen voor de regeling van de schade. Al te vaak wordt gedacht dat de verbalisatie van een ongeval een snelle oplossing kan bieden, niets is immers minder waar. Vooral als men bedenkt dat een proces-verbaal pas na een jaar door het Parket vrijgegeven worden...

3 RECHTSBIJSTAND

Dit soort van verzekering is pas na de eerste wereldoorlog ontstaan, en dankt zijn ontstaan aan het populair worden van de auto (verzekering). De verspreiding van deze polissen heeft de toegang tot de rechtbanken zeker verbeterd. Sinds de wet op de landverzekering heeft dit soort polissen een duidelijke omlijning op het gebied van toepassingsgebied, vrije keuze van raadslieden en recht van de verzekeraar om de dekking te weigeren (objectiviteitclausule). De betrokken artikels zijn 90,91,92 en 93.

De taak van een verzekeraar rechtsbijstand beperkt zich echter niet tot betaling van de erelonen van een advocaat. De meerwaarde komt vooral voort uit de deskundigheid waarmee een conflict in der minne kan opgelost worden. Veel verzekeraars rechtsbijstand kunnen er fier op zijn dat 70% tot 80% van hun dossiers minnelijk geregeld worden.

De gespecialiseerde verzekeraars brengen steeds ruimere waarborgen op de markt. Voor de particulier zijn er reeds verschillende 'All-Risk' polissen op de markt. De verzekeraar biedt een volledige waarborg aan en somt enkel zijn uitsluitingen op. De diverse terreinen waarop deze verzekering actief is worden hieronder vermeld.

3.1 VOERTUIG

De waarborg rechtsbijstand voertuig was aanvankelijk niet meer dan een aanhangseltje van de polis B.A. Auto. In die zin werd destijds deze waarborg de titel van Bijzondere Tegenverzekering gegeven. De verzekering rechtsbijstand voertuig of nog meer de uitgebreide waarborg rechtsbijstand verkeer is een afzonderlijke polis waardig en is meer dan een louter aanhangsel van een BA polis.

Bovendien zijn de waarborgen van een afzonderlijke polis doorgaans veel uitgebreider dan het terrein van de autoverzekering zelf. De tussenkomst van de polis auto is beperkt tot de ongevallen situaties met schade aan derden, de aan deze polis gekoppelde rechtsbijstand beperkt zijn terrein doorgaans ook tot enkel deze situaties.

De uitgebreide polissen komen ook tussen bij niet ongeval situaties: strafverdediging zonder ongeval, contractuele relatie met garage of carrosserie, problemen op het gebied van rijbewijs, conflicten met de autoverzekeraar, enz.

Het is ontegensprekelijk deze waarborg die de verzekerde moet kunnen aanspreken wanneer hij met volgende risico's wordt geconfronteerd:

- Invoering van schade bij de tegenpartij
- Belangenverdediging tegenover de BA verzekeraar
- Strafrechterlijke verdediging
- Discussie rond interpretatie van de polisvoorwaarden van de autoverzekering

3.2 PRIVÉ LEVEN

Deze waarborg wordt zeer dikwijls gekoppeld aan de polis BA privé leven, ook genoegzaam gekend als de familiale verzekering.

Een gespecialiseerde rechtsbijstandverzekeraar zal zijn waarborg niet beperken tot het domein van de extracontractuele domein, maar ook waarborg verlenen inzake:

Contracten (van alle aard, polissen inclusief)
 Consumentenrecht (problemen bij aankoop van goederen)
 Fiscale problematiek (tot en met juridische conflicten met de fiscus)
 Administratief en sociaal recht
 zelfs de problematiek van echtscheiding...

3.3 KB ONCKELINX

Onder bepaalde voorwaarden kan een polis rechtsbijstand privé-leven vrijgesteld worden van de verzekeringstaks van 9.25%. Het KB van 15 01 2007 somt de voorwaarden op waaraan een polis rechtsbijstand privé-leven moet voldoen.

Deze regeling zorgt ervoor dan er meer premie kan gebruikt worden, om de waarborgen uit te breiden.

Dit initiatief van de overheid zal er zeker voor zorgen dat deze polissen nog aantrekkelijker worden. Tevens worden bepaalde minimum voorwaarden voorzien. Bovendien zorgt deze polis rechtsbijstand er toch voor dat de toegankelijkheid tot het gerecht binnen het bereik van elke particulier ligt.

Maar net als in hun andere dossiers zal een gespecialiseerde verzekeraar vooral werk maken van het onderhandelen en het minnelijk oplossen van geschillen. De verzekeraar rechtsbijstand beschikt op dit vlak over een zeer uitgebreide know-how.

3.4 WONING

Hier wordt niet alleen bedoeld het invorderen van schade aan de woning van verzekerde maar ook bv: het aanstellen van een expert bij conflict met de brandverzekeraar, discussies inzake onteigeningen, discussies met het kadaster, plaatsbeschrijvingen voor de aanvang van grote wegenwerken enz.

Ook hier belangrijke verschillen tussen de waarborg rechtsbijstand die meegeleverd wordt in een brandpolis en de uitgebreide polissen die afzonderlijk bestaan.

In de uitgebreide polis wordt een waarborg aangeboden die veel ruimer is dan het terrein van de gewone brandverzekering. Hier is er ook waarborg voor:

Huurgeschillen
 Onteigeningsproblematiek
 Discussies bij afgrenzing van eigendom
 Conflict met elke verzekeraar (brand, all risk, diefstal, computerverzekering...)

3.5 BEROEP - BEDRIJFSLEVEN

Meer en meer zelfstandigen komen in conflict met hun klanten. Dit kan gaan van het invorderen van onbetaalde facturen tot het strafrechtelijk verdedigen voor de rechtbank of zelfs het verdedigen van burgerlijke belangen waar de BA verzekeraar een steek laat vallen. De rechtsbijstand beroep is de professionele tegenhanger van de rechtsbijstand privé-leven hierboven vermeld.

Deze polissen zijn sterk verschillend volgens de aard van het beroep of bedrijf dat verzekerd wordt.

De waarborg kan zich uitstrekken over de volgende terreinen:

Verkeer (alle vormen ; auto, vrachtwagen, tweewieler, voetganger, openbaar vervoer)

Patrimonium

Relatie met personeel

Conflicten met derden of met leveranciers

Tussenkost naar slechte debiteuren

Strafverdediging

De tariefstructuur voor deze polissen is iets complexer, vooral voor de grote bedrijven.

Voor de KMO bestaan er doorgaans standaardvoorwaarden en tarieven.

3.6 SCHADEREGELING

Het is gebruikelijk dat de rechtsbijstandverzekeraar met de middelen en de know-how van zijn eigen personeel steeds zal streven naar een minnelijke oplossing van een probleem. Pas in laatste instantie zal overgegaan worden tot aanstelling van een advocaat om alle overblijvende rechtsmiddelen aan te wenden. Bij tussenkost van een advocaat geniet de verzekerde altijd de vrije keuze, en kan de verzekeraar aangesproken worden tot uitputting van de verzekerde som.

Indien de verzekeraar zou menen dat een zaak geen kans op slagen biedt en dat er derhalve geen tussenkost nodig is, kan de verzekerde steeds beroep doen op de bepalingen van artikel 93 van de wet op de landverzekeringsovereenkomst. In de polisvoorwaarden wordt dit artikel al eens omschreven als de 'objectiviteitsclausule'. Het artikel spreekt voor zich en regelt de rechten van zowel verzekeraar als verzekerde. Het is aan te bevelen het artikel eens te lezen.

De diverse tussenkosten :

Strafverdediging voor de verzekerde die beticht wordt

Verhaal van schade op een mogelijks aansprakelijke tegenpartij

Burgerlijke verdediging wanneer er conflict is met de BA verzekeraar

Vergoeding van verzekerde wanneer een tegenpartij insolvent blijkt te zijn

Voorschieten van bedragen aan verzekerde in afwachting van betaling door tegenpartij

Borgstelling voor verzekerde (bv bij ongeval in het buitenland)

Contractuele geschillen regelen met verzekeraars of leveranciers

Repatriëring, reis en verblijfkosten om in buitenland te verschijnen op de rechtbank

Administratieve bijstand inzake rijbewijs, verkeersbelasting enz.

4 DE BRANDVERZEKERING EN AANVERWANTE RISICO'S

De brandverzekering is samen met de levensverzekering ongetwijfeld een van de eerste verzekeringen die massaal aan het grote publiek werden aangeboden. Reeds voor de autoverzekering ontstonden er vormen van solidariteit bij branden en werden er verzekeringen afgesloten tegen de ramp van het vuur.

4.1 BRAND EN AANVERWANTE RISICO'S

De hedendaagse brandverzekeringen bevatten veel meer waarborgen dan het enkele risico van brand. Ook de wetgever heeft zich hier ingelaten met wat minimaal in een brandpolis moet opgenomen worden. Over het algemeen bevat een moderne brandpolis in zijn basisafdeling brand de volgende waarborgen: brand, ontploffing en implosie, rechtstreekse blikseminslag, rook of roet, aanraking door voertuigen of luchtvaartuigen, vandalisme, elektrocutie van dieren, het elektriciteitsrisico, de materiële beschadigingen aan het gebouw bij diefstal, schade ten gevolge van arbeidsconflicten (verplicht), schade door temperatuurwijziging in een koeltoestel...

4.2 STORM EN HAGEL, SNEEUW EN IJSDRUK

Deze waarborg heeft in de loop der jaren een enorme ontwikkeling gekend, daar waar aanvankelijk de waarborg een toemaatje was aan de polis met een beperkte tussenkomst tot 10% van het verzekerd bedrag, en een regeling in werkelijke waarde, kan er nu toch vaak gesproken worden van een zeer ruime waarborg. Ook in deze waarborg heeft de wetgever een aantal verplichtingen opgelegd. De waarborg moet immers in alle polissen eenvoudige risico's opgenomen worden, en de toegelaten uitsluitingen staan vermeld in het betrokken K.B.

4.3 WATERSCHADE

Elke maatschappij bepaalt haar eigen voorwaarden, ook in deze waarborgafdeling kunnen nogal wat verschillen ontstaan. Doorgaans zijn altijd verzekerd: het toevallig wegvloeien van water door breuk van de installaties, insijpeling van water door het dak.. Komen meestal ook voor in de afdeling waterschade: water uit een aquarium, schade door waterbed, wegvloeien van stookolie, herstellen van de defecte leidingen. Verschillen ontstaan meestal bij de volgende uitbreidingen:

waterschade via insijpeling door de muren, grondwater in kelders door accidenteel gebeuren.

Zowel de schade door het water als de bijkomende kosten kunnen vergoed worden. Bijkomende kosten zijn oa: opzoeken van het lek, openen en dichten van vloeren en wanden, herstel defecte leidingen.

4.4 GLASBREUK

De waarborg behelst het toevallig breken van ruiten, spiegels, maar meestal ook van plastieken panelen. Soms ook het ondoorzichtig worden van isolerend glas, de vitro-ceramische platen, ruiten van uitstalkasten en installaties, schade aan tuinserrres, en de schade veroorzaakt aan goederen door het gebroken glas ...

Gewone krassen en afschilferingen van het glas kunnen niet verzekerd worden.

Sommige maatschappijen verzekeren ook de opschriften die op het glas werden aangebracht (vooral in handelszaken)

Zelfs wanneer het glas gebroken wordt door vandalen of met kwaad opzet is er waarborg voor de verzekerde indien hij het slachtoffer is van dergelijke daden.

4.5 BURGERLIJKE AANSPRAKELIJKHEID GEBOUW

De extracontractuele aansprakelijkheid van de verzekerde volgens art 1382 en volgende. De bedragen van de verzekering zijn hier wettelijk bepaald op minstens 500 miljoen lichamelijke schade en 25 miljoen materiële schade aan index 119.64. Deze verzekerde bedragen staan volledig los van het bedrag dat verzekerd is voor de inhoud, of het gebouw dat in de polis wordt omschreven.

Er is een overlapping met dezelfde waarborg in de polis familiale verzekering, maar dit is dan enkel voor die woning die door de verzekerde zelf bewoond wordt. Voor gebouwen die verhuurd worden heeft de eigenaar er alle belang bij om in zijn brandverzekering de waarborg BA gebouw op te laten nemen.

4.6 DIEFSTAL

Deze waarborg behelst zowel de vergoeding van gestolen goederen als de schade door dieven aangebracht en vaak ook de kosten voor expertise van de schade.

Wat betreft de verzekerde bedragen is er veel verschil tussen de polisvoorwaarden. Vooral betreffende bedragen voor juwelen, waarden, geld, worden er beperkingen ingelast in de polisvoorwaarden.

De verzekeraars voorzien telkens voorwaarden waaraan de gewaarborgde diefstallen moeten voldoen (valse sleutels, inbraak, diefstal met geweld...) Bovendien is het absoluut noodzakelijk dat verzekerde bij een diefstal klacht neerlegt bij de bevoegde overheid (politie of rijkswacht) De voorwerpen die niet werden opgegeven in het PV, zullen door de verzekeraar niet vergoed worden.

Er is doorgaans altijd een uitbreiding van de waarborg voorzien voor de tijdelijke verplaatsing van de inboedel. Zo geldt de waarborg dan ook voor diefstal van de inboedel wanneer met op vakantie gaat.

Tevens is er ook bijna altijd een uitbreiding voor diefstal op de persoon. Ook wanneer de verzekerde zich buiten het verzekerde gebouw bevindt. De diefstal op de persoon zelf moet dan wel met geweld gepaard gaan om verzekerd te zijn.

4.7 NATUURRAMPEN

Deze waarborg heeft een lange geschiedenis achter de rug. De eerste gesprekken begonnen in 1990. De wet tot verplichte verzekering dateert van 17 09 2005. Iedere brandpolis eenvoudige risico's moet verplicht deze waarborg aanbieden. De minimum waarborgen staan vermeld in de landwet art 68 en volgende (achteraan in deze cursus in bijlage)

De basiswaarborgen zijn:

- overstroming
- aardbeving
- terugslag van water uit openbare riolering
- grondverzakking en grondverschuiving

Wie geen brandverzekering onderschrijft kan zich voor deze risico's niet meer wenden tot het nationale Rampenfonds. Wat immers privé kan verzekerd worden valt niet meer ten last van het Rampenfonds. Dat betekent niet dat het fonds overbodig werd. Bij grote rampen is er in de wet een limiet voorzien voor de verzekeraars. Wanneer deze limiet zou

overschreden worden is er opnieuw tussenkomst van het rampenfonds.

Voor verzekerden die een te hoge premie zouden aangerekend krijgen is er een Tarificatiebureau opgericht. De brandverzekeraar is verplicht te informeren wanneer het tarief voor de natuurrampen te hoog is. De verzekerde krijgt dan de info dat er kan beroep gedaan worden op het Tarificatiebureau. Hier tarief dat hier toegekend wordt moet verplicht toegepast worden door de brandverzekeraar.

Tezelfdertijd is er een verdeling van de risico's over alle verzekeraars brand eenvoudige risico's. Het Tarificatiebureau kan voor zijn uitgaven beroep doen op alle verzekeraars, elk volgens hun eigen marktaandeel.

Voor natuurrampen is er een maximum vrijstelling. Deze vrijstelling is bijna vijf keer hoger dan de gewone vrijstelling. (610 euro aan index van december 1983)

Voor mensen die in een risicozone wonen is er een beperking. Wanneer een gebied als risicozone wordt geklasseerd is er geen waarborg meer voor de gebouwen die opgetrokken worden 18 maanden na de publicatie. Tevens kan de verzekeraar weigeren om de uitbreidingen te verzekeren die aan gebouwen in een risicozone aangebracht worden. Een herstelling van schade na natuurramp is wel verder verzekeraar.

De waarborg natuurrampen is nog onvolledig op het gebied van waarborguitbreidingen. Het valt te verwachten dat pas enkele jaren na de wetgeving van 17 09 2005 de waarborgen en de waarborguitbreidingen even volledig zullen zijn als bij de andere afdelingen van de polis brand eenvoudige risico's.

Sommige verzekeraars bieden een polis brand 'alle risico's' aan die veel ruimere waarborgen bevat dan wet. De premie voor een 'alle risico' polis is doorgaans 25% duurder als de gewone polis. De gewone polis verzekert enkel de opgesomde gevaren.

4.8 ONRECHTSTREEKSE VERLIEZEN

In deze waarborg voorziet de verzekeraar een vergoeding voor niet direct gedekte schade die een verzekerde bij schadegeval echter wel kan oplopen. Gedacht wordt aan bv de kosten om verschillende prijsbestekken op te vragen, verplaatsingskosten, telefoonkosten, tijdverlies bij onderhandelingen met aannemers, experts enz.

In deze waarborg is een zekere controverse ontstaan door het verplichte indemnitaire karakter van de schadeverzekeringen opgelegd in de nieuwe landverzekeringwet. Een aantal verzekeraars meende hierdoor te moeten besluiten dat indirecte verliezen moesten bewezen worden voordat zij konden vergoed worden. Mijn persoonlijk standpunt hierin is dat een verzekeraar op dit vlak zijn polisvoorwaarden moet respecteren en slechts de bewijslast kan inroepen als die contractueel werd bepaald. Dit standpunt werd mij ook door het CDV bevestigd.

4.9 BEDRIJFSSCHADE

Deze waarborg heeft als bedoeling het bedrijfsverlies te vergoeden na een ramp die gedekt is in de brandpolis. De tussenkomst van deze polis heeft als bedoeling het bedrijf na schade in dezelfde financiële toestand te brengen als de toestand van voor het schadegeval.

De schade kan ontstaan wegens een onderbreking van de bedrijfsactiviteiten door een verzekerd gevaar in het eigen dan wel een naburig pand. Het is de bedoeling met deze waarborg de doorlopende algemene onkosten en het verlies aan winst van een bedrijf te vergoeden.

Blijvende kosten van een schadegeval zijn bv:

het bediendepersoneel dat blijvend moet vergoed worden en niet technisch werkloos kan gesteld worden, de algemene onkosten die doorlopen, de leningen die verder moeten afbetaald worden, de kosten om het cliënteel verder te kunnen bedienen, de extra kosten

om het bedrijf terug op te starten.

Ruim 50% van de bedrijven met een zware brandramp overleven deze ramp niet indien er geen Bedrijfschadeverzekering is en verdwijnen binnen de 5 jaar uit de markt omdat zij zelfs na de vergoeding door de brandverzekeraar over geen voldoende middelen beschikken om de doorlopende kosten en heropstartkosten te betalen.

De polis kan op een forfaitaire basis een vergoeding voorzien ofwel op basis van de balans van het bedrijf een vergoeding voor werkelijke kosten voorzien. Op forfaitaire basis is dan de verzekering van een bedrag per dag bedrijfsonderbreking voorzien (vb 10.000fr per dag)

De werkelijke kosten worden afgeleid uit de balans van het bedrijf.

De vergoedingsperiode kan variëren van enkele maanden tot 1 of 2 jaar. Afhankelijk van de periode binnen de welke een bedrijf opnieuw aan de slag zou kunnen is het noodzakelijk om de vergoedingsperiode te verlengen. Wanneer de levering van een gespecialiseerde machine bv minstens 6 maanden kan in beslag nemen moet de vergoedingsperiode van de polis zeker minstens ook deze periode voorzien. Het bedrijf zou zeker nooit opnieuw aan de slag kunnen gaan binnen dezelfde zes maanden (denk maar aan installatie duur, opstarttermijn, proefperiode enz)

4.10 VERHAAL VAN DERDEN

Dit is een bijkomende waarborg die terug te vinden is in de afdelingen van de hoofdwaarborgen zoals bv brand en waterschade. De bedoeling van de waarborg is te weerstaan aan de schade-eis van de derden die menen de aansprakelijkheid van verzekerde te kunnen invoeren naar aanleiding van een verzekerd gevaar (bv Brand) De wet regelt het minimum te verzekeren bedrag op 619.733,81 €(25 miljoen bef) aan index 119.64.

Deze bijkomende waarborg is gebaseerd op het principe van de extracontractuele aansprakelijkheid 'zie verder in de cursus)

Het bedrag dat hier verzekerd wordt staat volledig los van het bedrag verzekerd op inhoud of op het gebouw. Er wordt alleen geregeld met de derden die kunnen bewijzen dat de aansprakelijkheid van de verzekerde de oorzaak is van hun bewezen schade.

4.11 AANSPRAKELIJKHEID HUURDER EN EIGENAAR

Om een duidelijk onderscheid te kunnen aantonen tussen het risico van de eigenaar en het risico van de huurder wens ik te verwijzen naar mijn standpunt inzake verhaalsafstand. Zowel eigenaar als huurder van een pand hebben een aantal bij wet opgelegde verplichtingen. Zij kunnen in bepaalde gevallen beslissen om hiervan af te wijken. Om een volledig inzicht in deze materie mogelijk te maken voeg ik hierbij de tekst van mijn standpunt inzake de verhaalsafstand in de brandverzekering.

Verhaalsafstand verwijst duidelijk naar het feit dat een partij afstand doet van een bepaald recht, namelijk het recht om iets te verhalen, iets in te vorderen bij een andere partij. De eigenaar heeft recht om de brandschade bv in te vorderen bij de huurder. Evenzeer heeft de brandverzekeraar van de eigenaar het recht om de uitgaven die werden betaald aan de eigenaar terug te vorderen van de huurder. Dit is het verhaalrecht van de eigenaar of van de verzekeraar van de eigenaar.

Bepaalde constructies worden soms opgezet waarbij de brandverzekeraar van de eigenaar bereid gevonden wordt om afstand van verhaal te doen op de huurder. Dit wil zeggen dat

deze verzekeraar nooit de huurder zal aanspreken voor terugbetaling van wat aan de eigenaar werd vergoed.

En toch schuilen achter deze verhaalsafstand een groot aantal gevaren voor de huurder, vooral wanneer deze zou beslissen geen brandpolis huurderaansprakelijkheid meer te onderschrijven.

In de volgende bladzijden kan u de uitgebreidheid van de aansprakelijkheid van de huurder ontdekken alsook de redenen voor het verzekeren van zowel huuraansprakelijkheid als eigenaarrisico op hetzelfde gebouw.

Het betreft hier de samenvatting van een voordracht die meerdere malen werd gegeven tijdens vergaderingen van de Federatie van Verzekeringsmakelaars.

4.11.1 De contractuele aansprakelijkheid van de huurder

Artikels 1732, 1733, 1735 van het burgerlijk wetboek (BW).

Artikels 1713 en verder in het burgerlijk wetboek handelen over de huur van goederen. Voor de verzekeringsproblematiek van de huurder zijn vooral de volgende wetteksten van belang:

Artikel 1732 BW

Hij is aansprakelijk voor de beschadigingen of de verliezen die gedurende zijn huurtijd ontstaan, tenzij hij bewijst dat die buiten zijn schuld hebben plaatsgehad.

Artikel 1733 BW

Hij is aansprakelijk voor brand, tenzij hij bewijst dat de brand buiten zijn schuld is ontstaan.

Ter herinnering:

art 1733 BW werd gewijzigd door de wet van 20 feb. 1991. Hieronder de oude tekst:

Hij is aansprakelijk voor brand, tenzij hij bewijst dat de brand is ontstaan door toeval of overmacht of door een gebrek in de bouw, of dat de brand van een naburig huis is overgeslagen.

art 1734 BW werd opgeheven door de wet van 20 feb. 1991. Hieronder de tekst:

Indien er verschillende huurders zijn, zijn zij allen hoofdelijk aansprakelijk voor de brand:

Tenzij zij bewijzen dat de brand in de woning van een van hen is begonnen, in welk geval deze alleen aansprakelijk is;

Of tenzij sommigen onder hen bewijzen dat de brand niet bij hen is kunnen beginnen, in welk geval zij niet aansprakelijk zijn.

Enkele opmerkingen bij deze wetteksten:

Het gaat hier uitsluitend over **contractuele aansprakelijkheid**.

Het basisprincipe, de grondslag van art 1732,1733 is de **verplichting van de huurder het goed** dat de verhuurder hem heeft geleverd en waarvan de verhuurder hem het houderschap heeft afgestaan, bij het beëindigen van de huur aan de verhuurder **terug te geven**. (Cass. 1- mei 1952)

De grondslag voor deze artikels is te zoeken in het algemene principe tot teruggave van een ontvangen goed zoals gedefinieerd in art. 1302 B.W. Dit art. 1302 ligt tevens aan de basis van de aansprakelijkheid als gebruiker. In dit betoog wordt op deze

aansprakelijkheid als gebruiker niet verder ingegaan, vooral omwille van de talrijke gelijkenissen met de aansprakelijkheid als huurder en omwille van het (meestal) afwezig zijn van een geschreven (huur)contract.

ARTIKEL 1302 BW:

Wanneer de zekere en bepaalde zaak die het voorwerp van de verbintenis uitmaakte, teniet gaat, buiten de handel gesteld wordt, of verloren gaat zodanig dat men van haar bestaan geheel onkundig is, vervalt de verbintenis, indien de zaak is teniet gegaan of verloren buiten de schuld van de schuldenaar en vooraleer hij in gebreke was.

Zelfs wanneer de schuldenaar is gebreke is, en indien hij het toeval niet te zijnen laste heeft genomen, vervalt de verbintenis, ingeval de zaak eveneens bij de schuldeiser zou zijn teniet gegaan, ware zij hem geleverd.

De schuldenaar is gehouden het toeval waarop hij zich beroept, te bewijzen.

Wanneer een gestolen zaak op enigerlei wijze teniet of verloren gegaan is, ontslaat dit verlies de ontvreemder niet van de verplichting om de waarde te vergoeden.

Wettelijk vermoeden van aansprakelijkheid

De huurder wordt belast met een **vermoeden** van aansprakelijkheid.

Om aan het opgelegde vermoeden te ontsnappen moet de huurder bewijzen dat hem geen schuld treft. (art 1732 en 1733). Dit bewijs moet actief gebeuren. De huurder die geen enkel initiatief neemt om te bewijzen dat hem geen schuld treft riskeert bijna altijd aansprakelijk gesteld te worden.

Artikel 1735 BW

De huurder is aansprakelijk voor de beschadigingen en de verliezen die ontstaan door toedoen van zijn huisgenoten of van zijn onderhuurders.

Voor de eigenaar is het voldoende om te bewijzen dat een persoon huisgenoot of onderhuurder is en dat deze persoon betrokken is bij de schade om bij de huurder de schadevergoeding te eisen. Het feit of de huisgenoot bijvoorbeeld wel of niet een fout begaat moet door de eigenaar niet bewezen worden. Het is voldoende dat de kwalificatie huisgenoot of onderhuurder bewezen wordt om de verantwoordelijkheid van de huurder te kunnen inroepen.

Om de juiste draagkracht van deze artikels wat nader toe te lichten werden volgende vonnissen en arresten uitgezocht.

I,1 95-00505

Antwerpen, 27 april 1994

Enerzijds blijkt dat een schouwbrand aanvankelijk is ontstaan door ontbranding van teerafzetsel, die daarna, ingevolge de gebrekkige constructie, gemakkelijk uitbreiding kon nemen naar het dak en anderzijds blijkt dat de huurder zijn contractuele verplichting om de geteisterde schouw jaarlijks te reinigen niet heeft nagekomen, dit is onvoldoende om het op de huurder rustende vermoeden van schuld bij brand van het gehuurde goed te weerleggen.

I,2 94-07157

Cass. 10 februari 1994

De rechter die oordeelt dat de brand te wijten is aan de gebrekkige elektrische installatie, met uitsluiting van elke actieve of passieve daad van de huurder, beslist terecht dat deze laatste geen fout heeft begaan.

I,5 94-01423

Bergen, 4 maart 1993

De huurder is aansprakelijk voor de brand in het gehuurde gebouw, tenzij hij kan bewijzen dat deze brand niet door een fout van hem is ontstaan.

De huurder zal slechts vrijuit gaan wanneer uit de omstandigheden volgt dat hij geen fout heeft kunnen begaan,

dat hij in de onmogelijkheid was er een te begaan en dat de brand bijgevolg noodzakelijkerwijs moet worden toegeschreven aan een oorzaak die hem vreemd is.

Het behoort dus aan de huurder te bewijzen dat de brand niet door een fout van hem is ontstaan. Aan de vereisten inzake de bewijslevering wordt niet voldaan indien slechts de waarschijnlijke afwezigheid van fout wordt aangetoond.

I,6 93-07322

Cass. AR 7778 11 september 1992

De bepaling van art. 1733 B.W., zoals deze voor de wetwijziging van 20 februari 1991 luidde, krachtens welke de huurder, behoudens de in dat artikel bepaalde gevallen, aansprakelijk is t.a.v. de verhuurder voor de brand in het door hem gehuurde onroerend goed, geldt eveneens voor de onderhuurder t.a.v. de hoofdhuurder; de omstandigheid dat de onderverhuurder tevens eigenaar en hoofdverhuurder is staat hieraan niet in de weg.

I,7 93-12474

Antwerpen 9 juni 1992

De loutere vaststelling dat de oorzaak van brand niet gekend is en dat het strafdossier noch het verslag van de brandweer een concrete en positieve aanduiding van een fout of nalatigheid in hoofde van de huurders bevatten, vormen geen concrete gegevens waaruit tot de eliminatie van de eigen fout van de huurders kon worden besloten.

I, 10 93-09472

Rb. Tongeren, 31 januari 1992

Wanneer de brand schade heeft veroorzaakt aan naburige panden, kan de huurder op grond van art. 1733 B.W. niet aansprakelijk gesteld worden t.o.v. deze derden die onderworpen zijn aan het gemeenrechtelijk stelsel der acquiliaanse aansprakelijkheid.

Wanneer de oorzaak van de brand twijfelachtig of onbekend is, blijft de bewijslast niettemin rusten op de huurder die minstens moet aantonen dat hij onmogelijk een fout kon begaan die de brand zou veroorzaken.

Door zijn passiviteit bij veelvuldige kortsluitingen kan de huurder aansprakelijk gesteld worden voor de schade, geleden door de verhuurder, wanneer de oorzaak van de brand onbekend blijft.

I,11 92-03241

Luik 21 oktober 1991

Om aan de aansprakelijkheid voor brand (art. 1733 B.W.) te ontsnappen, dient de huurder nauwkeurige en overeenstemmende vermoedens aan te voeren, die aantonen dat de brand in geen geval te wijten is aan zijn foutief gedrag.

I,12 93-02386

Rb. Brugge 17 september 1990

Het begrip huisgenoot in art. 1735 B.W. moet ruim worden geïnterpreteerd en omvat niet alleen de familieleden van de huurder, maar ook de dienstboden, genodigden, kostgangers en de bijzit.

4.11.2 Extracontractuele aansprakelijkheid van de huurder

Gebaseerd op artikel 1384 van het burgerlijk wetboek.

De huurder als bewaarder van een gebrekkige zaak.

Ter toelichting: alinea 1 van artikel 1384

Men is aansprakelijk niet alleen voor de schade welke men veroorzaakt door zijn eigen daad, maar ook voor die welke veroorzaakt wordt door de daad van personen voor wie men moet instaan, of van zaken die men onder zijn bewaring heeft.

Het is duidelijk dat de huurder de bewaarder is van het in huur gegeven goed. De verhuurder heeft immers aan de huurder het houderschap van het in huur gegeven goed afgestaan. In deze zin kan de huurder aansprakelijk gesteld worden voor de (bewezen) schade waarvan de oorzaak zich situeert in het (gebrekkige) goed waarvan de huurder als bewaarder kan aangewezen worden.

Als voorbeeld:

II,1 95-04624

Luik 24 maart 1993

Wanneer een gedeelte van een gebouw in huur gegeven is en de brand naar alle waarschijnlijkheid te wijten is aan een gebrek van het schakelbord dat zich buiten de gehuurde plaatsen bevindt, dient men alvorens art. 1384, lid 1 B.W. toe te passen, te onderzoeken of de huurder aan de aansprakelijkheid voortvloeiend uit art. 1733 B.W. kan ontsnappen.

II,2 92-03242

Rb. Bergen 19 december 1990

Een brand ontstaat ingevolge een defect in de thermostaat van een elektrische frietketel, die eigendom is van de verhuurder maar waarover de huurders het toezicht hebben. Aangezien zij het gehuurde goed niet meer kunnen teruggeven in dezelfde staat als bij de aanvang van de huur, zijn zij gehouden tot schadevergoeding.

II,3 90-02159

Gent, 21 april 1989

Indien een krankzinnige huurder brand sticht in de gehuurde woning, kan overeenkomstig art. 1386bis B.W. de verzekeringsovereenkomst van de huurder door de verhuurder worden ingeroepen om vergoeding te vorderen van de schade, waartoe de huurder normalerwijze zou zijn gehouden.

II,4 86-03749

Antwerpen, 10 juni 1985

De huurder is principieel de bewaarder van de gehuurde zaken; als de gehuurde zaken met een gebrek zijn behept is de huurder dan ook voor de veroorzaakte schade aansprakelijk op grond van art. 1384, lid 1 B.W. Als een brand niet anders dan door een gebrek van de zaak kan ontstaan zijn, moet het bestaan van een gebrek aanvaard worden.

4.11.3 Aansprakelijkheid van de eigenaar t.o.v.de huurder.

art 1721

Vrijwaring is verschuldigd aan de huurder voor alle gebreken van het verhuurde goed, die het gebruik daarvan verhinderen, ook al mocht de verhuurder die bij het aangaan van de huur niet hebben gekend. Indien door die gebreken enig verlies voor de huurder ontstaat, is de verhuurder verplicht hem daarvoor schadeloos te stellen.

De hier door de wet voorziene aansprakelijkheid van de verhuurder heeft betrekking op gebreken in het verhuurde goed.

De huurder dient wel het bewijs te leveren van:

zijn **schade**
het **gebrek** in het verhuurde goed
het oorzakelijk **verband** tussen beide

Voorbeelden van gebreken in het gebouw zijn o.a. een houten balk in een schouw, elektrische leidingen met te beperkte capaciteit, scheuren in een muur, onvolmaakte gasleiding...

De omvang van de aansprakelijkheid kan zowel materiële als immateriële als lichamelijke schade betreffen.

III,1 83-01337

Cass. 27 maart 1981

Indien een vonnis bepaalt dat het gehuurde goed is afgebrand ingevolge de slechte staat van de elektriciteitsleidingen, kan dit vonnis niet eveneens vaststellen dat de huurder geen recht op schadevergoeding zou hebben ingevolge die brand (art. 1721 B.W.)

III,2 79-02544

Brussel 26 mei 1951

Aansprakelijkheid voor brand bij verhuring - gebrek in de constructie.

Aansprakelijkheid van de eigenaar.

Art. 1721 B.W. is van toepassing op de onderverhuurovereenkomst. Bij schade ten gevolge van een gebrek van de zaak, is de hoofdhuurder (onderverhuurder) gehouden zijn huurder schadeloos te stellen, zoals de eigenaar (hoofdverhuurder) ten opzichte van de hoofdhuurder.

Inzake de hierboven vermelde aansprakelijkheden kunnen zowel eigenaar, als huurder als de verzekeraar van één of van beiden beslissen afstand van verhaal te doen (al of niet gekoppeld aan bepaalde voorwaarden). Bij deze afstand van verhaal ziet de betrokken partij dan of van het wettelijk geregelde recht om haar schade in te vorderen bij de tegenpartij.

Deze verhaalsafstand kan:

- enkelzijdig zijn (bv van de huurder tegenover de eigenaar)
- wederkerig zijn

Telkens gaat het over een beperking van een voorzien recht. Het is zo dat de huurderswetgeving inzake de aansprakelijkheidsregeling van suppletieve aard is, derhalve is het mogelijk om via contractuele bepalingen van de wetgeving af te wijken. De contractueel bedongen afwijkingen moeten wel de uitdrukkelijke wilsuiting van de betrokken partij weergeven, derhalve zullen de ingeroepen afwijkingen steeds door geschrift moeten bewezen worden.

In dit betoog is het vooral de bedoeling om de gevaren voor de huurder aan te tonen wanneer deze zich bij wijze van spreken laat sussen door de verhaalsafstand van de verzekeraar van zijn verhuurder. Meer specifiek wordt hier gedacht aan de diverse maatschappijen die sociale woningen verhuren en die uit 'sociale' overwegingen hun huurders aanraden de polis huuraansprakelijkheid niet meer te onderschrijven, omdat zij als wondermiddel bij hun verzekeraar afstand van verhaal hebben bedongen..

De huurder die echter op basis van deze verhaalsafstand van de verzekeraar van de verhuurder zonder meer beslist zijn polis huurderaansprakelijkheid te schrappen speelt hier letterlijk en figuurlijk 'met vuur' !

4.11.4 Welke zijn de risico's voor de huurder bij verhaalsafstand?

De aansprakelijkheden zijn hierboven reeds besproken, het is derhalve van het allergrootste belang om na te gaan voor welk een soort aansprakelijkheid de betrokken partij afstand van verhaal doet.

Bovendien ontstaan er voor de huurder nu een aantal extra en nieuwe risico's na de schrapping van zijn polis huuraansprakelijkheid, zelfs wanneer deze beslissing gecombineerd wordt met de verhaalsafstand van de brandverzekeraar van de eigenaar. Volgende situaties kunnen zich manifesteren:

*** De huurder is geen verzekeringsnemer in de polis van de eigenaar.**

De huurder kan dus onmogelijk de toepassing van de polis (van de eigenaar) eisen.

De eigenaar zou wel eens kunnen 'vergeten' aangifte te doen...

Het is zelfs niet denkbeeldig dat het voor de eigenaar in bepaalde gevallen interessanter wordt om geen aangifte te doen zijn verzekeraar (schadestatistiek, vrijstelling in de polis,...)

In deze gevallen zou de eigenaar zich kunnen verhalen op de huurder en zelfs wanneer dit niet gebeurt ontstaat voor de huurder een onzekerheid over wie en hoe de schade zal vergoed worden.

Voorbeelden:

De eigenaar meent dat de schade te klein is...

Er zijn enkel opruimingskosten als schade, de verhuurder kan deze volledig invorderen bij de huurder (geen franchise, geen sleet...)

*** In welke mate zal de eigenaar net als zijn verzekeraar verhaalsafstand doen?**

Denk aan de gevallen waar de verzekeraar van de eigenaar onvolledig tussenkomt wegens bv de toepassing van de evenredigheidsregel, een uitsluiting uit de polis, schorsing van de polis van de eigenaar (om diverse redenen)

*** Hoever strekt de eventuele verhaalsafstand van de eigenaar?**

art. 1733 of ook art. 1732 en het verhaal op extracontractuele basis?

De artikels 1732 en 1733 samen overlappen een veel groter domein dan de polis brand, zelfs in zijn ruimste vorm. Indien een eigenaar (en diens verzekeraar) in deze ruime mate afstand van verhaal wenst te doen, is er dan geen ernstige verstoring in het evenwicht van de relatie tussen huurder en eigenaar?

Indien de eigenaar verhaalsafstand wenst te doen in de mate van wat door een brandpolis kan verzekerd worden, welke voorwaarden worden dan als referentie genomen?

Welk zal dan de reactie van de eigenaar zijn indien een bepaalde schade niet gedekt is door zijn verzekeraar?? (bv waterschade door het waterbed van de huurder...)

Is er ook verhaalsafstand voor opgelopen immateriële verliezen?

Voorbeeld:

Eigenaar is uitbater van een winkel op het gelijkvloers.

De huurder op heterste verdiep laat het bad overlopen....

Er ontstaat waterschade en de winkel op het gelijkvloers blijft voor een maand dicht.

Art 1384: de huurder als aansprakelijke bewaarder van een gebrekkig goed.

Geldt hier ook de verhaalsafstand?

*** Op welke manier is de huurder nog gewaarborgd voor zijn aansprakelijkheid overeenkomstig art 1735 van de wet ?**

Doen de verzekeraar van de eigenaar (en de eigenaar zelf) afstand van verhaal wanneer blijkt dat de schade veroorzaakt werd door de huisgenoten en de onderhuurders van de huurder? Of gaan zij ervan uit dat de huurder dan maar gebruik moet maken van zijn verhaalrecht op deze personen?

*** Voorziet de polis van de eigenaar dekking voor het burenerhaal wanneer de aansprakelijkheid van de huurder betrokken is?**

Voorbeeld:

Brandschade door een fout van de huurder, een inbreuk tegen het algemeen voorzichtigheidsprincipe. (art. 1382, 1383 B.W.)

Er is schade bij de burens, en geen schade aan de inhoud van de huurder.

Wordt het burenerhaal opgevangen door de polis van de eigenaar?

(sommige polissen inhoud voorzien geen burenerhaal als er geen schade aan de inhoud is...)

*** Hoe veilig en sluitend is de verhaalsafstand van de verzekeraar van de huurder?**

Wat als die verzekeraar zware fout of erger van de huurder meent te mogen inroepen, terwijl dit misschien niet het geval is. Wie zal de huurder verdedigen?

Het huurcontract kan bv verhaalsafstand voorzien, maar de verzekeraar van de eigenaar kan weigeren om zich hierbij neer te leggen. Niet alle schadebeheerders van een verzekeringsmaatschappij zijn even competent....

Wie zal de huurder verdedigen als een schadebeheerder meent verhaal te mogen uitoefenen?

Wat als de eigenaar een slechte risico-omschrijving gaf in de aanvraag van zijn polis met als gevolg dat zijn verzekeraar een sanctie meent te mogen invoeren? Dezelfde sanctie zal uiteraard toegepast worden op de clause afstand van verhaal.

4.11.5 Verfraaiingen door de huurder aangebracht.

Waarover gaat het?

Van schilderwerken die de huurder aanbrengt tot de installatie van een badkamer of keuken.

Bij schadegeval wenst de huurder vergoed te worden voor de uitgaven die hij heeft gedaan.

De verzekeraar kan echter de vergoeding slechts uitbetalen aan de eigenaar van het goed dat beschadigd werd, aan de echte schadelijder.

Voor de huurders ontstaat het volgende interpretatieprobleem: behoren de beschadigde zaken tot het gebouw of tot de inboedel?

Een praktische oplossing van dit probleem wordt geboden door de uitbreiding van de definitie inhoud met een clause in de aard van :

Voor de huurders omvat de inboedel eveneens alle door hen aangebrachte vaste installaties en of verfraaiingen

Maar zelfs met deze clause is het probleem van wie geniet welke vergoeding nog niet opgelost.

Immers wie is er bij schadegeval eigenaar van de goederen?

Veel duidelijkheid kan geboden worden door rekening te houden met wat voorzien is in het huurcontract.

Voorbeeld:

De verhuurder wordt van rechtswege en onmiddellijk eigenaar van de verfraaiingen of vaste installaties die de huurder aanbrengt.

OF

Op het einde van het huurcontract wordt de verhuurder automatisch eigenaar van de door de huurder aangebrachte verfraaiingen zelfs zonder dat hiervoor enige vergoeding....

Veel van deze clausules zijn geïnspireerd op de verplichtingen van de huurder om het gehuurde goed in dezelfde staat terug te geven (art 1731 §2 B.W.)

Eenmaal dat werd nagegaan wie juridisch de eigenaar is van de beschadigde goederen kan ook de begunstigde van de vergoeding aangeduid worden.

Op te merken is nog dat:

Bij teloorgang van het betrokken goed gaat ook de eraan verbonden verbintenis teloor (art 1302 B.W.)

Bij de vernietiging van het verhuurde goed is het huurcontract ook ten einde (art 1722 B.W.)

Een gebouw vernield door brand betekent ook einde van de huurovereenkomst. Einde van de huur betekent evenzeer overdracht van eigendom van de verfraaiingen...

In elk geval zijn de verfraaiingen die de huurder zelf heeft aangebracht verzekeraar via de afdeling inhoud van de brandpolis van de huurder, nooit via de waarborg huuraansprakelijkheid. Het is echter uiterst belangrijk om na te gaan of er in het huurcontract geen vermelding wordt gemaakt over deze verfraaiingen. Wanneer de eigenaar in het huurcontract bedingt dat de verfraaiingen aan hem toekomen, dan kunnen deze nooit vergoed worden aan de huurder.

De eigenaar kan niet zomaar de vergoeding voor de verfraaiingen opeisen. Er moet in het huurcontract bedongen worden. In het andere geval heeft de rechter reeds eerder geoordeeld dat de eigenaar zich aan het verrijken is zonder oorzaak.

Wanneer de door de huurder aangebrachte verfraaiingen aan hem uitbetaald worden, dan is de eigenaar niet benadeeld. De eigenaar kan nog steeds eisen om op het einde van de huur het pand terug te krijgen in zijn oorspronkelijke staat. Uitzondering natuurlijk wanneer de eigenaar toelating gaf tot de verfraaiingen en afziet van dit recht om te herstellen in oorspronkelijke staat.

De huurder kan dus tijdens het huurcontract beschouwd worden als eigenaar van de door hem aangebrachte verfraaiingen. Bij het einde van de huur (einddatum of vernieling van het pand) is er terug overdracht aan de eigenaar. Na deze overdracht geen recht op vergoeding meer voor de huurder voor de aangebrachte verfraaiingen.

Een goede aanduiding in het huurcontract is wenselijk, beter voorkomen dan...

4.12 BEPALING VAN DE VERZEKERDE BEDRAGEN (EVENREDIGHEID, RASTER, EERSTE RISICO)

De verzekerde draagt de verantwoordelijkheid voor het bepalen van de te verzekeren bedragen. De verzekerde kan zelfs gesanctioneerd worden door toepassing van de evenredigheidsregel. Evenredig het deel verzekerde goederen, van de te verzekeren goederen, wordt een percentage toegepast op het schadebedrag. Deze regel veroorzaakt

behoorlijk wat wrevel bij de schaderegeling. De verzekeraar gaat wel akkoord met de schade, maar beperkt zijn vergoeding tot het percentage van de goederen dat verzekerd werd. De wetgever heeft de verzekeraars dan ook verplicht om de consumenten in de polissen brand woning een systeem voor te stellen waardoor zij konden ontsnappen aan de toepassing van deze evenredigheidsregel. De verzekeraar moet bewijzen dat er aan de consument een systeem werd voorgesteld ter afschaffing van de evenredigheid. Dit systeem moet gratis zijn. Als de verzekeraar niet kan bewijzen dat dit systeem aan de consument werd voorgesteld, dan kan hij onmogelijk de evenredigheidsregel toepassen. Ondertussen zijn massaal veel verschillende van deze systemen of rasters ontstaan. Het gebouw wordt geëvalueerd op basis van M2 of M3 of volgens het aantal kamers, of via een uitgebreide vragenlijst of na schatting door een expert enz. Ook voor de verzekering van de inhoud zijn verschillende systemen uitgewerkt.

Wanneer een verzekeraar de evenredigheidsregel niet kan toepassen dan spreken wij over een verzekering in eerste risico. De waarborg is dan aan de verzekerde verworven tot uitputting van het verzekerde bedrag, los van de maximale grootte van ramp of los van de totale waarde van de verzekerde goederen.

4.13 WINBUILDING+ VOOR FLATGEBOUWEN

Deze polisvoorwaarden werden ontwikkeld in overleg met de Confederatie van Immobiliënberoepen in België. De waarborgen zijn specifiek aangepast voor de verzekering van flatgebouwen. Aanvankelijk werd de polis enkel aangeboden via Winterthur. In 2008 wordt Winterthur volledig opgenomen in de maatschappij AXA. De specifieke voorwaarden van de winbuilding polis blijven via AXA verder behouden en worden ook door AXA verkocht.

Enkele uitzonderlijke voorwaarden die in deze polis terug te vinden zijn:

- * mogelijkheid om appartementen te verzekeren in eerste risico.
- * dekking op eerste risico van de gezamenlijke inhoud van de mede-eigenaars die zich in de gemeenschappelijke delen bevindt.
- * vergoeding van schade aan het gebouw ten gevolge van de verhuizing van een bewoner of een huurder.
- * dekking van het breken van glazen tussenwanden op terrassen.
- * dekking van de B.A. van liften.
- * tussenkomst van de B.A. gebouw bij schade veroorzaakt door derden tijdens de uitvoering van werken op vraag van de mede-eigenaars en verricht door vrijwilligers.
- * vergoeding van de uitvaartkosten van verzekerden die door een verzekerd schadegeval om het leven komen (behalve voor aardbevingen).
- * terugbetaling van de extra kosten van de syndicus of de gebouwenbeheerder ten gevolge van een schadegeval, tot 10% van de schadevergoeding voor gebouw.
- * gratis bijstand, dringende inlichtingen, zoeken van vaklui voor tijdelijke of blijvende herstellingen.
- * kosten voor een slotenmaker in geval van diefstal of verlies van sleutels, bijstand na schadegeval, huishoudelijke hulp, bewaking, berging en opslag van goederen, vervoer, tijdelijke onderdak, opvang van kinderen en huisdieren.

De polisvoorwaarden werden bedongen door de Confederatie van Immobiliënberoepen. Er zijn wel meerdere maatschappijen met uitgebreide polisvoorwaarden voor flatgebouwen. Winterthur was echter de enige maatschappij die volledig inging op de voorwaarde die gesteld werden door de Confederatie.

De polis kan onderschreven worden voor flatgebouwen van minstens vijf verdiepingen of van minstens vijf appartementen. De eventuele winkelruimte mag max 20% bedragen van

de totale oppervlakte. De trappen en vloeren moeten in onbrandbaar materiaal zijn, en de gevels mogen niet uit gordijnwanden bestaan (geen glazen gevels).

4.14 ONDERSCHIED TUSSEN EENVOUDIGE RISICO'S EN SPECIALE RISICO'S

Het K.B. brand van 1988 heeft de brandverzekeringen opgesplitst in eenvoudige en speciale risico's. Hiervoor werd de grens voor de eenvoudige risico's gelegd op 743.680,57 € (30.000.000 bef) aan Abex index 375. Dit bedrag werd opgetrokken tot 23.921.725,14 € (965.000.000 bef) voor o.a. kantoorgebouwen, lokalen voor vrije beroepen, sportcentra, hospitalen...

Wat niet valt onder de eenvoudige risico's valt uiteraard binnen de speciale risico's. Hier worden eerder polissen op maat opgesteld. Maar ook hier zijn er standaardvoorwaarden voorhanden. (bv Flexa-voorwaarden, Assuralia voorwaarden van 2003 enz)

4.15 SCHADEREGELING

Ook hier voorziet de wet op de landverzekering een groot aantal bepalingen. De betrokken artikels zijn gezien de uitgebreidheid van het domein van de brandverzekering onder verschillende afdelingen verspreid. In de schaderegeling komen immers zeer uiteenlopende aspecten aan bod:

vergoedingen op basis van extracontractuele aansprakelijkheid (verhaal van derden, B.A. gebouw,...)

vergoedingen op basis van de contractuele aansprakelijkheid (relatie tussen huurder en verhuurder)

vergoeding op basis van de contractuele bepalingen van de polis (uitbetaling in nieuwwaarde, regeling van de eigen schade)

De brandverzekering is dan ook een polis met een zeer gevarieerd en zeer ruim pakket aan verschillende vergoedingsvormen.

Voor de details ivm schaderegeling wordt verwezen naar de cursus schaderegeling brand, georganiseerd door VZW Brokers Training. De auteur van deze cursus verzekeringen is tevens auteur en coördinator van deze cursus 'schaderegeling brand eenvoudige risico's'. De opleiding wordt verstrekt aan verzekeringstussenpersonen en personeelsleden en belooft een zes tal sessies van 4 uren.

5 VERZEKERINGEN BURGERLIJKE AANSPRAKELIJKHEID

5.1 DE MORELE AANSPRAKELIJKHEID

Dit soort aansprakelijkheid is gebaseerd op een individuele norm. Iemand meent dat hij gehouden is tot verantwoordelijkheid op basis van zijn geweten. Een identieke situatie zal hierdoor op basis van de individuele norm door de ene persoon wel en door de andere niet als verantwoordelijkheid beschouwd worden.

Dit soort verantwoordelijkheid is dan ook op geen enkele manier te verzekeren. Vooral omdat de vele situaties waarin sommige mensen zich verantwoordelijk voelen, niet gebaseerd zijn op een objectief vaststelbare fout.

Bovendien zijn er situaties waar sommige mensen zich individueel niet aansprakelijk voelen, terwijl er in alle objectiviteit kan vastgesteld worden dat ze wel een fout hebben begaan.

Besluit:
morele aansprakelijkheid bestaat zeker, maar is absoluut onverzekeraar.

5.2 EXTRA CONTRACTUELE AANSPRAKELIJKHEID (ART 1382 B.W. EN VOLGENDE)

Andere benamingen zijn de acquiliaanse aansprakelijkheid of burgerlijke aansprakelijkheid of de aansprakelijkheid buiten overeenkomst of de quasi-delictuele aansprakelijkheid. Deze vorm van aansprakelijkheid ontstaat door een inbreuk op het privaatsrecht zoals gedefinieerd in de art. 1382 tot 1386 van het burgerlijk wetboek.

De schadeleider die meent de extracontractuele aansprakelijkheid te kunnen invoeren van een ander moet in principe steeds de volgende drie zaken aantonen:

de **fout** van de derde

de omvang van de eigen **schade**

het **oorzakelijk verband** tussen beide voorgaande.

Ter verduidelijking geven wij U hieronder de betrokken artikels uit het B.W.:

artikel 1382.

Elke daad van de mens, waardoor aan een ander schade wordt veroorzaakt, verplicht degene door wiens schuld de schade is ontstaan, deze te vergoeden.

artikel 1383.

Ieder is aansprakelijk niet alleen voor de schade welke hij door zijn daad, maar ook voor die welke hij door zijn nalatigheid of door zijn onvoorzichtigheid heeft veroorzaakt.

Artikels 1382 en 1383 behandelen wat men noemt de enkelvoudige aansprakelijkheid. Eén enkele persoon die verantwoordelijk is voor de schade ontstaan door zijn eigen fout. De volgende artikels behandelen de meervoudige aansprakelijkheid. Het betreft hier onder andere situaties waar men verantwoordelijk is voor andermans daden, of voor zaken die men onder bewaring heeft.

artikel 1384.

Men is aansprakelijk niet alleen voor de schade welke men veroorzaakt door zijn eigen daad, maar ook voor die welke veroorzaakt wordt door de daad van personen voor wie men moet instaan, of van zaken die men onder zijn bewaring heeft.

De vader en de moeder zijn aansprakelijk voor de schade veroorzaakt door hun minderjarige kinderen.

De meesters en zij die anderen aanstellen, voor de schade door hun dienstboden en aangestelden veroorzaakt in de bediening waartoe zij hen gebezigd hebben. De onderwijzers en ambachtslieden, voor de schade door hun leerlingen en leerjongens veroorzaakt gedurende de tijd dat deze onder hun toezicht staan.

De hierboven geregelde aansprakelijkheid houdt op, indien de ouders, onderwijzers en ambachtslieden bewijzen dat zij de daad welke tot die aansprakelijkheid aanleiding geeft, niet hebben kunnen beletten.

artikel 1385.

De eigenaar van een dier, of, terwijl hij het in gebruik heeft, degene die zich ervan bedient, is aansprakelijk voor de schade die door het dier is veroorzaakt, hetzij het onder zijn bewaring stond, dan wel verdwaald of ontsnapt was.

artikel 1386.

De eigenaar van een gebouw is aansprakelijk voor de schade door de instorting ervan veroorzaakt, wanneer deze te wijten is aan verzuim van onderhoud of aan een gebrek in de bouw.

artikel 1386 bis.

Wanneer aan een ander schade wordt veroorzaakt door een persoon die zich in staat van krankzinnigheid bevindt, of in een staat van ernstige geestesstoornis of zwakzinnigheid die hem voor de controle van zijn daden ongeschikt maakt, kan de rechter hem veroordelen tot de gehele vergoeding of tot een gedeelte van de vergoeding waartoe hij zou zijn gehouden, indien hij de controle van zijn daden had.

De rechter doet uitspraak naar billijkheid, rekening houdende met de omstandigheden en met de toestand van de partijen.

De hierboven vermelde artikels kunnen ingeroepen worden door een schadeleider om vergoeding te eisen van de tegenpartij die de schade heeft veroorzaakt.

Telkens moet de schadeleider dan het volledig bewijs leveren van de drie elementen:

**fout,
schade
en oorzakelijk verband.**

Deze vorm van burgerlijke aansprakelijkheid wordt in zeer veel polissen verzekerd. (bv BA auto, familiale, uitbating enz)

De onderschrijver van een dergelijke polis ziet zich dan bijgestaan door zijn verzekeraar wanneer een derde een schade-eis indient omdat hij meent dat de verzekerde gehouden is tot vergoeding van de schade, omdat hij m.a.w. meent *aanspraak te kunnen maken* op vergoeding.

5.3 CONTRACTUELE AANSPRAKELIJKHEID

Deze aansprakelijkheid situeert zich in het domein van de contracten. Wanneer een van de partijen van een contract zijn contractuele verplichtingen niet nakomt ontstaat hieruit een contractuele aansprakelijkheid. Een aansprakelijkheid omwille van de slechte uitvoering van het contract.

Een contract is een soort verbintenis. Een verbintenis is een rechtsband waardoor men verplicht is om iets te geven, of iets te doen of iets niet te doen. Verbintenissen kunnen ontstaan uit verschillende bronnen:

- de contracten (of overeenkomsten)
- de quasi-contracten (oneigenlijke overeenkomsten zoals de zaakwaarneming, de oneigenlijke betaling, de verrijking zonder oorzaak)
- de onrechtmatige daden (B.W. art 1382 e.v.)

Een contract is een wilsuiting tussen partijen met de bedoeling om tussen hen een verbintenis te doen ontstaan. De verplichting die uit deze verbintenis ontstaat kan zowel een verplichting zijn tot resultaat als een verplichting tot middelen als een verplichting van waarborg. Juist het onderscheid tussen middelen- en resultaatverbintenis kan zeer hoog oplopende betwistingen veroorzaken bij schade-eisen.

Enkele voorbeelden:

- Is een geneesheer gehouden tot een resultaatverbintenis? (genezing bv)
- Is een garagist enkel gehouden tot een middelenverbintenis?
- Is een beroepsfotograaf gehouden tot een resultaatverbintenis? (afleveren van de gevraagde huwelijksreportage)

Niet alle contracten zijn schriftelijk opgemaakt, sommige zijn echter verplicht schriftelijk. Er zijn echter ook consensuele contracten (de consensus van de partijen) die niet geschreven zijn. De plechtige contracten worden dan weer enkel via een authentieke akte verleden. (huwelijkscontract bv)

Uit de verbintenissen of de verplichtingen van een contract kan een contractuele aansprakelijkheid ontstaan. Dit is zo wanneer het betrokken contract niet het verwachte resultaat geeft.

De contractuele aansprakelijkheid situeert zich dan ook in de slechte uitvoering van een contract en de gevolgen daarvan.

Enkele voorbeelden:

• Breken van een toestel tijdens de herstelling ervan.

• Dakwerker die bij plaatsing van roofing het dak in brand zet.

• Geneesheer die verkeerde therapie toepast.

Volgens vaste rechtspraak van ons Belgisch Hof van Cassatie is het niet mogelijk om contractuele en extracontractuele aansprakelijkheid te laten samenlopen. Een vordering tot betaling van schadevergoeding moet daarom gebaseerd zijn op ofwel contractuele ofwel op extracontractuele basis.

Slechts **drie uitzonderingen** zijn toegelaten op dit principe van verbod tot samenloop:

- de extracontractuele fout die samenloopt met de contractuele is tevens een overtreding van het strafrecht (bv onvrijwillige slagen en verwondingen).
- de extracontractuele fout is een overtreding van het algemene voorzichtigheidsprincipe (bonus pater familias) EN de schade kon alleen veroorzaakt zijn door deze fout en niet door een foutieve uitvoering van het contract.
- de extracontractuele fout is opzettelijk gepleegd, of is een zware fout, en de contractuele aansprakelijkheid kan door exonoratie niet ingeroepen worden. Denk maar aan de fameuze bordjes “wij zijn niet verantwoordelijk voor ongevallen...”.

5.4 DE STRAFRECHTELIJKE AANSPRAKELIJKHEID

Deze aansprakelijkheid ontstaat bij het plegen van een misdrijf, bij overtreding van de regels van het strafrecht. Het strafrecht vermeldt de sancties die voorzien zijn bij welbepaalde daden. Uit deze sancties kan afgeleid worden welke norm er opgelegd wordt of welk verbod er gesteld wordt. Het strafrecht voorziet talrijke vormen van sancties (geldboetes, gevangenisstraf, nietigverklaring...)

Bij strafrechterlijke aansprakelijkheid staat de te betalen schade in vergoeding tot de ernst van de overtreding. Er is in het strafrecht een lijst van sancties gepubliceerd. (bijvoorbeeld boete van 50 tot 200, of gevangenis)

Een gelijkaardige overtreding zal in principe aanleiding geven tot een gelijkaardige straf. Deze straf is een soort schadevergoeding die aan de gemeenschap moet betaald worden. De staat int immers de boeten.

Op dit vlak is de schadevergoeding onder burgers totaal verschillend. Een zelfde overtreding kan aanleiding geven tot totaal verschillende schadevergoedingen. Wanneer iemand door zijn fout een ander persoon bijvoorbeeld van een ladder doet vallen zal de vergoeding die aan deze andere burger moet betaald worden totaal niet in verhouding staan van de fout die gepleegd werd. De vergoeding zal een economische berekening zijn van de schade die de andere burger oploopt. De strafmaat echter is voor een gelijkaardige overtreding telkens dezelfde.

De verplichting tot schadevergoeding die voortvloeit uit een strafrechtelijke overtreding is meestal het gevolg van de straf die aan deze overtreding toegekend wordt.

Voor de schadelijder is het voldoende te bewijzen dat de overtreding van de strafwet DE oorzaak is van zijn (bewezen) schade om een eis te kunnen indienen inzake vergoeding.

Immers het feit van de strafrechtelijke veroordeling helpt de schadeleider om zijn bewijs van de fout van de tegenpartij te leveren. De door de strafrechter bestrafte fout moet door de schadeleider niet meer bewezen worden, enkel nog het oorzakelijk verband met de bewezen schade.

5.5 ARTIKEL 544 B.W.

Art 544 B.W. stelt: 'Eigendom is het recht om op de meest volstreckte wijze van een zaak het genot te hebben en daarover te beschikken, mits men er geen gebruik van maakt dat strijdig is met de wetten of met de verordeningen.'

Uit de storing van het eigendomsgenot van een ander persoon kan de plicht ontstaan om tot schadevergoeding over te gaan. Het idee van de het volstreckte eigendomsgenot dateert uit de tijd van de Franse revolutie. (liberté, fraternité, égalité) Zonder echt genot van een stukje eigendom is er niet echt sprake van vrijheid. Ten slotte is die plaats waar men zich het meest vrij voelt, bijna altijd die plaats waar men eigenaar van is.

Het is om deze reden dat art 544 BW tussen eigenaars van een goed kan aangewend worden om een herstel van het evenwicht tussen genot van twee eigendommen af te dwingen.

Vaak spreekt men hier ook over de 'foutloze' aansprakelijkheid, omdat de plicht tot schadevergoeding ontstaat zonder dat er enige fout werd begaan, de plicht tot schadevergoeding vindt zijn oorsprong in een storing van het eigendomsgenot.

Een schoolvoorbeeld is de schade-eis van de buurman die meent dat zijn schoorsteen niet meer werkt nadat een appartement naast zijn woning werd opgetrokken. Niettegenstaande er bij tegenpartij geen fout kan aangeduid worden is er tocht een recht op schadevergoeding omwille van de geleden storing van het eigendomsgenot. De herstelling van het evenwicht is meestal niet een financiële vergoeding, maar dikwijls een materiele compensatie. Bij het schoorsteenarrest was de compensatie het optrekken van een hoge schoorsteen, langs het appartementsgebouw.

Verstoring van het evenwicht onder eigenaars stelt zich veelvuldig bij de uitvoering van openbare werken. De aannemer voert het werk juist uit, de opdrachtgever geeft de juiste instructies, de architect maakt de juiste plannen en toch zijn er mensen die schade lijden. Klassieke problemen zijn barsten in woningen bij het uitvoeren van grote wegenwerken of graafwerken. De schadelijder ondervindt echter ernstige problemen om een fout aan te duiden bij de tegenpartij. Vandaar dat de vordering tot schadevergoeding dikwijls zal gebaseerd zijn op art 544 bw. Vandaar ook de term foutloze aansprakelijkheid.

Aannemers van openbare werken laten dikwijls toe dat de eigenaar van het goed (staat, gewest..) zijn aansprakelijkheid exonoreert. De aannemer neemt dan deze aansprakelijkheid over. Het is dan ook van het allergrootste belang dat de aannemer zijn verzekeraar hierover inlicht. Op die manier kan zijn polis aangepast worden aan de risico's die hij contractueel op zich neemt.

5.6 OBJECTIEVE AANSPRAKELIJKHEID

Deze vorm van aansprakelijkheid stelt een vermoeden van verantwoordelijkheid voorop. Dit vermoeden van verantwoordelijkheid is slechts in uitzonderlijke gevallen weerlegbaar.

De inspiratie van dergelijke wetgeving dient vooral gezocht te worden in de bescherming van de slachtoffers. Soms heeft dit soort aansprakelijkheid meer weg van een gewone betaalplicht; in die zin wordt de objectieve aansprakelijkheid ivm zwakke weggebruikers in het verkeer meestal genoemd als een betaalplicht van de autoverzekeraar tegenover de zwakke weggebruikers...

Voorbeelden;

- de objectieve verantwoordelijkheid bij brand en ontploffing
- de objectieve betaalplicht in autoverzekering tegenover de zwakke weggebruikers
- de onweerlegbare verantwoordelijkheid van de werkgever voor de daden van zijn personeel...

Kenmerkend voor de slachtoffers is dat zij een zéér beperkte bewijslast hebben om hun schade-eis te kunnen formuleren. Uiteraard moet steeds de schade bewezen worden, maar de fout en het oorzakelijk verband met de schade worden doorgaan via vermoeden van aansprakelijkheid bewezen.

Zo moet een 'zwakke weggebruiker' buiten zijn lichamelijke schade enkel nog de betrokkenheid van een voertuig onderworpen aan de verplichte verzekering bewijzen.

5.7 B.A. PRIVÉ LEVEN - FAMILIALE

Inzake aansprakelijkheidsverzekering is deze polis wellicht één der best verspreide.

In deze polis is de extracontractuele aansprakelijkheid van de verzekerde gewaarborgd. (artikels 1382 tot 1386 bis van het burgerlijke wetboek) De waarborg is doorgaans uitgebreid tot de aansprakelijkheid van alle personen die in gezinsverband samenwonen met de verzekeringsnemer.

In 1983 heeft de wetgever een aantal minimum waarborgen opgelegd voor deze polis alsook de verplichte vrijstelling in stoffelijke schade. De vrijstelling is nooit van toepassing op de veroorzaakt lichamelijke letsels. Hier wordt de tegenpartij steeds vergoed zonder aftrek van een vrijstelling.

De maatschappijen bieden ondertussen allen de keuze tussen het onderschrijven van de minimum waarborg zoals in het KB voorzien en een ruimere waarborg in hun uitgebreide polis. Er is in de uitbreiding van de waarborg nogal wat verschil tussen de maatschappijen. Uitbreidingen kunnen verband houden met grote oppervlakte van de tuin, houden van paarden, eigendom van meerdere woningen, aansprakelijkheid voor een lift in een woning, kinderopvang, huispersoneel enz...

De minimum bedragen die volgens het KB moeten verzekerd worden zijn:

12.394.676,24 €(500.000.000 bef) voor lichamenlijk letsel
6.197.338,12 €(25.000.000 bef) voor stoffelijke schade

Deze bedragen worden geïndexeerd, net als de vrijstelling van 123.95 €(5.000bef).

De waarborg wordt echter steeds beperkt tot het privé-leven van de verzekerden en wordt ook nooit toegekend voor de situaties waar een wettelijk verplichte verzekering is voorzien (bv jacht, auto, bromfiets...) Evenmin is er in de polis familiale dekking voor de contractuele aansprakelijkheid (zie verder).

Naast de afdeling B.A. is meestal ook de waarborg rechtsbijstand voorzien in de polis.

5.8 B.A. UITBATING, B.A. NA LEVERING, PRODUCTENAANSPRAKELIJKHEID, TOEVERTROUWD GOED

5.8.1 B.A. uitbating

Waar de familiale verzekering uitsluitend het privaat leven verzekert is deze polis geenszins van toepassing in het privaat leven, maar uitsluitend in het beroepsleven.

De hedendaagse polissen bevatten meestal in een package vorm alle waarborgen (uitbating, na levering, producten, toevertrouwd goed).

Er bestaan echter nog veel (oudere) polissen die enkel de B.A. uitbating verzekeren. Deze polissen verzekeren dan ook enkel de extracontractuele aansprakelijkheid tijdens en door de uitoefening van de beroepsactiviteiten.

Belangrijk bij dit soort polissen is dat er een goede risicobeschrijving werd gedaan bij het invullen van het voorstel en dat de polis op maat gemaakt werd voor het bedrijf. De algemene voorwaarden bevatten immers nogal wat uitsluitingen die echter via de bijzondere voorwaarden kunnen aangepast worden.

BV het risico van de heftruck (werking en verkeersrisico), de liften, aantal verzekerde personen...

5.8.2 B.A. na levering

Na het uitgevoerde werk of na de levering van een product kan vanwege een cliënt of een derde een schade-eis ontstaan. De aansprakelijkheid kan derhalve zowel van contractuele aard als van extracontractuele aard zijn.

BV een slecht gelaste waterleiding kan door lekkage waterschade veroorzaken bij de cliënt van de loodgieter maar ook bij de eventuele buur van deze cliënt.

De waarborg is verbonden aan de polis BA uitbating maar wordt meestal onderschreven tegen een afzonderlijk verzekerd kapitaal met een afzonderlijk bepaalde vrijstelling..

5.8.3 Productenaansprakelijkheid

Tot voor 30 07 1988 moest een schadeleider een fout van het product kunnen bewijzen om op basis van het oorzakelijk verband tussen deze fout en zijn schade een vordering te kunnen indienen. Het ging m.a.w. om een vordering op basis van de extracontractuele aansprakelijkheid.

Met de Europese richtlijn werd de bewijslast voor de schadeleider duidelijk lichter. Het volstaat dat de schadeleider aantoont dat het product gebrekkig (onveilig) is en dat het hierdoor schade heeft veroorzaakt. Bovendien kan de schadeleider zich richten tot zowel de producent, als tot de distributeur (merkaanbrenger) als tot de leverancier als tot de invoerder van het product. Deze verschillende personen kunnen bovendien solidair aansprakelijk gesteld worden zodat de schadeleider zich kan richten tot wie hij verkiest. Aan deze dan om op de andere persoon zijn gedane uitgaven te recupereren.

De producent kan moeilijk aan zijn verantwoordelijkheid ontsnappen tenzij hij bewijst dat:

- de schadeleider zelf een fout heeft begaan.
- het gebrek in het product ontstond na het in omloop brengen ervan.

- de beslissing het product in omloop te brengen werd niet door hem genomen, omdat het product nog niet bestemd was om in omloop gebracht te worden.
- het product als geheel gebrekkig is, doch het door de producent geleverde onderdeel voldoet aan de nodige vereisten.

Voor de materiële schade geldt een vrijstelling van 500 €, voor de lichamelijke schade geldt geen vrijstelling.

Door deze wetgeving is ongetwijfeld een polis Productenaansprakelijkheid voor elke producent een absolute must. Het is evident dat de schadelijders op een veel gemakkelijker manier hun schade-eis zullen kunnen indienen, vooral gezien de vereenvoudigde bewijslast.

5.8.4 Toevertrouwd goed

In de basisafdeling BA uitbating is deze waarborg altijd uitgesloten. Voor vele ondernemers is deze waarborg echter een absolute must. Het is het dan ook zeer sterk aan te raden deze bijkomende waarborg te onderschrijven. De reden tot uitsluiting is dat hier de contractuele aansprakelijkheid van kracht is terwijl de BA uitbating deze niet ten laste neemt.

Het betreft hier de beschadiging van de goederen waaraan de ondernemer werken uitvoert. Al naargelang de activiteiten van de onderneming kan deze waarborg van essentieel belang worden.

Voorbeelden:

De vakman die herstellingen uitvoert aan machines. (garagist, elektriker...)

Wassalon of nieuwkuisbedrijf.

Nooit samenloop van contractuele en extracontractuele aansprakelijkheid

Het is ongetwijfeld moeilijk om beide vormen van aansprakelijkheid van elkaar gescheiden te houden. Het is dan ook vaak zo dat bij schade-eisen gepoogd wordt om beide vormen van aansprakelijkheid in te roepen, in de hoop dat misschien één van beide wel van toepassing zal kunnen zijn.

Er is echter geen samenloop van extracontractuele en van contractuele aansprakelijkheid mogelijk. (zie hierboven voor de 3 uitzonderingen)

Dit werd bevestigd door het Hof Van Cassatie in een arrest van 14-10-1985.

Hier werd gesteld dat een contracterende partij enkel dan extracontractuele aansprakelijkheid kan oplopen indien de betrokken fout volledig los staat van de uitvoering van het contract. Bovendien mag de veroorzaakte schade helemaal niets te maken hebben met de slechte uitvoering van het contract. (want anders is er sprake van contractuele aansprakelijkheid)

Voor de geïnteresseerden, de betrokken tekst:

Overwegende dat een contractspartij wegens een bij de uitvoering van de overeenkomst begane fout, slechts dan quasidelictuele aansprakelijk kan worden gesteld, indien de haar ten laste gelegde fout een tekortkoming uitmaakt, niet aan de contractuele verbintenis maar aan de algemene zorgvuldigheidsplicht EN indien die fout andere dan de slechte uitvoering van de overeenkomst te wijten schade heeft veroorzaakt.

5.9 B.A. VRIJWILLIGERS

Met de wet van 03 07 2005 en het kb van 19 07 2006 hebben de vrijwilligers een nieuw statuut gekregen. In het verleden hebben meerdere vrijwilligers tijdens het uitvoeren van hun vrijwilligerswerk ernstige schade veroorzaakt. De schade die moest vergoed worden zorgde vaak voor ernstige verzekeringsproblemen. De vrijwilliger is onbezoldigde, waardoor er geen waarborg was in de verzekering BA van de groepering waarvoor gepresteerd werd. Bovendien was het vaak niet mogelijk om beroep te doen op de familiale verzekering omwille van de aard van de activiteit.

Sedert de wet van 03 07 2005 geniet de vrijwilliger van een immuniteit voor de schade veroorzaakt tijdens het vrijwilligerswerk. (vergelijkbaar met de immuniteit die een loontrekkende geniet)

De polissen van de organisaties die beroep doen op vrijwilligers worden door de verzekeraars systematisch aangepast en uitgebreid. Op die manier is er een betere waarborg voor de slachtoffers en is er meer duidelijkheid voor de vrijwilliger en de organisatie waarvoor hij presteert.

Er geldt voor een aantal verenigingen een wettelijke verzekeringsplicht. Zij zijn verplicht een polis af te sluiten voor de prestaties die door hun vrijwilligers worden geleverd. Ook gewone bedrijven die door vrijwilligers worden geholpen moeten hun verzekering aanpassen. Hun polis voorziet geen automatische waarborg. Zij doen er best aan om hun verzekeraar te contacteren. Verzekeraars gaan er meestal van uit dat enkel bij VZW's vrijwilligers aan het werk zijn...

5.10 B.A. BEROEP

Deze polissen situeren zich binnen de activiteiten van bepaalde beroepen. De waarborg dekt de beroepsburgerlijke aansprakelijkheid wegens vergissingen, behandelingsfouten, gebrek aan voorzorg e.d.

Enkele voorbeelden: geneesheer, tandarts, verpleegkundige, verzekeringstussenpersoon, boekhouder enz.

Bij deze vorm van aansprakelijkheid is het zeer belangrijk na te gaan of de verantwoordelijk zich heeft geëngageerd tot een middelen verbintenis of een resultaat verbintenis

Bv een dokter kan niet altijd tot het resultaat van genezing van zijn patiënt verplicht worden, wel tot het leveren van alle gekende en mogelijk middelen om de genezing te kunnen bereiken.

Sommige van deze risico's BA beroep zijn enkel nog verzekeraar via een POOL van diverse maatschappijen of via de beroepsvereniging van het betrokken beroep. De schade-eisen zijn zo talrijk en hoog geworden dat de premies voor bepaalde risico's zeer sterk gestegen zijn. Vooral in de medische sector blijven de schadeclaims stijgen en stijgen dus ook de premies van de polissen.

5.11 OBJECTIEVE AANSPRAKELIJKHEID NA BRAND OF ONTPLOFFING

Deze verplichte verzekering heeft zowat een jaar na haar invoegstelling een enorme belangstelling gekregen na het drama in het Swittel hotel te Antwerpen.

De wet dateert reeds van 30-07-1979, het KB echter pas van 28-02-1991 en latere).

De wetgever heeft een objectieve betaalplicht voorzien bij brand en/of ontploffing, zodat de slachtoffers enkel hun aanwezigheid en hun letsel moeten bewijzen om van de waarborg te kunnen genieten. Er moet door de slachtoffers geen fout bewezen worden. De waarborgen werden aanvankelijk vastgelegd op 14.873.611,49 €(600.000.000 bef) voor lichamelijk letsel en 743.680,57 €(30.000.000 bef) voor stoffelijke schade.

De verplichting wordt opgelegd aan de uitbater (de exploitant, de inrichter) van inrichtingen die toegankelijk zijn voor het publiek. De tijdelijke huurder van een lokaal valt niet onder deze verplichting (BV de basketbalclub die een zaal huurt voor 4 uur per week).

De burgemeester waakt over de toepassing van de verzekeringsplicht en beschikt over sanctiemogelijkheden die kunnen gaan tot verplichte sluiting van de onderneming. De lijst van ondernemingen die vallen onder toepassing van deze verplichte verzekering werd opgenomen in de wet.

Enkele voorbeelden: artistieke cabarets, bioscopen, casino's, circussen, culturele centra, dancings en discotheken, drinkgelegenheden, handelsbeurzen, hotels, jeugdherbergen, kleinhandelswinkels (min 1000m²), onderwijsinstellingen, polyvalente zalen, pretparken, restaurants, frituren (> 50m²), schietstands, sportzalen, stadions, tentoonstellingszalen, theaters, ziekenhuizen.

5.12 VERGOEDINGSREGELING VOOR MEDISCHE SCHADE

Het eerste wetgevend initiatief dateert van 2007. (De uitwerking is van toepassing op feiten van na 12 04 2010, wet van 31 03 2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg; Belgisch staatsblad 02 04 2010) Doel van de wet is een bevordering van de minnelijke schikkingen bij bepaalde medische schade.

Met deze wetgeving werd een regeling voorzien voor patiënten die schade ondervinden door een medische zorgverlener. Belangrijkste element is dat de schadelijder geen fout

moet bewijzen bij de zorgverlener. De gezondheidszorg wordt zeer ruim bedoeld, enkel de medische experimenten en de niet terugbetaalde esthetische behandelingen vallen niet onder deze regeling. De regeling is gratis voor de patiënt en laat in hem in sommige gevallen de keuze om eventueel ook nog een gerechtelijke procedure te starten tegenover de betrokken zorgverlener. Wanneer de schadelijder echter de vergoeding van het fonds aanvaardt vervalt de mogelijkheid tot gerechtelijke procedure. Wanneer in een definitieve gerechtelijke beslissing de eis tot schadevergoeding ongegrond wordt verklaard dan zal er ook voor het fonds geen dossier kunnen ingediend worden.

Het fonds zal tussenkomen bij medische ongevallen, ook wanneer de aansprakelijkheid van de zorgverlener niet betrokken is. Er moet aan enkele voorwaarden voldaan worden opdat het fonds zou kunnen ingeschakeld worden.

Het ongeval moet verband houden met verstrekking van gezondheidszorg; de zorgverlener is niet aansprakelijk; de schade vloeit niet voort uit de toestand van de patiënt; de patiënt heeft abnormale schade (die zich niet had moeten voordoen met de huidige stand van de wetenschap, de toestand van de patiënt en zijn objectief voorspelbare evolutie).

Het lestel moet voldoende ernstig zijn; minstens een blijvende invaliditeit van 25%; een arbeidsongeschiktheid van zes opeenvolgende maanden of zes maanden over een periode van twaalf maanden; een zware verstoring van de levensomstandigheden of het overlijden van de patiënt.

In de gevallen waar de zorgverstrekker wel aansprakelijk is kan het fonds ook tussenkomen, bijvoorbeeld wanneer de zorgverstrekker niet of onvoldoende verzekerd is of wanneer de betrokken verzekeraar de aansprakelijkheid betwist of in de gevallen waar het fonds oordeelt dat het voorstel tot vergoeding vanwege de verzekeraar kennelijk ontoereikend is. In elk van deze gevallen treedt het fonds in de rechten van de schadelijder met verhaalsmogelijkheid op de aansprakelijke.

De procedure moet door de patiënt opgestart worden door een adviesaanvraag te richten tot het fonds. De wet voorziet een reeks van termijnen die moeten gerespecteerd worden. (zowel voor het fonds, voor de patiënt, de zorgverlener en diens verzekeraar. Indien er advies moet gegeven worden over de ernst van de schade kan er door het fonds een medische expertise georganiseerd worden (met betrokkenheid van alle partijen)

Het advies van het fonds heeft drie mogelijk vormen:

Indien het fonds meent dat de schade niet vergoedbaar is dan wordt de procedure gestopt. Oordeelt het fonds dat de zorgverlener aansprakelijk is dan wordt diens verzekeraar gecontacteerd met verzoek een regelingsvoorstel te doen. Is er geen verzekeraar dan doet het fonds zelf een voorstel.

Meent het fonds dat de schade ernstig genoeg is maar dat de zorgverlener niet aansprakelijk is dan wordt er door het fonds zelf een voorstel tot regeling gedaan.

Het is mogelijk dat de verzekeraar van de zorgverlener de aansprakelijkheid van de verzekerde zorgverlener blijft betwisten. In die gevallen betaalt het fonds dan de schade van de patiënt. Blijkt nadien dat er geen verantwoordelijkheid is van de zorgverlener dan wordt de vergoeding niet teruggevorderd.

Deze regeling zal er in geval voor de ernstige medische schades voor zorgen dat er sneller een advies en een vergoeding zal komen dan in het oude systeem waar eerst de aansprakelijkheid moest bewezen worden. Vooral de bewijslast bij medische schade was voor de slachtoffers een grote hindernis om in het verleden een vergoeding te bekomen. De gratis procedure langs het nieuwe fonds zal even vaak een argument zijn om niet voor de gerechtelijke weg te kiezen.

5.13 B.A. DIVERSEN

Enkele voorbeelden:

- B.A. Clubs en verenigingen, Sport en ontspanning
- B.A. Jacht
- B.A. Kerkfabriek
- B.A. Kinderopvang
- B.A. Leerkrachten, scholen, onderwijs
- B.A. Liften
- B.A. Tijdelijke manifestaties

5.14 SCHADEREGELING

Het is eigen aan een verzekeraar B.A. dat aan de schade-eis van de tegenpartij wordt weerstaan.

De verzekeraar verdedigt de verzekerde die anders zelf zou gehouden kunnen zijn tot betaling van de schade bij de tegenpartij. De maatschappij zal dan ook van de tegenpartij verwachten dat de nodige bewijzen geleverd worden (fout, schade, oorzaak e.d.) voor dat er tot betaling wordt overgegaan.

Al te vaak vergeet de verzekeringsnemer dit principe en wordt er verwacht dat de verzekeraar wel uit eigen beweging aan de tegenpartij zal vragen welke vergoeding deze wenst uitbetaald te zien. (soms is die tegenpartij immers een klant van de verzekerde).

Het is echter pas wanneer de aansprakelijkheid duidelijk vaststaat en dat de nodige bewijzen geleverd werden, dat de verzekeraar tot vergoeding zal overgaan. Meestal zonder expliciete erkenning van aansprakelijkheid, soms al eens enkel na een vonnis door de rechtbank omdat er betwisting was over de aansprakelijkheid van de verzekerde.

5.15 BEGRENZING VAN DE WAARBORG IN DE TIJD

Heel specifiek voor de verzekering burgerlijke aansprakelijkheid is de begrenzing van de waarborg in de tijd. Meer bepaald stelt de vraag zich wanneer de waarborg van de verzekeraar verworven is:

- bij het stellen van de daad die aanleiding heeft tot de aansprakelijkheid (**act committed**)
- bij het zich voordoen van de schade (**loss occurrence**)
- bij het zich manifesteren van de schade-eis van het slachtoffer (**claims made**)

Om de ingewikkeldheid van de problematiek wat toe te lichten geven wij een eenvoudig voorbeeld.

Een loodgieter begaat een fout bij het aaneenlassen van een waterleiding.
(act committed)

Enkele jaren later wordt het vochtprobleem in de woning van de bouwheer redelijk ernstig en moet er opnieuw behangen worden. (loss occurrence)

Wanneer later ook de buurman waterschade ondervindt wordt de slecht gelaste leiding ontdekt. (claims made)

Indien in die verschillende jaren de loodgieter ook telkens van verzekeraar is veranderd welke polis zal er dan voor de schade moeten tussenkomen?

Art 78 van de landwet schept duidelijkheid wat betreft de polissen BA auto, BA Brand en BA gezin. §1 van art 78 laat duidelijk blijken dat hier het principe van de loss occurrence moet toegepast worden.

In § 2 van art 78 van de landwet wordt gesteld dat voor de overige polissen er kan gekozen worden tussen het principe van de loss occurrence en de claims made.

In de polissen BA uitbating van zowat elke Belgische verzekeraar wordt het principe van de loss occurrence toegepast. Er wordt dus nagezien welke polis BA uitbating er in voege is wanneer de schade zich voor doet. In de polissen BA beroep (medische sector, vrije beroepen...) wordt echter vaak het principe van de claims made toegepast. Er wordt dan nagezien welke polis er in voege is op het moment dat de schadevergoeding geëist wordt.

Het is dus van belang om na te gaan onder welke voorwaarden de verzekeraar zijn waarborgen aanbiedt. Met de overstap naar een andere verzekeraar is het uitermate belangrijk om na te gaan welke waarborg er geboden wordt door de nieuwe verzekeraar. Dit is uitermate belangrijk voor de claims die kunnen ontstaan door feiten die in het verleden gebeurd zijn.

Elk van de drie vormen van waarborg kent zo zijn eigen problemen:

- bij **act committed** kan de schade-eis vele jaren later komen, de daad zelf kan bv in medische dossiers moeilijk aan te tonen zijn, de polis zoveel jaren geleden kan veel beperkter waarborgen bevatten, enkele jaren later kan de polis bv al niet meer bestaan.
- bij **loss occurrence** hebben vooral de verzekeraars problemen met het feit dat zij ook waarborg moeten verlenen voor vroeger gestelde daden van hun verzekerde. Evenzeer stelt zich hier het probleem van de posterioriteitswaarborg. (bv voor zelfstandigen die nog een schade-eis kunnen verwachten na de stopzetting van hun activiteiten.)
- bij **claims made** stelt zich het probleem dat er geen dekking is wanneer de schade-eis gesteld werd na het beëindigen van de polis, ook al zou de oorzaak van de schade zich situeren tijdens de duur van de polis.

Diverse oplossingen worden uitgewerkt. Een claims made dekking met omstandighedendekking is een goede oplossing. Hier blijft de waarborg in de toekomst lopen als de verzekerde tijdens de duur van de polis zijn verzekeraar op de hoogte heeft gebracht dat er mogelijk schade-eisen kunnen volgen.

In elk geval zijn de polissen burgerlijke aansprakelijkheid een zeer belangrijk economisch element. Deze materie zal zeker mee evolueren met wetgeving, rechtspraak en maatschappelijke visies. Welke ondernemer kan zich immers permitteren om geen polis burgerlijke aansprakelijkheid te onderschrijven?

5.16 INTERNATIONALE WAARBORG BEDRIJFSAANSPRAKELIJKHEID

Voor bedrijven die leveren aan het buitenland is uiteraard niet alleen de Belgische wetgeving van toepassing. Op Europees niveau is er een begin van uniformiteit. Maar er zullen steeds belangrijke verschillen blijven tussen de onderlinge lidstaten.

Voor het verzekeren van de aansprakelijkheid die in het buitenland kan opgelopen worden, moet zeker met de hieronder vermelde zaken rekening gehouden worden.

5.16.1 Noord Amerika

Het aanbrenge van informatie over het gebruik van een product wordt hier op een zeer strikte manier geëist van de producent. Een afwezige of onvoldoende gebruiksaanwijzing of verwittiging voor gevaar kan leiden tot ernstige veroordeling inzake aansprakelijkheid.

Voorbeeld:

Producent van aanstekers Bic werd veroordeeld tot 60 miljoen schadevergoeding omdat er geen voorschrift stond op zijn aanstekers. Spelende kinderen hadden met de aanstekers brand veroorzaakt.

Ford Pickup veroorzaakt een ernstig ongeval; bestuurder is dronken; de benzinetank van de wagen ontploft en veroorzaakt schade. Ford werd veroordeeld voor verkeerde plaatsing van de benzinetank (foutieve, onveilige constructie van de wagen)

Class Action:

Het gezamenlijk dagvaarden van de producenten van een product omdat niet meer met zekerheid kan vastgesteld worden welke producent de schade heeft veroorzaakt.

Vb acties tegen de tabakproducenten

Acties tegen de asbest producenten

Marked Share Liability

Elke producent wordt mee veroordeeld om een deel van de schade te vergoeden. Het aandeel van de schade staat in verhouding met het marktaandeel van de producent.

Punitive and exemplary damages

Dit soort schadevergoeding wordt door de rechter boven de geëiste bedragen aan het slachtoffer toegekend. De reden waarom het slachtoffer deze extra vergoeding krijgt is een vorm van een straf naar de producent toe. Dit soort 'straffen' dient als waarschuwingsvoorbeeld naar de producenten toe.

Vendor's liability

De verantwoordelijkheid van de voortverkoper. Er zijn twee types te onderscheiden:

"limited" de verkoop geschied zonder aanpassingen aan het product

"broad" verkoop met veranderingen aan het product.(niet verzekeraar, tenzij met lokale polis in Amerika).

Hold harmless agreements

hiermee wordt bedoeld dat de producent zorgt voor de vrijwaring van de Amerikaanse Invoerder.

Pollution

zeer chaotische wetgeving en even chaotische rechtspraak. Zeer verschillend per staat; zeer veranderlijk; vonnissen verschillen per maand. Verzekeraars proberen de evolutie in deze materie via het Internet op te volgen.

Verzekering voor dit soort risico is soms met beperkte dekking mogelijk. De verzekeraarbaarheid is verschillende per deelstaat.

5.16.2 Nieuwe richtlijn: enkel schade bewijzen

Op Europees niveau werd reeds een vereenvoudiging toegepast om een schade-eis in te dienen. In plaats van Fout Oorzaak en Schade te moeten bewijzen kan het slachtoffer zich beperken tot bewijs van de onveiligheid van het product, zijn schade en het oorzakelijk verband tussen beide.

Met de nieuwe richtlijn zou het voor het slachtoffer voldoende zijn dat de schade bewezen wordt, en het oorzakelijk verband met het product.

5.16.3 Tariefelementen:

→ volume, omzet

→ % naar USA

→ welke producten naar USA

→ labels!, gebruiksaanwijzingen

vb. USA Bic is groter dan de Franse Bic aansteker om het label te kunnen aanbrengen

Ierland: ruimere productenaansprakelijkheid in BA, zoals in de USA.

Fout moet in USA minder bewezen worden maar de schade wel.

Er is een belangrijk verschil met onrechtstreekse uitvoer (door klant van de producent naar USA bv zonder medeweten van de producent). Rechtstreekse uitvoer is immers MET medeweten van de producent van het product.

Ook in Mexico past men al gelijkaardige regels toe als in de USA.

5.16.4 Recall en Product Integrity polissen

Beide polissen behandelen het probleem van een product dat terug uit de markt moet genomen worden. (om diverse redenen).

De product integrity polis is eerder soort eigen schade polis.

De polis voorziet een vergoeding voor gezichtverlies van het bedrijf - eigen bedrijfsverlies.

Terugroepkosten voor producten die gebreken vertonen worden meeverzekerd.

De recall polis voorziet enkel een waarborg voor de kosten van het terugroepen van een product, wanneer er kans bestaat dat de aansprakelijkheid kan ingeroepen worden door de klanten.

Zeer strenge voorwaarden om de polissen te kunnen onderschrijven;

Recall plan nodig, draaiboek van acties binnen de 24 uur na de probleemstelling.

Traceability nodig (waar bevinden de producten zich?)

Budgettering nodig (werk, vervoer, opslag, ...)

Vernietigingskosten (verbranding is zeer duur; vernietiging ter plaatse of na vervoer kan sterk verschillen)

Onmiddellijke aangifte nodig; verzekeraar moet onmiddellijk verwittigd worden.

Dringend dreigend letsel of stoffelijke schade nodig voor de tussenkomst van de verzekeraar.

vb geen dekking voor louter kleurverschil van een verf

vb aardappelchips met ijzerelementen; hier is wel dreigend gevaar en tussenkomst van de verzekeraar.

Recall in opdracht van de overheid

Geen dekking voor : het product zelf
criminele contaminatie (zie product Integrity)

Communicatie is zeer belangrijk en ook de voorbereiding ervan, zowel in de voorbereiding van de polis als bij het verwerken van een schadegeval (communicatie met klanten en eventuele overheid)

Opmerking

Er bestaat een belangrijk verschil tussen de waarborg Recall en de waarborg Reddingskosten. Reddingskosten stopt als verzekeringswaarborg op als het dringend gevaar voorbij is. (zie artikel 52 van de landwet). Dit is natuurlijk de loutere theorie. Wat er ooit zal gevonnist in een concrete situatie zal misschien wel echt consumenten beschermend zijn en minder streng in onderscheid dan de theoretische benadering.

6 DE LEVENSVZERZEKERING

De levensverzekering is onvermijdelijk verbonden met het (over)leven en overlijden van een persoon. Het zijn essentieel deze twee risico's die verzekerd worden in de levensverzekering:

het risico om **vroegtijdig te overlijden** en personen na te laten in een toestand van behoefte.

het risico **lang te leven** en eveneens een nood te hebben aan een blijvend inkomen.

Binnen het aanbod van levensverzekeringen (dat enorm groot is) is altijd één van deze beide waarborgen terug te vinden.

6.1 DE PARTIJEN

Het is belangrijk het onderscheid te maken tussen de **verschillende partijen** die in een polis levensverzekering betrokken zijn:

Er is natuurlijk steeds een **verzekeringsmaatschappij** die het contract waarborgt. Deze maatschappij verbindt er zich toe de verzekerde sommen uit te betalen wanneer het verzekerde feit (overleven of overlijden) zich voordoet. Het verzekerde feit moet zich wel voordoen binnen de duurtijd van een polis. Stopt de polis op de 65^{ste} verjaardag van de verzekerde, dan zal een overlijden na deze datum niet meer binnen de verzekering vallen.

Maar elke polis bevat ook de volgende partijen:

De verzekerde: dit is de persoon op wiens hoofd de verzekering werd geplaatst.

De prestaties van de polis zijn afhankelijk van de situatie waarin de verzekerde zich bevindt. Zo zal de verzekerde prestatie moeten geleverd worden wanneer de verzekerde komt te overlijden. Behalve bij de polis UKZT, waar er geen enkele prestatie voorzien is bij het overlijden van de verzekerde. (zie verder) Wanneer de verzekerde een bepaalde leeftijd bereikt dan zal de prestatie bij leven betaald worden.

De verzekeringnemer: de partij die de polis onderschrijft en die instaat voor de betaling van de premies. De verzekeringnemer geniet uitgebreide rechten zoals:

opzeg van de polis binnen de 30 dagen na het ondertekenen ervan

het bepalen van wie er begunstigde zal zijn (bij leven of overlijden van de verzekerde)

de wijziging van deze begunstigde

het afkopen van de polis (vernietiging en uitbetaling van de reserve)

het aanvragen van een voorschot op de voorziene prestaties (max het kapitaal voorzien bij overlijden van de verzekerde)

het omzetten van de formule van de polis (bv van spaarformule naar schuldsaldo)

het premievrij maken van de polis (de polis verder laten bestaan zonder premiebetaling)

de overdracht of cessie aan een derde (bv aan een bank, als onderpand voor een lening)

het terug in voege brengen van de polis; het veranderen van de beleggingsvorm (bv in tak 23 het veranderen van de belegde fondsen)

het opzeggen van de polis is eveneens voorbehouden voor de verzekeringnemer.

De begunstigde: de partij die de verschuldigde prestaties van de verzekeraar zal ontvangen. De begunstigde kan bepaald zijn of bepaalbaar zijn.

Enkele voorbeelden:

Bepaalde begunstigen: Mevr Marie Debegunstigde geboren op 01 01 1940

Bepaalbare begunstigde: de echtgenote van de verzekerde.

In het aanduiden van bepaalbare begunstigen is het opletten geblazen! Op het moment van de aanduiding kunnen deze personen totaal verschillende zijn van de personen bij het overlijden van de verzekerde. De echtgenote van de verzekerde zou na enkele jaren wel iemand anders of niemand kunnen zijn (bv na echtscheiding) De kinderen van de verzekerde zouden met veel meer kunnen zijn na enkele jaren. Misschien moet het deel van een reeds overleden kind wel betaald worden aan diens erfgenamen. Wanneer bepaalbare begunstigen aangeduid worden zal er bij de prestatie van de polis moeten nagegaan worden wie er in aanmerking komt. Wanneer er een bepaalde begunstigde (of meerdere) werd aangeduid moet enkel worden nagegaan of deze personen nog in leven zijn. (zodat er aan hen kan betaald worden)

De **aanvaardende begunstigde** in een levensverzekering geniet een bijzonder statuut, waarbij een specifiek engagement uitgaat van zowel de verzekeringnemer als de verzekeringmaatschappij. De verzekeringnemer moet wel akkoord geven om een aanvaardende begunstigde aan te duiden. Deze begunstigde geniet een aantal belangrijke voordelen o.a. het voordeel dat de begunstiging niet meer kan veranderd worden zonder schriftelijk akkoord van die aanvaardende begunstigde. Bovendien is er het engagement van de verzekeraar dat de begunstigde zal op de hoogte gehouden worden van de toestand van de polis (o.a. premiebetaling, verandering van kapitalen enz...) Een groot aantal rechten van de verzekeringnemer kan niet meer uitgeoefend worden zonder het akkoord van de aanvaardende begunstigde (inpandgave, afkopen, voorschot vragen, begunstigde veranderen, polis in pand geven) Enkel onder echtgenoten kan een aanvaardende begunstigde nog veranderd worden (zie art bw 955, ondankbaarheid...)

6.2 DE ONBETWISTBAARHEID

Wanneer een levensverzekering werd onderschreven dan geniet de verzekerde de absolute zekerheid dat de polis tot aan de einddatum zal blijven bestaan, ongeacht de gezondheidstoestand van de verzekerde. Zelfs indien de verzekerde uitzonderlijk ernstig ziek zou worden, dan blijft het engagement van de verzekeraar. Enkel wanneer er bij de onderschrijving fraude werd gepleegd zal deze zekerheid vervallen. (bijvoorbeeld wanneer de verzekerde ernstig heeft gelogen over zijn gezondheidstoestand; cfr art 5 6 lvo).

De verzekeraar heeft geen enkel recht om de polis op te zeggen wegens verslechtering van de gezondheid van de verzekerde. Vandaar de term “onbetwistbaarheid”.

6.3 OVERLIJDENSDEKKING

In zijn meest gekende vorm is deze polis gekoppeld aan een lening en wordt de naam van **schuldsaldopolis** gegeven. Juist omdat de polis nastreeft het saldo van de (bank)schuld

uit te betalen bij het overlijden van de verzekerde persoon werd deze naam gekozen. Er zijn echter zeer verschillende vormen van overlijdensverzekering, zonder dat deze moeten gekoppeld worden aan een lening of bankschuld.

Een verzekerde kan bv beslissen dat het verzekerd kapitaal over een periode van BV 30 jaar gerust jaarlijks met 1/30 mag verminderen omdat hij in de overtuiging is dat de polis na 30 jaar overbodig zal zijn.

De **tijdelijke** verzekering en de **levenslange** verzekering

De gevraagde waarborg overlijden kan voor een beperkte periode gevraagd worden, gaande van bv 1 jaar tot bv een bepaalde verjaardag of tot de verzekerde periode ten einde is. Op het einde van de verzekerde periode kan de verzekerde beslissen om een nieuwe polis aan te vragen, maar de verzekeraar zal hem opnieuw kunnen onderwerpen aan een vragenlijst en een nieuwe tarificatie. In bepaalde gevallen (bv ernstige ziekte) zou de verzekeraar zelfs kunnen weigeren om een nieuwe polis af te sluiten. Om zich tegen dit risico te beschermen kan de verzekerde een polis levenslange afsluiten. Hierbij verbindt de verzekeraar zich om de verzekerde te blijven verzekeren tot aan diens overlijden. Uiteraard moet de polis in voege blijven, en moeten beide partijen hun verplichtingen blijven nakomen (o.a. premiebetaling). De verzekerde heeft wel een schriftelijke garantie op **levenslange** verzekering wat er ook met zijn gezondheid gebeurt.

6.4 DE WAARBORG LEVEN

Hier is de levensverzekering meer te vergelijken met een spaarformule. De bedoeling is immers tegen een bepaalde datum over een spaarkapitaal te kunnen beschikken. In het extreemst voorziet deze polis geen enkele uitkering bij overlijden en zijn bij overlijden de premies definitief verworven aan de maatschappij (**UKZT = uitgesteld kapitaal zonder tegenverzekering**).

In de meeste gevallen wordt echter voorzien in de terugbetaling van de premies bij overlijden of in uitbetaling van het saldo van de rekening. Dit is het geval bij de polissen **UKMT** (uitgesteld kapitaal met tegenverzekering) In deze polissen is voorzien dat bij vroegtijdig overlijden van de verzekerde een kapitaal uitbetaald wordt dat gelijk is aan de som van de reeds gestorte premies, soms zelfs opgerent aan 6 tot 10%.

Er bestaan ook polissen die jaarlijks een overzicht geven van het saldo van het spaartegoed. Deze polissen hebben eerder het uitzicht van een **rekening**. Op die manier kan jaarlijks nagezien worden welke de kosten zijn op de premies en wat de opbrengst van de gewaarborgde rente is en hoeveel uitgekeerde winstdeelname er toegevoegd werd. Bij overlijden wordt dan ook het saldo van de rekening uitbetaald. (bv producten Crest, van Axa; Topinvest van Fortis; Flexirekening van Fidea) Deze nieuwe generatie polissen kennen steeds meer succes. Vooral omwille van hun transparantie en de duidelijkheid van kostenstructuur en toekenning van winstdeelname.

Interessant aan de polissen die een waarborg bij leven voorzien is dat de verzekeraars

steeds bereid zijn een minimum rendement te garanderen voor de volledige duurtijd van de polis. Dit minimum rendement zit vervat in het verzekerde kapitaal. Tot midden de jaren negentig bedroeg dit minimumrendement 4.75%. Doorgaans bedraagt dit minimum rendement nu 2.75% op jaarbasis. Er zijn echter al polissen met een lager minimumrendement. Hoe lager het beloofde minimumrendement, des te meer ruimte is er voor de verzekeraar om actief te beleggen (kopen en verkopen van aandelen enz...). Meestal resulteert een lager minimum rendement in een hogere winstdeelname of een lagere kostenstructuur. Vooral nu het minimumrendement van de verzekeraars dit van de kasbon benadert is dit een zéér belangrijk beleggingsargument geworden.

En dan is er ook nog de **verzekeringsbon**.

Best vergelijkbaar met de kasbon van de bank. Deze polis heeft een vaste duurtijd en een vaste minimum rente (opgelegd door het CDV). Om aan de roerende voorheffing te ontsnappen kan de verzekerde opteren om een verzekering overlijden af te sluiten, die een uitbetaling waarborgt van minstens 130% van de gestorte premie. Met de dalende rente heeft dit product enigszins een deel van zijn belangstelling verloren. De kostprijs voor de overlidenswaarborg betekent bovendien vooral voor iets oudere personen (50 plussers) een flinke beperking van het rendement.

6.5 DE GEMENGDE FORMULES

Door hun combinatie van de twee aspecten van de levensverzekering hebben deze polissen een enorme populariteit gekend. Tussen de waarborg overlijden en de waarborg bij leven kan een verhouding genomen worden die wisselt van een **10/3** tot een **10/30** verhouding.

Toch zal de nieuwe generatie van verzekeringsproducten deze gemengde polissen verdringen omwille van het feit dat zij te weinig rekening houden met de betaalde premies bij een vroegtijdig overlijden. Denk maar aan de man van 64 die een combinatie heeft van 100.000 € bij overlijden en 200.000 € op zijn 65 ste verjaardag. Overlijden op de leeftijd van 64 jaar is naast het menselijke fiasco vaak ook een financieel fiasco... Een toenemend aantal verzekeraars stopt met de verkoop van de gemengde levensverzekeringen, en geeft de voorkeur aan de nieuwe producten.

Vandaar dat waarschijnlijk de meest populaire vorm van de gemengde levensverzekering de **gemengde 10/10** gebleven is met een gelijk kapitaal bij leven als bij overlijden.

Voor jongere verzekerden wordt al eerder gekozen voor een polis met een groter kapitaal bij overlijden dan bij leven. Bij oudere personen is dit eerder omgekeerd en wordt meer belang gehecht aan het kapitaal bij leven. Alleenstaanden zijn dan doorgaans minder geïnteresseerd in de waarborg bij overlijden.

6.6 TAK 21

De levensverzekeringen van tak 21 zijn gekenmerkt door hun gewaarborgde rentevoet. De belegging gebeurt niet met beurs gelinkte fondsen. De polis bevat een resultaatverbintenis vanwege de verzekeraar. In de oudere formules is er een kapitaal berekend dat bij de einddatum zal bereikt worden. Er bestaan nog oude polissen met een

gegarandeerd rendement van 4.75%. De controledienst (cbfa) bepaalt de maximum voet voor de verzekeraars die een gewaarborgde rente willen aanbieden. In 2007 werd zo de gewaarborgde rentevoet op een max van 3.75% gebracht. Op de markt tref je veel verschillende gewaarborgde rentevoeten aan. De gewaarborgde rente is echter geen garantie voor het eindrendement, vaak bieden polissen met een lagere gewaarborgde rente een hogere winstdeelname, waardoor deze polissen uiteindelijk een hoger eindrendement aanbieden dan hun concurrenten met een hoge gewaarborgde rente.

Ook de hierboven vermelde gemene verzekeringen vallen onder tak 21. Alle klassieke levensverzekeringen vallen onder tak 21. Deze polissen hebben een vaste premie die gedurende een vooraf bepaalde periode moet betaald worden. Indien de premie niet betaald wordt, dan is de verzekeraar verplicht om de verzekerde in gebreke te stellen. Immers zonder premiebetaling zou het vooraf berekende doel niet kunnen bereikt worden. De formule van deze polissen is dus niet soepel. Het is dan niet gebruikelijk dat de verzekerde op geregelde tijdstippen zijn polis kan aanpassen. Iedere aanpassing moet voorafgegaan worden door een nieuwe berekening van het eindresultaat.

De moderne tak 21 producten zijn veel meer flexibel. Een aanpassing van de premie, het verzekerd bedrag, de duurtijd zijn aan veel minder vormen gekoppeld. De gegarandeerde rentevoet is deze flexibele producten is echter enkel geldig voor de stortingen die in het verleden gebeurden. De toekomstige stortingen kunnen altijd een andere gewaarborgde minimum rente krijgen. De nieuwe tak 21 polissen worden meestal onder de noemer Universal Life aangeduid. De flexibiliteit is het belangrijkste kenmerk van deze Universal Life polissen. De premie kan op ieder moment aangepast worden, net als de waarborgen in de polis. Er moeten geen zware actuariële berekeningen gemaakt worden. De polis gedraagt zich meer als een spaarproduct. De rentevoet wordt ook sneller aangepast aan de heersende rente op de beleggingsmarkt.

In de moderne tak 21 polissen kan de verzekeringsnemer ook perfect de aangerekende kosten terugvinden. In de klassieke polissen is enkel het berekende eindresultaat te zien, net als de jaarlijkse afkoopwaarde. De eventuele kosten dient de klant zelf uit te rekenen. In een klassieke gemengde levensverzekering konden deze kosten oplopen tot meer dan 15% van de premie. Meestal is er in een tak 21 een maximum van 6% instapkosten voorzien. Naast deze kost werd er in 2007 een verzekeringstaks van 1.10% ingevoerd. Deze taks dient betaald op iedere nieuw gestorte premie. (op groepsopolissen taks van 4.4%)

6.7 TAK 23

Deze polissen zijn vooral gekenmerkt door het feit dat er geen gewaarborgde rente voorzien is voor de belegging. De verzekeraar garandeert geen minimum rendement. Bovendien is er meestal ook geen bescherming voorzien op het kapitaal. Aan de andere kant kunnen deze polissen hogere rendementen opleveren, dit omwille van de kans op hogere rendementen bij beursbeleggingen. Een aandelenfonds dat een rendement van meer dan 10% per jaar behaalt is geen uitzondering. Er zijn al meerdere fondsen tak 23 die meer dan 25% rendement haalden in 1 jaar...Voer voor dynamische beleggers dus!

De fondsen die door tak23 verzekeraars aangeboden worden kunnen in twee grote categorieën ingedeeld worden: interne en externe fondsen. Bij interne fondsen beheert de verzekeraar zelf de belegging. Bij een extern fonds is het niet langer de verzekeraar die

instaat voor de belegging. De verzekeraar koopt de belegging in bij een specialist. Sommige verzekeraars maken er een punt van er van dat zij continu op zoek gaan naar de best presterende fondsen. In die fondsen kan de verzekeringsnemer dan zijn polis onderbrengen. De waarde van de polis zal ook bestaan uit deelwaardes van het beurs genoteerde fonds. Bijna een soort private banking, maar dan op niveau van een verzekeringspolis. De verzekeringsmaatschappij zorgt ervoor dat u zelfs met kleine bijdragen per maand toegang krijgt tot grote fondsen die anders enkel voor grote kapitalen van minstens 250.000€ open staan.

Deze fondsen kunnen gespecialiseerd zijn op zeer uiteenlopende gebieden van de beleggingsmarkt (aandelen, obligaties, vastgoed, vreemde munten, of combinaties) Overschakelen van de ene vorm naar de andere blijft steeds mogelijk. Net zoals het geen probleem is om de betaalde verzekeringspremie te beleggen in units van verschillende fondsen. De verzekeringsnemer kan op om het even welk moment beslissen om zijn toekomstige premies op een andere manier te laten beleggen. Ook de premies die in het verleden werden betaald, kunnen in de toekomst op een andere manier belegd worden.

Zo kan een polis tak²³ gesplitst worden over verschillende fondsen. Zelfs een kleine maandpremie kan gesplitst worden over meerdere fondsen. Ook de combinatie met risicodekking tegen bv overlijden of invaliditeit is mogelijk in deze polissen. Voor betaling van deze bijkomende verzekeringen wordt dan een deel van de units van de verschillende fondsen aangewend.

De polissen in tak 23 krijgen soms ook de naam Universal Life. Net zoals bij de tak 21 verwijst deze naam naar de flexibiliteit die deze polissen kenmerkt. De gespaarde sommen kunnen in zeer diverse vormen (verschillende fondsen) belegd worden. De polissen gedragen zich als een soort 'spaarpot'. De vergelijking met een bankproduct is dan ook nooit ver weg. Uit de 'spaarpot' kunnen de verschillende premies gehaald worden voor de bijkomende verzekeringen (overlijden, invaliditeit, hospitalisatie...). De interesten of de waardevermeerdering van de beleggingen wordt toegevoegd en gekapitaliseerd.

Indien de verzekerde boven op het rendement op zijn spaargeld tevens een waarborg bij overlijden kiest dan zal de betaling van deze waarborg gebeuren via het tegoed dat zich in de polis bevindt. De polis gedraagt zich bijna als een rekening met een positief saldo waarmee verschillende bijkomende waarborgen kunnen betaald worden (overlijden, invaliditeit, ongevallenverzekering, hospitalisatie...)

Ook de aangerekende kosten zijn bij dit product veel doorzichtiger. Instapkosten en andere kosten worden telkens meegedeeld, samen met de waarde van de rekening. Dit staat in schril contrast met de klassieke polissen waar enkel het eindresultaat meegedeeld wordt. De instapkosten zijn meestal ook beperkt tot een maximum van 6%. Op een tak 23 polis moet er geen verzekeringstaks betaald worden.

6.8 DE GROEPSVERZEKERING

De groepsverzekering is niet zozeer een product dan wel een modaliteit van verzekeren. Eén of meerdere personen verwerven hierbij een waarborg bij overlijden en of bij leven zoals omschreven in het groepsreglement van de polis. Deze polis wordt meestal

afgesloten door een werkgever ten voordele van (een categorie van) het personeel. De verzekeringsnemer kan zowel een NV, BVBA, of andere vennootschapsvorm hebben. De verzekerde personen zijn eveneens de begunstigen van de bij leven voorziene voordelen.

Het is sedert 16-01-1992 ook mogelijk om bestuurders en werkende vennoten aan te sluiten bij de groepsverzekering naast of ipv personeelsleden.

Voorwaarden zijn:

regelmatige uitkering van de bezoldigingen (minstens per maand).

de bezoldigingen moeten toegekend zijn voor het einde van het belastbaar tijdperk waarin de prestaties worden geleverd.

De bezoldigingen moeten worden afgetrokken als bedrijfslast in het betreffende belastbaar tijdperk.

Inzake beperking van de aftrekbaarheid van de premies dient hier tevens de fameuze **80%regel** vermeld te worden. Deze regel is uiteraard verschillend naargelang de polis een **te bereiken doel** nastreeft dan wel opgemaakt wordt op basis van een **vaste last**.

Bij een te bereiken doel zal immers de premie telkens verschillen in functie van de leeftijd van de verzekerde persoon. Bij een polis met vaste last zullen de premies gelijk zijn en zal het verzekerde kapitaal verschillen volgens de gegevens van de verzekerde persoon.

De 80%regel werd opgesteld door de fiscus. Het gaat hier een beperking van de fiscaal vrijstelbare premies. Immers niet om het even welke grootte van premie zal door de fiscus als bedrijfslast aanvaard worden. Hierbij wordt rekening gehouden met 80% van de normale bezoldigingen van de laatste 5 jaar van de beroepsloopbaan. De rente die berekend wordt uit het verzekerde kapitaal van de polis mag niet hoger zijn dan berekend met deze 80% regel. (voor detail zie rubriek Fiskaliteit, de 80% regel)

Interessant om weten is dat oudere bedrijfsleiders hun verzekerde prestaties kunnen op peil brengen van hun jongere collega's door een '**backservice**'. Hierbij worden grote eenmalige premies gestort in de polis om het pensioenkapitaal van deze 'oudere' bedrijfsleiders hoger te krijgen.

De groepsverzekering kan bestaan uit drie verschillende polissen:

Het **toelagecontract**: bevat de premies betaald door de werkgever (toelagen).

Het **bijdragecontract**: bevat de premies betaald door de werknemer (bijdragen).

Het **persoonlijk contract**: bevat de (vrijwillig) door de werknemer betaalde premies (op fiscaal vlak volgt deze polis de regels van de individuele levensverzekering)

Het groepsreglement:

dit reglement maakt onafscheidelijk deel uit van de polis. Het bevat een aantal zeer belangrijke bepalingen onder andere ivm

- de te verzekeren personen (bv een groepsverzekering voor alle commerciële directeurs)
- de te betalen premies
- het te bereiken doel
- evolutie van de polis ifv de evolutie van de loopbaan van de verzekerde
- enz.

Het groepsreglement is gebonden aan een aantal bepalingen van de Controledienst voor Verzekeringen en werd recentelijk binnen de wet Colla aan een aantal regels onderworpen. (o.a. de verworvenheid van de spaartegoeden bij ontslag uit de firma)

Een groepsverzekering hoeft niet noodzakelijk onderschreven worden voor een groep van personen. Er is echter wel steeds een definitie nodig van de te verzekeren groep. Door de huidige situatie binnen het bedrijf is het mogelijk dat de definitie van de groep ervoor zorgt dat er slechts 1 enkele verzekerde persoon is. Bv een groepsverzekering voor alle commerciële directeurs, terwijl er (heden) slechts 1 commerciële directeur is. Komt er later iemand binnen in het bedrijf die beantwoordt aan de definitie van de groep, dan zal hij uiteraard ook alle voordelen van de polis genieten.

Om dit specifieke probleem van een groep op te lossen, en om 1 welbepaalde persoon te verzekeren is de BLV (bedrijfsleiderverzekering) een alternatief.

6.9 DE BEDRIJFSLEIDERVERZEKERING (BLV VERZEKERING)

Ook hier is de bedrijfsleiderverzekering eerder een modaliteit van verzekeren dan wel een product. De hierboven vermelde combinaties leven en overlijden kunnen toegepast worden in een bedrijfsleiderverzekering.

Typisch aan de constructie van de bedrijfsleiderverzekering is dat het bedrijf de verzekeringsnemer en de begunstigde van de polis is.

De bedrijfsleider zelf is de verzekerde persoon.

De voorziene vergoeding bij leven of bij overlijden wordt dus steeds uitbetaald aan het bedrijf zelf.

Door het opstellen van een afzonderlijke overeenkomst engageert het bedrijf zich om aan verzekerde (bij pensioen) of aan diens erfgenamen (bij overlijden) een kapitaal uit te betalen.

Voor de BLV-verzekering (dekking overlijden) is echter geen regelmatige bezoldiging van de bedrijfsleider vereist, voor de groepsverzekering is dit wel het geval.

Om fiscale redenen is het echter niet aangeraden dat de voordelen van de polis rechtstreeks aan de bedrijfsleider toegekend zijn. In dergelijk geval zal de fiscus immers

steeds de premies verwerpen als bedrijfsuitgaven. Evenzeer ontstaan er (fiscale) problemen indien de voordelen van de **pensioenbelofte** (gefinancierd door de BLV) onmiddellijk en definitief toegekend worden aan de bedrijfsleider (vb zelfs bij falen of stopzetting van het bedrijf). Ook in deze situaties zal de fiscus weigeren om de premies als bedrijfsuitgaven te beschouwen.

Typisch aan de BLV is dus dat naast de polis een **pensioenovereenkomst** gemaakt wordt ten voordele van de bedrijfsleider en diens erfgenamen(n). Hiermee wordt getracht de premies van de polis zeker als bedrijfsuitgaven te kunnen in mindering brengen om het belastingvoordeel niet te verliezen. Bovendien biedt de pensioenovereenkomst de mogelijkheid voor het bedrijf om de ontvangen uitbetaling van de polis niet als belastbaar inkomen getaxeed te zien. Door uitvoering van de pensioenovereenkomst ontstaat een bedrijfsuitgave voor het bedrijf.

Deze formule bedrijfsleiderverzekering heeft echter vanwege de fiscus nogal wat tegenwind gekregen, vooral waar het ging om de verzekering van het aanvullende pensioen van de bedrijfsleider, en daar waar polis en pensioenovereenkomst te nauw met elkaar verbonden waren...

Meer en meer wordt overgestapt naar de formule van de groepsverzekering om een aanvullend pensioen te waarborgen voor de bedrijfsleider, maar deze formule is niet in alle gevallen mogelijk...

De bedrijfsleiderverzekering biedt immers het ontegensprekelijk voordeel dat bij deze polis 1 unieke persoon kan verzekerd worden. Bij de groepsverzekering zal dit steeds een categorie van personen zijn, ook als bevat deze categorie bij onderschrijven van de polis slechts 1 persoon.

6.10 VRIJ AANVULLEN PENSIOEN ZELFSTANDIGEN

Ook hier betreft het een vorm van levensverzekering. Het product heeft een afzonderlijk fiscaal regime. De waarborgen bij leven of overlijden kunnen verschillen.

Basis van het VAP is dat de zelfstandig een eigen bijkomend pensioen bijeenpaart in een polis waar de gestorte gelden op zijn naam gekapitaliseerd worden. Deze methode is verschillend met het wettelijke pensioenstelsel dat een repartitiesysteem is. Bij VAPZ wordt er een kapitalisatie gedaan van de eigen stortingen.

De zelfstandige kan een variabel bedrag van zijn inkomsten besteden aan VAP (van 0 tot 8.17%). Deze premies worden gestort in een polis op naam van de zelfstandige. De premies zijn echte bedrijfsonkosten en zorgen daarom zowel voor een vermindering van de te betalen belastingen als ook voor een vermindering van de te betalen sociale bijdragen.

Op deze manier kan er tot 70% van de betaalde premies door de zelfstandige gerecupereerd worden. (via vermindering van te betalen belastingen en sociale bijdragen).

Vanaf 01 01 2004 kan iedere zelfstandige vrij bij een eigen verzekeringsmaatschappij VAP afsluiten.

De maximum bedragen VAPZ bedragen in 2008:

2.686.05€ voor het klassieke VAPZ en 2.958.06€ voor het sociaal VAPZ.

Het klassieke VAPZ bestaat meestal uit een polis leven van het type universal life in tak 21. De gestorte premies worden opgerent tegen een minimum rente, aangevuld met een winstdeelname. De klassieke levensverzekeringen (bv UKMT...) worden meestal niet aangeboden. De toegekende minimum rente geldt voor de reeds gestorte premies. Voor de nieuwe premies kan de minimum rente aangepast worden aan de marktevolutie.

Er kan ook een aanvullende waarborg bij overlijden gecombineerd worden met de spaarformule.

Bij een sociaal VAPZ kunnen er vrij aanvullende waarborgen aangeboden worden. Niet iedere maatschappij biedt een formule sociaal VAPZ aan. Enkele voorbeelden van aanvullende waarborgen bij het sociaal VAPZ:

- * vrijstelling van premiebetaling bij invaliditeit
- * een invaliditeitsrente bij volledige en blijvende invaliditeit (gedurende 10 jaar)
- * een overlevingsrente: jaarlijkse rente gedurende 10 jaar na het overlijden.
- * een kapitaal bij volledige blijvende invaliditeit

Bij de uitbetaling van een VAPZ polis geldt een voordelige belasting. De uitbetaling kan ten vroegste op de leeftijd van 60 jaar. Bij de uitbetaling wordt een RISIV bijdrage van 3.55% ingehouden. Het gewaarborgde kapitaal (niet de winstdeelname) wordt vervolgens omgezet in een fictieve rente. De rente bedraagt tussen 3.50% en 5%. Deze fictieve rente moet door de zelfstandige gedurende 10 of 13 jaar aangegeven worden. (naargelang de leeftijd bij de uitbetaling, zie verder id cursus onder de rubriek de gemengde 10/10 en hypothecaire lening) De zelfstandige die tot zijn 65 jaar professioneel actief blijft en dan pas zijn kapitaal opneemt, mag de fictieve rente berekenen op 80% van het kapitaal.

6.11 DE INDIVIDUELE PENSIOENTOEZEGGING (IPT)

Nieuw concept sedert 01 01 2004. Kan aangewend worden voor zelfstandigen en voor loontrekkenden.

De voordelen van de individuele begunstiging voor de verzekerde persoon, zonder de nadelen van de Bedrijfsleiderverzekering.

Het bedrijf sluit de polis af. De IPT zorgt ervoor dat 1 persoon kan aangeduid worden als verzekerde. In tegenstelling tot de groepsverzekering, waar een groep personen moet gedefinieerd worden.

Door deze mogelijkheid biedt de IPT betere oplossingen aan de BLV.

De verzekerde behoudt zijn rechtstreeks recht op de polis.

Bij IPT gaat de vergoeding naar de verzekerde, niet naar het bedrijf.

Om deze redenen is de formule BLV niet langer aan te raden voor de pensioensvorming van een bedrijfsleider. Beter is de pensioensvorming van 1 enkele persoon te voorzien in een IPT.

De 80% regel moet wel gerespecteerd worden.

De BLV kan wel nog nuttig gebruikt worden in het kader van een waarborg overlijden, uitbetaald aan het bedrijf, bij het overlijden van de individueel aangeduide bedrijfsleider.

Een individuele pensioentoezegging is ook voor loontrekkenden mogelijk, maar ligt minder voor de hand. Vooraleer een onderneming een IPT kan onderschrijven voor een loontrekkende, moeten een aantal voorwaarden vervuld zijn :

De onderneming mag enkel 'occasioneel en niet-stelselmatig' IPT toekennen aan loontrekkenden.

De onderneming mag geen IPT voor loontrekkenden onderschrijven in de laatste 3 jaar voor de (vervroegde) pensionering van deze personen.

Er moet een groepsverzekering zijn voor alle personeelsleden van de onderneming. Bovendien wordt de premie beperkt. Voor het jaar 2010 bedraagt de maximumpremie 2.110 EUR voor het IPT contract van een loontrekkende.

Met het opleggen van deze voorwaarden wil de wetgever vermijden dat individuele toezeggingen het succes van de groepsverzekering zou aantasten. Op die manier blijkt voor loontrekkenden de nadruk liggen op het aanbieden van gelijke voordelen aan alle werknemers.

6.12 AANVULLENDE WAARBORGEN

De meeste maatschappijen hebben een ruim assortiment van aanvullende waarborgen die gekoppeld worden aan de polissen levens verzekering. Alhoewel iedere maatschappij wel haar eigen accenten legt zijn er enkele algemene tendensen te noteren..

Aanvullende verzekering tegen ongeval:

verzekert een bijkomend kapitaal bij overlijden door ongeval binnen de in de polis voorziene gevallen. De waarborg van de ongevallenverzekering is kleiner dan de overlijdenswaarborg uit de hoofdverzekering. Op de ongevallenverzekering bestaan bv nogal wat uitsluitingen (dronkenschap, zware fout, roekeloosheid...)

Aanvullende verzekering tegen ziekte of invaliditeit:

vrijstelling van premiebetaling bij ziekte
voorschot op de polis tot beloop van het kapitaal bij overlijden
uitbetaling van een rente gedurende de periode van gedeeltelijke of volledige invaliditeit (gewaarborgd inkomen bij ziekte of ongeval)
verzekering bij hospitalisatie (bv dagvergoeding per hospitalisatiedag)

6.13 FISCALITEIT

6.13.1 Voorwaarden voor premievrijstelling binnen de personenbelasting

Een natuurlijk persoon kan een levensverzekering fiscaal immuniseren onder de rubriek levensverzekering of onder de rubriek pensioensparen (contracten met een voordeel bij leven). Onder de rubriek levensverzekering is er de immunisatie als levensverzekering of als 'bouwsparen'.

Voorwaarden inzake levensverzekering (al of niet bouwsparen):

- * Verzekeringnemer, verzekerde en begunstigde bij leven zijn dezelfde persoon.
- * Begunstigde bij overlijden (in eerste rang) is de echtgenoot (ote) of een bloedverwant tot maximum in de tweede graad (kinderen, kleinkinderen, ouders, grootouders, broers en zusters).
- * Het contract wordt afgesloten tot de leeftijd van 65 jaar (man) of 60 jaar (vrouw)

- * Wanneer er voordelen bij leven voorzien zijn moet de polis een minimum duurtijd van 10 jaar hebben.
- * De premies worden betaald aan een Belgische verzekeringsmaatschappij.

Voorwaarden voor het pensioensparen:

- * De verzekerde, en de verzekeringsnemer en de begunstigde bij leven zijn gelijk.
- * De begunstigde : zelfde voorwaarden als voor de levensverzekering.
- * De duurtijd van de polis is minimum 10 jaar en elke storting moet minstens 5 jaar aangehouden blijven.

6.13.2 Bepalingen van de aftrekbare premies

Levensverzekering:

De maximale aftrek belooft 1.800 € (aanslagjaar 2004) en valt samen met de bedragen voor aflossingen van aftrekbare leningen. het bedrag is bovendien afhankelijk van het belastbaar inkomen (15% op de eerste schijf van 1.500 € en 6% op het saldo voor aanslagjaar 2004)

Pensioensparen:

Maximum bedrag dat immuniseerbaar is bedraagt 600 € ongeacht de grootte van het belastbare inkomen. Per gezin is het maximum dus 1.200 € (aanslagjaar 2004)

6.13.3 Vereiste attesten

levensverzekering:

De verzekeringsmaatschappij levert de fiscus een eenmalig attest op en de verzekerde levert jaarlijks het bewijs van de betaalde aftrekbare premie.

pensioensparen:

De maatschappij dient jaarlijks een door het Ministerie erkent attest af te leveren met vermelding van de gestorte premie.

6.13.4 Gevolgen bij de uitbetaling

Levensverzekering:

Belastingen bij vervroegde uitbetaling

het marginale tarief voor premies gestort voor 01-01-1993.

33% voor premies gestort na 01-01-1993.

Belastingen op einddatum:

Op de 60ste verjaardag van de verzekerde wordt het contract onderworpen aan de anticipatieve heffing.

Voor de premies voor 01-01-93 tegen 16.5% van de opgebouwde reserve.
Voor de premies na 01-01-93 tegen 10%.

(Bij de uitbetaling is er na toepassing van de anticipatieve heffing geen belasting meer verschuldigd. Ook voor de betaalde premies na toepassing van de anticipatieve heffing.)

De in de polis toegekende winstdeelname is vrij van belasting bij de uitbetaling. De bedragen van de winstdeelname worden wel belast bij de verzekeringsmaatschappijen zelf; de meeste maatschappijen houden hier bovendien rekening mee in hun uitbetaling van de winstdeelname aan hun verzekerden.

Pensioensparen:

Ook hier is de taxatie verschillend voor de premies voor 01-01-93 (16.5%) en na deze datum (10%).

Ook hier wordt de anticipatieve heffing toegepast en verschilt de taxatie naargelang de premies betaald zijn voor of na 01-01-1993.

Bovendien zijn afzonderlijke regelingen voorzien indien de polis al of niet werd afgesloten voor de leeftijd van 55 jaar.

6.13.5 Specifieke situatie van de Groepsverzekering

Voor de aftrekbaarheid van de premies is het noodzakelijk dat:

- de bedrijfsleider door de onderneming regelmatig bezoldigd wordt,
- de premies gestort worden aan een verzekeringsmaatschappij in België,
- de 80% regel in acht genomen wordt.

De werkgeversbijdrage is aftrekbaar als beroepskost voor de werkgever.

De werknemersbijdrage geeft recht op een belastingvermindering tegen het verbeterde gemiddelde tarief. (sedert aanslagjaar 1994)

De verplichte bijdrage komt volledig in aanmerking, de vrijwillige bijdrage valt onder de regels van de individuele levensverzekering. (max 1.770 € enz...)

Bovendien is er een verschil tussen polissen van de aard 'te bereiken doel' en polissen 'vaste last'. Vooral voor de toepassing van de 80% regel zorgt dit voor verschillende berekeningswijzen. (zie rubriek 4.9)

Backservice koopsommen of inhaalbijdragen genieten tevens belastingvermindering indien zij:

bedoeld zijn om de ontoereikendheid van vroegere stortingen aan te vullen in geval van loonsverhogingen of verbetering van de voordelen.

voordelen financieren m.b.t. de dienstjaren binnen de onderneming voor de invoering van het pensioenplan.

bedoeld zijn om een onvolledige loopbaan binnen de onderneming op te vangen. (max 10 jaar gepresteerd in een andere onderneming)

6.13.6 Specifieke situatie van de Bedrijfsleiderverzekering

Voor de aftrekbaarheid van de premies inzake een overlijdensverzekering treden zelden problemen op met de fiscus. (tenzij de premies op onredelijke wijze de behoeften van het bedrijf overtreffen)

Het toekennen van een extrawettelijk pensioen aan de zelfstandige bedrijfsleider (of weduwe of weduwnaar) kan wel maar dan niet via stortingen via een BLV. Ter ontwijking van dit probleem werd volgende constructie opgebouwd:

De onderneming sluit een verzekering af.

Tussen onderneming en bedrijfsleider wordt een pensioenovereenkomst gesloten.

In de verzekering vermijdt men de vermelding van de overeenkomst.

De verzekering betaalt uit aan de onderneming, en de onderneming betaalt de pensioenbelofte uit. (fiscale nuloperatie voor het bedrijf)

Vanaf aanslagjaar 1991 is de wet van 22-12-1989 van toepassing. (art 52,3 en art 195 WIB).

Bestuurders en werkende vennoten worden m.b.t. de beroepskosten van de vennootschap gelijkgesteld met werknemers.

De stortingen voor verzekering bij leven of overlijden zijn aftrekbaar als beroepskosten. Wel moeten er maandelijkse bezoldigingen uitbetaald worden aan de betrokken bestuurder en is de 80% regel van toepassing.

De premies voor een overlijdensverzekering in het voordeel van de vennootschap, op het hoofde van een bedrijfsleider blijven in principe onbeperkt aftrekbaar.

De BLV kan ook afgesloten worden in het rechtstreekse voordeel van een

bedrijfsleider, om bv één welbepaalde bedrijfsleider als enige te bevoordelen. (onmogelijk in groepsverzekering) Zeer veel belastingcontroleurs gaan deze premies echter beschouwen als een voordeel van alle aard in hoofde van de bedrijfsleider. Wel is er het Cassatiearrest van 23-12-93 dat stelt: ' geen enkele wettelijke bepaling staat de rechter toe voorrang te verlenen aan een economische realiteit die anders zou zijn dan de realiteit van de overeenkomsten die zonder veinzing afgesloten zijn tussen de partijen en waarvan zij alle gevolgen hebben aanvaard.

De BLV constructie blijft haar waarde behouden in de gevallen waar het bedrijf zich wil beschermen tegen het verlies van haar bedrijfsleider (key-man) en daar waar een welbepaalde bedrijfsleider een extra voordeel dient toegekend te worden. (blijft wel het probleem van de voordelen van alle aard)

6.14 DE 80% REGEL IN GROEPSVERZEKERING EN BLV (ART 59 EN ART 145,3 WIB)

De fiscale voordelen voor de premies van zowel de werkgevers- als de werknemersbijdragen worden slechts toegekend als aan de 80%regel is voldaan.

Alle toekenningen naar aanleiding van pensionering (zowel wettelijke als extrawettelijke uitkeringen), uitgedrukt in jaarrente mogen niet meer bedragen dan 80% van de laatste normale bruto-jaarbezoldiging. Bovendien moet er rekening gehouden worden met een normale duurtijd van beroepsactiviteit. Bij deze verschillende wettelijke en extrawettelijke uitkeringen moet er geen rekening gehouden worden met de individuele levensverzekering noch met het pensioensparen.

Onder laatste **normale bruto-jaarbezoldiging** verstaat men:

de bruto-jaarbezoldiging voor inhouding sociale bijdragen en bedrijfsvoorheffing, die gelet op de vorige bezoldigingen als normaal kan beschouwd worden en die betaald wordt het laatste jaar voor de oppensioenstelling.

Bij de praktische berekening gaat men echter niet uit van deze hypothetisch laatste normale bruto-jaarbezoldiging, maar wel van de huidige jaarbezoldiging. Voor het bepalen van de 80%grens komen enkel de regelmatig, minstens om de maand betaalde of toegekende bezoldigingen in aanmerking.

Voor de polissen met **te bereiken doel** bekomt men dan volgende rekensom:

eerst wordt de jaarrente uitgerekend, daarna het te bereiken doel.

$$\text{jaarrente} \leq (80\% \text{ huidige jaarbezoldiging} - \text{wettelijk pensioen}) \times \frac{n + N}{T}$$

wettelijk pensioen =

loontrekkende: forfait van 50% van de huidige jaarbezoldiging
 maximum huidige jaarbezoldiging = 1.325.550 aanslagjaar 1995
 minimum huidige jaarbezoldiging = 320.432 (min. wett pensioen werknemers)

zelfstandige: forfait van 25% van de huidige jaarbezoldiging
maximum huidige jaarbezoldiging = 1.776.509 (loonplafond dat in aanmerking
komt voor de berekening van het wettelijk pensioen)
minimum huidige jaarbezoldiging = 241.245 (wettelijk min. pensioen
zelfstandigen)

n = aantal reeds gepresteerde jaren in de onderneming (eventueel te vermeerderen met
max 10 jaar m.b.t. een vroeger uitgeoefend beroep)

N = nog te presteren jaren

T = normale duurtijd van de beroepsactiviteit (= 40 jaar voor mannen; 35 jaar voor
vrouwen, er zijn enkele uitzonderingen)

Als de jaarrente gekend is, wordt het verzekerde kapitaal uitgerekend.

Maximum kapitaal = jaarrente X omzettingcoëfficiënt.

Deze coëfficiënt verschilt naargelang er wel of niet rekening gehouden wordt met een
indexatie van 2% en of de overdracht van de uitkering naar de langstlevende echtgenoot
(weliswaar voor max 80%)

Leeftijd bij de uitkering	geen indexering geen overdracht	indexering 2 % geen overdracht	geen indexering overdracht 80 %	indexering 2 % overdracht 80 %
60 jaar	12,9130	15,6389	14,8470	18,3749
61 jaar	12,6137	15,1980	14,5651	17,9277
62 jaar	12,3100	14,7559	14,2754	17,4763
63 jaar	12,0023	14,3133	13,9810	17,0209
64 jaar	11,6908	13,8705	13,6791	16,5621
65 jaar	11,3761	13,4282	13,3711	16,1004

Voor de polissen met **vaste last** is de 80%regel van hierboven niet toepasbaar.

Voor deze polissen moet gezocht worden naar maximale bijdragen die kunnen gestort worden en fiscaal als bedrijfslast kunnen aanvaard worden.

Hiervoor werd de 80%regel iets herschreven:

voor loontrekkende:

$$\text{jaarrente} \leq \frac{(80\% S1 - 50\% S1 + 80\% S2) \times \underline{n + N}}{T}$$

voor zelfstandige:

$$\text{jaarrente} \leq \frac{(80\% S1 - 25\% S1 + 80\% S2) \times \underline{n + N}}{T}$$

S1 = geplafonneerde jaarbezoldiging

S2 = excedent van de jaarbezoldiging

50% S1 en 25% S1 moeten minimum = minimum wettelijk pensioen.

Aan de hand van deze jaarrente heeft het CDV een overeenkomstig percentage van de bezoldiging laten berekenen. Afhankelijk van de aard van de polis resulteert dit in een verschillend percentage van de bezoldiging.

In tabelvorm kan volgend overzicht van percentages van de bezoldiging gegeven worden:

Bijdragepremie als % van de bezoldiging	gemengde verzekering tot plafondexcedent		U.K.Z.T. tot plafondexcedent	
Loontrekkende gehuwd	12	32	9,09	24,24
Loontrekkende alleenstaand	10	26,67	7,69	20,51
Zelfstandig gehuwd	22	32	16,67	24,24
Zelfstandig alleenstaand	18,33	26,67	14,10	20,51

6.15 ENKELE SPECIFIEKE SITUATIES (AFKOOP, PREMIEVRIJE WAARDE, STOPZETTING)

Een typische eigenschap van de levensverzekering is onder andere dat de **premiebetaling vrij** is. Uiteraard zal er bij bepaalde contracten geen dekking meer mogelijk zijn als er geen premie betaald wordt. BV bij een polis van het type 'jaarlijkse tijdelijke' wordt ieder jaar enkel de premie voor het te verzekeren risico aangerekend, er wordt in deze polissen nooit enige reserve opgebouwd. Bij stopzetting van premiebetaling wordt de polis dan ook vernietigd.

De verzekeringsnemer kan echter altijd zijn polis afkopen indien hij dit zou wensen. Hij krijgt dan vanwege de verzekeraar de afkoopwaarde uitbetaald en de polis wordt vernietigd. Na deze operatie bestaat de polis niet meer. Vooral bij fiscale polissen is afkopen van de polis af te raden omdat de uitbetaalde afkoopwaarde opgebouwd met premies van voor 01-01-1993 dan moet toegevoegd worden aan de inkomsten van het jaar van de uitbetaling en daar dan belast wordt tegen het marginaal tarief. Kapitalen opgebouwd met premies van na 01-01-1993 worden belast aan 33%.

Bij een tijdelijke staking van premiebetaling kan de verzekeringsnemer vragen dat de polis verminderd wordt tot zijn 'verminderde' waarde. Dit is het bedrag dat de polis bereikt heeft met de tot dan betaalde premies. De verzekerde bedragen verminderen en de polis blijft in voege voor deze verminderde bedragen. Er worden geen premies meer betaald.

De verzekeringsnemer kan ook vragen dat de waarborg bij overlijden behouden blijft op hetzelfde niveau en zonder premiebetaling. Om dit te bereiken wordt de waarde van de polis jaarlijks aangesproken om de overlijdensdekking te financieren. Dit kan uiteraard maar zolang tot de waarde van de polis volledig opgebruikt is. Het kapitaal overlijden blijft dus gelijk zoals ten tijde van de premiebetaling, maar er worden geen premies meer betaald. Men spreekt dan ook van de premievrije waarde van de polis. Deze vorm van de polis zal noodzakelijk beperkt zijn in de tijd omdat vroeg of laat de waarde van de polis volledig zal opgebruikt raken om het kapitaal bij overlijden verder te kunnen verzekeren.

6.16 DE GEMENGDE 10/10 EN DE HYPOTHECAIRE LENING

In deze leningsformule dient de gemengde levensverzekering zowel voor de waarborg van het kapitaal bij overlijden alsook voor de wedersamenstelling van het ontleende

kapitaal.

De rente op deze leningsvorm is vast gedurende de volledige duurtijd van de lening.

De ontlener kan ten allen tijde vrij beslissen om vervroegde gedeeltelijke of volledige terugbetalingen te doen.

De interest van de lening blijft echter over de gehele looptijd aangerekend op het uitstaande kapitaal. Vandaar het nut van vervroegde terugbetalingen om de interestberekening te laten uitvoeren op het verminderde saldo.

Deze leningsvorm kende vooral populariteit in die gevallen waar noch het statuut sociale woning noch het statuut middelgrote woning kan toegepast worden voor de kapitaalsaflossingen. De premie van de gemengde 10/10 was in die gevallen wel aftrekbaar (de vervroegde aflossingen echter nooit).

Momenteel valt de fiscale immunisatie van de premies onder het regime van het bouwsparen (belastingsvermindering tegen het marginale tarief).

Bij uitbetaling van het kapitaal bij leven wordt de omzettingsrente toegepast i.p.v. de anticipatieve heffing.

De tarieven van de omzettingsrente zijn afhankelijk van de leeftijd bij uitbetaling. Het uitgekeerde kapitaal (zonder de winstdeelname) wordt omgezet in een fictieve rente.

Deze fictieve rente moet door de belastingplichtige worden aangegeven bij zijn inkomsten gedurende 13 jaar indien de leeftijd bij uitbetaling minder dan 65jaar was en gedurende 10 jaar indien de leeftijd bij uitbetaling 65 jaar was.

leeftijd	% op het kapitaal
40 of minder	1 %
41 - 45	1.5 %
46 - 50	2 %
51 - 55	2.5 %
56 - 58	3 %
59 - 60	3.5 %
61 - 62	4 %
63 - 64	4.5 %
65	5 %

6.17 HET BEDING TEN BEHOEVE VAN EEN DERDE

De levensverzekering heeft een eigen verhouding ten opzicht van het vermogen van de verzekerde persoon. Hierdoor zijn de gewone regels van het erfrecht niet toepasbaar op de bedragen die door een levensverzekering uitbetaald worden. Juist omdat de levensverzekering een beding ten behoeve van een derde is, zal de prestatie van de verzekering niet beschouwd worden als een stuk van het vermogen van de overleden persoon. Integendeel zelfs de prestatie van de levensverzekering heeft nooit deel uitgemaakt van het vermogen van de overleden persoon. Enkel de betaalde premies maakten deel uit van het vermogen. In die zin is dan ook de tekst van artikel 124 van de landwet ontstaan in 1992. Destijds waren de premies van de levensverzekeringen klein ten opzichte van het vermogen van de verzekerden.

Met de nieuwere verzeis van de levensverzekeringen zijn steeds grotere delen van het vermogen van verzekerde terecht gekomen in dergelijke polissen. (tak 21 beleggingen, tak 23 enz) Hierdoor konden erfgenamen hun erfdeel verloren zijn gaan naar een andere persoon, omdat die als begunstigde aangeduid werd in een levensverzekering. Omdat de levensverzekering het erfrecht niet volgde moest er niet aan inbreng noch inkorting gedaan worden door de begunstigde van de polis. Het volledig vermogen van iemand kon zo via levensverzekering naar een derde gaan, met volledige benadeling van de reservataire erfgenamen.

Het grondwettelijk hof heeft op 26 06 2008 een uitspraak gedaan over deze materie. Het rondwettelijk Hof is van oordeel dat artikel 124 WLVO tot onevenredige gevolgen kan leiden wat de behandeling van verschillende categorieën van reservataire erfgenamen betreft, naargelang ze al dan niet begunstigde zijn van de levensverzekeringsovereenkomst van de erflater. Dit vonnis zal ertoe leiden dat er misschien een zekere aanpassing moet komen aan art 124. Het arrest heeft het echter enkel over de klassieke gemengde levensverzekering, hierdoor zal de invloed van het arrest eerder beperkt blijven. Een aantal verzekeraars verkoopt op heden geen klassieke gemengde levensverzekeringen meer.

Toch zullen benadeelde reservataire erfgenamen op basis van dit arrest een poging kunnen ondernemen om inbreng of inkorting te vorderen in de nalatenschap. Dit zal wel enkel kunnen in zoverre hun reserve in de nalatenschap wordt aangetast. Het moet dan wel gaan om een levensverzekering die als een echte spaarverrichting van de overledene kan beschouwd worden. De zuivere overlijdensverzekering is immers nog steeds te beschouwen als een beding ten behoeve van een derde, en de uitkering uit dergelijke polis overlijdensverzekering kan niet beschouwd worden als een deel van het vermogen van de overledene.

7 ARBEIDSONGEVALLEN

7.1 ARBEIDSONGEVAL

Definitie:

het ongeval dat een werknemer tijdens en door het feit van de uitvoering van de arbeidsovereenkomst overkomt en dat een letsel veroorzaakt.

Toelichting:

De wetgeving verwijst wel naar een **ongeval**, dit is een in essentie een plots feit, binnen een bepaalde tijdsperiode. Een progressieve beschadiging van de gezondheid zal nooit als een arbeidsongeval beschouwd worden zelfs als is deze beschadiging van de gezondheid door de uitoefening van het beroep veroorzaakt. Voor deze dient verwezen te worden naar de wetgeving over de beroepsziekten.

De oorsprong zelf van het ongeval is weinig belangrijk, of er aan de een of andere partij een fout kan verweten worden heeft geen belang. Enkel het opzet van het slachtoffer kan hem ten laste gelegd worden.

Het begrip ongeval wordt in de rechtspraak vaak gedefinieerd als:

een gebeurtenis die een lichamelijk letsel veroorzaakt, met een ongeschiktheid tot werken of de dood tot gevolg, en waarvan de oorzaak of één van de oorzaken buiten het organisme van de getroffene ligt.

Het ongeval moet zich wel **tijdens en door het feit van de uitvoering van de arbeidsovereenkomst** hebben voorgedaan. De werknemer dient zich onder het gezag, het bestuur en het toezicht van de werkgever te bevinden.

De **plaats zelf van de uitvoering** van het werk werd door de wetgever uitgebreid tot o.a.:

De plaats waar de werknemer, zelfs buiten de arbeidsuren, met de nadrukkelijke of stilzwijgende toelating van de werkgever een opdracht als vakbondsafgevaardigde of vertegenwoordiger van de werknemers met betrekking tot de onderneming vervult.

De plaats waar de werknemer een vergadering van de ondernemingsraad of van het comité voor veiligheid en hygiëne bijwoont.

De plaats waar de werknemer tijdens de normale arbeidsuren vormingslessen bijwoont met de nadrukkelijke of stilzwijgende toelating van de werkgever.

Het ongeval moet voortkomen door de **uitvoering** van de arbeidsovereenkomst dit is uit:

de bedrijvigheid van de werknemer

de bedrijvigheid van andere werknemers van de onderneming

het milieu waarin de werknemer geplaatst wordt overeenkomstig zijn contract

Ten voordele van de werknemer is een wettelijk vermoeden ingesteld dat het ongeval te wijten is aan de uitvoering van de arbeidsovereenkomst indien het ongeval gebeurd is tijdens de arbeidsovereenkomst.

Het ongeval moet een **letsel** veroorzaakt hebben.

Het letsel is te beschouwen als een aantasting van het menselijk lichaam en moet medisch kunnen vastgesteld worden. De getroffene moet het bewijs van het letsel leveren.

Oorzakelijk verband tussen letsel en ongeval.

Dit verband moet niet exclusief zijn, toch moet het ongeval in zekere zin de oorzaak van het letsel zijn.

Bewijslast van de getroffene:

- het bestaan van het letsel
- het ongeval
- het zich voordoen van het ongeval tijdens de arbeidsovereenkomst

7.2 ARBEIDSWEGONGEVAL

Het arbeidsongeval dat gebeurt op het traject van de arbeidsweg zoals bepaald in de wetgeving.

De eventuele fout van de werknemer heeft geen invloed.

Normale traject:

Dit is niet noodzakelijk de kortste weg, wel moet de weg verantwoord zijn. Een omweg mag bv niet gebeuren om louter persoonlijke redenen.

Hier is het de getroffene die moet bewijzen dat het ongeval gebeurde op de arbeidsweg.

Begin en eindpunt:

De verblijfplaats van de werknemer, m.a.w. de plaats waar de werknemer gewoonlijk verblijft of woont. (niet noodzakelijk gelijk aan het domicilieadres)

Eindpunt = de plaats waar het werk wordt uitgeoefend.

Bewijslast van de getroffene:

- het letsel
- het ongeval
- de arbeidsweg als plaats van het ongeval

7.3 GEWAARBORGD LOON

De werkgever is gehouden tot uitbetaling van het gewaarborgd loon aan zijn werknemer(s) zowel bij ziekte als bij ongeval.

Tegen dit risico kan de werkgever zich verzekeren door het afsluiten van een bijkomende verzekering bij de polis arbeids(weg)ongevallen.

De verzekeraar betaalt dan aan de werkgever de som terug die hij als gewaarborgd loon diende uit te betalen aan de getroffen werknemer.

7.4 AARD VAN DE VERGOEDINGEN

Mogelijke gevolgen van een ongeval kunnen zijn:

tijdelijke werkongeschiktheid
 blijvende werkongeschiktheid
 overlijden
 medische kosten

De vergoedingen voor elke van deze gevolgen zijn telkens wettelijk geregeld en geplafonneerd.

Enkele begrippen ter toelichting:

Basisloon

Het loon waarop de werknemer recht heeft voor de periode van 365 dagen voor het ongeval. Het gaat hier over het loon in al zijn vormen (ook vergoedingen in natura, inwoning enz) Ook het vakantiegeld (bruto voor aftrek van bedrijfsvoorheffing en sociale bijdragen) maakt deel uit van het basisloon.

Er is een begrenzing naar minimum en maximum.

Inzake minimum zijn de bedragen:

5.717,93€ in 2009

5.948,76€ in 2010

Dit minimum heeft vooral zijn invloed op het loon voor leerlingen en minderjarigen. Het minimum is steeds 20% van het maximum basisloon.

Inzake maximum is de begrenzing:

35.099,83 € in 2009

36.809,73 € in 2010

37.545,92€ in 2011

Excedent

De wettelijke tussenkomst in arbeidsongevallen wordt berekend tot het maximum basisloon. Wat de werknemer meer verdient komt niet aan aanmerking voor de wettelijke vergoeding. Om dit verlies toch te kunnen vergoeden kan de werkgever (vrij) beslissen om een stuk excedent boven het basisloon te verzekeren.

Hij kan bv een excedent loon verzekeren van 12.500 € zodat de maximum vergoeding van het loon wordt: maximum basisloon plus 12.500 €

In elk geval kan de vergoedingsbasis nooit hoger zijn dan het echte basisloon van de 365 dagen voor het ongeval. Iemand die slechts 5.000 € meer verdient heeft dan het wettelijk maximum basisloon, kan zelfs bij een excedent van 12.500 € slechts in aanmerking komen voor berekening van zijn vergoeding op basis van het maximum basisloon plus 5.000 €

De referentieperiode (365 dagen voor het ongeval)

Niet het burgerlijke kalenderjaar maar wel de 365 dagen voor het ongeval dienen als referentie. Het gedurende deze periode verdiende loon dient voor de berekening van de vergoedingen. Indien er geen volle 365 dagen werd gewerkt gaat de verzekeraar uit van een hypothetisch loon.

Referentieloon

Het loon dat werd verdiend in de 365 dagen voor het ongeval.

Vergoeding voor tijdelijke werkongeschiktheid

Wanneer het slachtoffer zijn beroepsactiviteit moet onderbreken naar aanleiding van een arbeids(weg)ongeval is er een vergoeding voor tijdelijke werkongeschiktheid. Deze vergoeding loopt ten einde bij de totale genezing, de consolidatie van de blijvende letsels, het overlijden.

Voor de dag van het ongeval is de verzekeraar gehouden tot betaling van het saldo van het loon dat normaal zou verdiend zijn zonder het ongeval (maximumgrens speelt wel een rol)

Voor de volgende dagen is de vergoeding beperkt tot 90% van het gemiddeld dagloon. Aangezien het basisloon over 365 dagen werd berekend zal het dagloon 1/365ste bedragen en wordt het loon op alle kalenderdagen verrekend (ook zon en feestdagen). De vergoeding voor tijdelijke ongeschiktheid wordt uitbetaald op dezelfde tijdstippen als het loon.

Vergoeding voor blijvende werkongeschiktheid - Consolidatie.

Wanneer blijkt dat de gezondheidstoestand van het slachtoffer niet meer kan verbeterd worden door enige behandeling wordt de toestand van het slachtoffer geconsolideerd. De tijdelijke ongeschiktheid loopt dan ten einde en wordt vervangen door de blijvende ongeschiktheid.

De vergoeding voor blijvende werkongeschiktheid is een jaarlijkse vergoeding (weliswaar betaald per trimester) die gebaseerd is op 100% van het basisloon. Het percentage van de ongeschiktheid wordt vertaald in een percentage van het basisloon. De vergoeding wordt aan het slachtoffer uitbetaald rekening houdend met de beperkingen van de maxima en de specifieke regelingen voor de kleinere percentages.

Homologatie of vonnis

De ongeschiktheidgraad wordt door de verzekeraar vastgesteld in functie van de toestand van het slachtoffer op de algemene arbeidsmarkt. In geval van akkoord vanwege het slachtoffer en zijn behandelende geneesheer inzake het percentage van de ongeschiktheid, moet een proces-verbaal van overeenkomst ter

homologatie voorgelegd worden aan het Fonds voor Arbeidsongevallen. Indien er geen akkoord bereikt wordt met de verzekeraar zal de Arbeidsrechtbank moeten beslissen. Tussen de periode van consolidatie en homologatie worden de trimestriële betalingen uitgevoerd op basis van het voorstel van de verzekeraar. Mocht bij de homologatie een ander resultaat bekomen worden dat zal de jaarlijkse vergoeding met terugwerkende kracht moeten aangepast worden.

Herzieningstermijn

Deze termijn van drie jaar vangt aan na de datum van de homologatie. Op het einde van deze termijn wordt de graad van de ongeschiktheid definitief vastgelegd, wanneer de graad lager is dan 10%. De hogere percentages kunnen altijd herzien worden.

Tijdens de Herzieningstermijn kunnen verergeringen of verminderingen van de ongeschiktheid ter sprake gebracht worden.

Lijfrente

Na de herzieningstermijn wordt de jaarlijkse rente vervangen door een levenslange lijfrente. deze lijfrente is vatbaar voor indexatie en wordt per trimester uitbetaald.

Vergoedingen bij overlijden

Aan de personen die ten laste waren van de overledene wordt een lijfrente of een tijdelijke rente toegekend.

Rechthebbenden zijn:

- de echtgenoot (ote)
- de kinderen
- de vader en de moeder
- de grootouders
- de kleinkinderen
- de broers en zussen

Belangrijke voorwaarde is dat de rechthebbenden een financieel voordeel moeten genoten hebben uit het loon van de overledene en van dit loon afhankelijk waren. (vooral bij de ouders levert dit soms problemen op...)

Medische kosten

De medische kosten dienen levenslang door de verzekeraar vergoed te worden. Er is geen tussenkomst van het ziekenfonds, enkel van de verzekeraar.

7.5 PREMIEBEREKENING (PROVISIE, DEFINITIEVE PREMIE, EXCEDENT)

Jaarlijks wordt door de maatschappij een voorlopige premie geïnd. Deze is gebaseerd op het vooropgestelde loon. Na ieder verstreken jaar wordt de loon- en weddenlijst aan de maatschappij meegedeeld, zodat op basis hiervan de effectieve premie kan uitgerekend worden volgens het tarief (% der lonen) dat vermeld staat in de polis.

Wanneer de werkgever beslist om ook het excedent te verzekeren kan dit op verschillende manieren overeengekomen worden met de verzekeringsmaatschappij. Er is bijvoorbeeld mogelijkheid om het excedent volledig te verzekeren, net zoals de werkgever kan beslissen om slechts een excedent van max 10.000 euro te verzekeren. De werknemers die dan meer verdienen dan 10.000 euro boven de max grens in arbeidsongevallen zijn dan slechts verzekerd tot 10.000 euro boven deze max grens (zie hierboven).

Er zijn voor de kleinere bedrijven ook mogelijkheden om op forfaitaire basis een verzekering aan te gaan. Er wordt dan een vaste premie voorzien per jaar. Deze premie wordt dan niet beschouwd als een voorschot, maar als een definitieve premie voor het aantal tewerkgestelde personen. Deze premie is berekend per tewerkgesteld persoon en niet op basis van het effectief uitbetaalde loon. Wanneer het aantal tewerkgestelde personen verandert moet de werkgever zijn verzekeraar verwittigen. De polis maakt melding van de modaliteiten waaronder deze melding moet gebeuren.

Vanaf 01 01 2003 worden zowel arbeiders als bedienden van een bedrijf verzekerd in dezelfde polis bij dezelfde maatschappij. Tot voor deze datum konden arbeiders en bedienden van dezelfde werkgever bij een verschillende verzekeringsmaatschappij verzekerd worden in een aparte polis.

7.6 SCHADEREGELING: HOE EEN AANGIFTEFORMULIER INVULLEN?

1. aangifteformulier voor de verzekeraar (binnen de 10 dagen)
2. aangifteformulier voor de arbeidsinspectie (binnen de 10 dagen, sedert 1999 vervallen wegens het bestaan van de databank bij het Fonds voor Arbeidsongevallen blijft wel van toepassing bij 'ernstige ongevallen').
Blijvende invaliditeit, T.O. van meer dan 30 dagen: aangifte binnen de 2 dagen.
Overlijden en Invaliditeit van meer dan 25%: onmiddellijke aangifte
3. aangifteformulier voor de arbeidsgeneeskundige dienst
4. aangifteformulier voor het bedrijf zelf (ongevallensteekkaart, 10 jaar te bewaren)

De meeste arbeidsongevallenverzekeraars beschikken over uitgebreide handleidingen en formulieren waarin de aangifte verduidelijkt wordt, tevens bevatten deze brochures de nodige documenten voor aangiften, medische attesten, loonopgave, berichten aan de geneesheer enz...

Sedert 01 01 2003, in toepassing van de E-governement, kan de werkgever zijn aangifte in arbeidsongevallen op elektronische wijze doen. Vanaf 04 01 2005 is er een vereenvoudigde elektronische aangifte van een arbeidsongeval mogelijk.

Voor meer info www.sociale-zekerheid.be.

Sedert 2005 werden opnieuw enkele maatregelen ingevoerd ter vereenvoudiging van de aangifte van een arbeidsongeval. De verzekeringsmaatschappij dient binnen de 2 dagen het Fonds voor arbeidsongevallen in te lichten. Tevens wordt de Algemene Directie Toezicht op het Welzijn op het Werk verwittigd, en de externe dienst voor preventie en bescherming waarbij de werkgever aangesloten is.

De voor de werkgever verplichte ongevallensteekkaart mag vervangen worden door een kopie van het (volledig ingevulde) aangifteformulier.

Het begrip 'ernstig arbeidsongeval' werd gelanceerd. Het betreft een ongeval waarbij volgende letsels optreden:

ofwel het overlijden

ofwel een blijvend letsel

of een tijdelijk letsel uit de gepubliceerde lijst. (zie kb 24 02 2005 gepubliceerd 14 03 2005)

7.7 HET FONDS VOOR ARBEIDSONGEVALLEN

De verzekering arbeidsongevallen is een wettelijk verplichte verzekering. Een van de vele taken van het Fonds voor arbeidsongevallen is de controle op deze verzekeringsplicht en het sanctioneren bij niet naleving,

Maar ook het uitbetalen van de vergoedingen voor de slachtoffers wanneer de werkgever geen verzekering afgesloten heeft, komt het Fonds voor arbeidsongevallen tussen. De slachtoffers van een arbeidsongeval bij een niet verzekerde werkgever worden dan door het fonds voor arbeidsongevallen vergoed. Uiteraard zal het fonds dan zijn uitgaven verhalen op de niet verzekerde werkgever.

Het Fonds heeft bovendien een zéér uitgebreide reeks van controlerende en adviserende taken. Het is een openbare instelling.

7.8 DE POLIS HUISPERSONEEL

Ook voor huispersoneel geldt de wettelijke verplichting van het onderschrijven van een polis arbeidsongevallen. Al te vaak wordt de niet RSZ-plicht gekoppeld aan de overtuiging dat een polis arbeidsongevallen ook wel overbodig is. Niets is minder waar!

De werkgever die zelfs slechts tijdelijk voor 1 dag huispersoneel tewerkstelt is onderworpen aan de wet op de arbeidsongevallen. Een niet verzekerd ongeval zal door het Fonds voor Arbeidsongevallen moeten ten laste genomen worden met alle nadelige gevolgen voor de in overtreding zijnde werkgever.

Na tussenkomst van Het Fonds voor Arbeidsongevallen beginnend e problemen voor de werkgever pas echt. Alle uitgaven van het Fonds worden immers gerecupereerd op de werkgever. Alle uitgaven, want bij arbeidsongeval is er geen tussenkomst van de mutualiteit.

Het is daarom van enorm belang dat er altijd een polis afgesloten worden voor elke vorm van arbeid in loondienst. Het betreft hier immers een belangrijke poot van de sociale

zekerheid; weliswaar voor de uitwerking toevertrouwd aan de privé sector van de verzekeringen.

7.9 IMMUNITEIT

De immuniteit binnen de wet op de arbeidsongevallen vindt zijn oorsprong in het streven naar een sociale vrede tussen werkgever en werknemer en werknemers onderling. In de vorige eeuw diende een werknemer een burgerlijke procedure te voeren om van zijn werkgever vergoeding te bekomen voor opgelopen letsels tijdens het werk. De zware bewijslast (fout, oorzakelijk verband en schade) lag hierbij ten laste van het slachtoffer. De werkgevers waren evenmin gelukkig dat zij om de haverklap konden voor de correctionele rechtbank gedagvaard worden.

Daarom werd dit stelsel vervangen door een vorm van objectieve aansprakelijkheid. De werknemers zouden altijd recht op vergoeding krijgen, maar dan volgens een forfaitair stelsel waarin bepaalde schadeposten niet zouden vergoed worden (bv morele schade, extraprofessionele schade).

De schade-eisen volgens het burgerlijk recht werden onmogelijk; juist dit is de ware toedracht van de immuniteit. Het slachtoffer kan immers geen vordering meer instellen tegenover de werkgever of diens personeel op basis van het burgerlijk recht.

Met de wet op de arbeidsongevallen van 1971 verdwijnt eigenlijk ook de objectieve aansprakelijkheid van de werkgever, omdat vanaf deze datum de verzekeraar en niet meer de werkgever dient aangesproken te worden.

De immuniteit wordt bepaald in art 46 van de arbeidsongevallenwet, in § 1 worden de resterende mogelijke rechtsvorderingen (volgens het burgerlijk recht) opgesomd:

- tegen de werkgever die het ongeval opzettelijk veroorzaakt.
- tegen de werkgever als het arbeidsongeval ook schade aan de goederen van de werknemer heeft veroorzaakt.
- tegen de lasthebber of aangestelde van de werkgever die het ongeval opzettelijk heeft veroorzaakt.
- tegen de personen, andere dan de werkgever, zijn lasthebber of aangestelde, die voor het ongeval aansprakelijk zijn (vb derden, interim...)
- tegen de werkgever, zijn lasthebbers of aangestelde, wanneer het ongeval zich voordeed op de weg naar of van het werk.
- tegen de werkgever die de verplichtingen inzake arbeidsveiligheid en hygiëne niet is nagekomen en zo de werknemers aan het risico van een arbeidsongeval heeft blootgesteld, hoewel de bevoegde inspectiediensten hem schriftelijk op het gevaar voor arbeidsongevallen gewezen hadden.

Juist het onderscheid tussen arbeidsongeval en arbeidswegongeval heeft inzake de immuniteit een belangrijk arrest van het Arbitragehof opgeleverd op 16 - 01 - 1997.

In dit arrest wordt gesteld dat het onderscheid tussen beide niet gerechtvaardigd is wanneer er sprake is van een verkeersongeval. Het schrijnende verschil in de vergoeding van twee gekwetste inzittenden in een zelfde lichte vrachtwagen was hiervoor de

aanleiding.

De ene persoon genoot immers slechts de beperkte vergoeding omdat het een arbeidsongeval betrof wegens de aanwezigheid (en het gezag) van de werkgever; de andere persoon genoot voor gelijkaardige ernstige letsels een volledige vergoeding op basis van een vordering volgens burgerlijk recht.

Is er door dit arrest duidelijkheid wat betreft verkeersongevallen, er kan zeker gesteld worden dat inzake de overige vorderingen vermeld in art 46 § 1 er nog veel vragen blijven. (bv bij manifeste fout van de werkgever)

Er is ook de onduidelijkheid welke schade er reeds volledig vergoed is door de arbeidsongevallen verzekeraar, zijn vergoeding is immers forfaitair.

8 ONGEVALLLEN EN ZIEKTEVERZEKERING

8.1 PERSOONLIJKE ONGEVALLLEN

8.1.1 Diverse soorten polissen

Bij dit soort verzekering staat de mens centraal. De ongevallen polis dekt immers in wezen de lichamelijke aantasting van een fysische persoon.

De modaliteiten waarop de polis opgesteld worden kunnen zeer variërend zijn. Algemeen zijn er twee belangrijke categorieën te onderscheiden: de individuele polissen en de collectieve polissen.

Bij de individuele polis wordt slechts 1 enkele persoon verzekerd. Om reden van antiselectie wenst de verzekeraar dan ook meestal dat er een min of meer uitgebreide vragenlijst wordt ingevuld over de te verzekeren persoon.

Enkele voorbeelden zijn: de polis individuele, polis autobestuurder, polis privé-leven, 24 uur op 24 voor een zelfstandige, reisongevallen, ...)

OPM: bepaalde formules kunnen zowel als individuele dan wel als collectieve polis afgesloten worden.

Bij de collectieve polissen wordt een groep van personen verzekerd. De meest gekende vorm is de arbeidsongevallen polis. Maar ook buiten de sfeer van de arbeidsongevallen kunnen collectieve polissen afgesloten worden ter verzekering van een ongeval (BV schoolverzekering, leden van een club, bankrekeningverzekering, inzittendenverzekering, gezinsongevallen, verkeersongevallen, ...)

De ongevallenpolis kan ook afgesloten worden als een aanvulling op een andere verzekering; bv de AVOR of AVRI waarborg bij de levensverzekering, de excedent verzekering in arbeidsongevallen.

8.1.2 Definitie van het begrip 'ongeval'

De omvang van de waarborg is grotendeels bepaald door definitie van het begrip ongeval. Wat door de verzekeraar als een verzekerd 'ongeval' beschouwd wordt is afhankelijk van de definitie van het begrip ongeval.

In veel oudere polissen diende een ongeval volgende kenmerken te bezitten:

- een plots, abnormaal en onvrijwillig gebeuren
- met een exclusief uitwendige oorzaak
- met een lichamenlijk letsel (of de dood) als gevolg.

Juist in deze exclusief uitwendige oorzaak zit een grote beperking van de waarborg. In zijn meest ruime definitie vinden wij het begrip ongeval terug in de arbeidsongevallen verzekering.

In veel polissen wordt een opsomming gegeven van activiteiten, voorvallen die gelijkgesteld worden met een 'verzekerd ongeval'.

Enkele voorbeelden:

de val, het redden van personen, verdrinking, vergiftiging, verstikking, infectie door bijensteken, spierscheuring of verrekking. Vooral door het definiëren van de uitwendige oorzaak wenst de verzekeraar een onderscheid te maken tussen ongeval en ziekte.

8.1.3 Diverse waarborgen uit de polis

Overlijden

Bij overlijden door een verzekerd ongeval wordt door de verzekeraar het kapitaal voorzien bij overlijden uitbetaald aan de aangeduide begunstigde(n).

Blijvende invaliditeit

Naar evenredigheid met het percentage van de blijvende invaliditeit wordt een percentage van het verzekerde kapitaal uitbetaald. In de polisvoorwaarden kunnen speciale barema's voor de regeling bedongen worden, zodat er bv een hogere vergoeding uitbetaald wordt voor de hogere invaliditeitspercentages.

Ook aan de invaliditeit zelf kan een afzonderlijk barema toegekend worden. Doorgaans wordt de OBSI schaal gebruikt, maar er zijn ook andere schalen mogelijk die dan bv specifiek rekening houden met het beroep van de verzekerde (bv speciale invaliditeitsschalen voor dokters)

Bij bepaling van de invaliditeit die werd opgelopen naar aanleiding van een ongeval moet steeds rekening gehouden worden met de reeds bestaande toestand en met de eventueel reeds bestaande invaliditeit. Een polis persoonlijke ongevallen zal nooit een vergoeding kunnen uitkeren voor een invaliditeit die reeds bestond voor het afsluiten van de polis of voor het zich voordoen van het ongeval.

Inzake invaliditeit is er een verschil tussen de fysiologische invaliditeit en de economische invaliditeit:

De fysiologische invaliditeit is een loutere aantasting van de lichamelijke integriteit, ze wordt medisch vastgesteld en is gelijk voor elke mens.

De economische invaliditeit houdt verband met de ongeschiktheid om prestaties te leveren. Ze wordt vastgesteld zowel op basis van een fysiologisch letsel als op basis van de onmogelijkheid om terug prestaties te verrichten. Hierbij wordt rekening gehouden met zowel de individuele mogelijkheden, de capaciteit tot integratie en aanpassing in de maatschappij, de leeftijd, de vakkennis en de toestand op de arbeidsmarkt.

Zo kan een klein fysisch letsel een grote economische ongeschiktheid veroorzaken en kan het omgekeerde bijna evengoed waar zijn.

Tijdelijke werkongeschiktheid

Hier wordt beoogd aan de verzekerde een dagelijkse vergoeding uit te keren in functie van de onmogelijkheid die verzekerde heeft om zijn normale activiteiten uit te oefenen. Bij gedeeltelijke ongeschiktheid wordt dan slechts een evenredig gedeelte van de verzekerde dagvergoeding uitgekeerd. Inzake wachttijd en duurtijd van de uitbetaling zijn zéér diverse afspraken mogelijk met de verzekeraar.

Medische kosten

Dit zijn de kosten die in verband staan met de medische behandelingen die de verzekerde moet ondergaan naar aanleiding van het opgelopen ongeval. Deze kosten kunnen bestaan uit honoraria, opname in ziekenhuis, medicatie, kinesithérapie, kosten voor prothese, vervoerkosten, soms ook repatriëring. Meestal is het maximumbedrag van deze kosten in de polis bepaald (soms tot 100.000, soms onbeperkt), ook gebeurt het dat de verzekeraar zijn tussenkomst in de tijd beperkt (bv tot 2 jaar na het ongeval, of tot consolidatie van het letsel)

Typisch aan deze waarborg is dat het gaat om de vergoeding van een geleden schade en niet om de uitbetaling van een verzekerde som. De verzekeraar die de kosten vergoed heeft zal dan ook altijd zich kunnen verhalen op de eventueel aansprakelijke om de terugbetaling te eisen van de gedane uitgaven. (subrogatie of indeplaatsstelling is de naam voor deze manier waarop een verzekeraar zijn betaalde vergoeding recupereert of verhaalt)

8.2 ONGEVALLENPOLIS BIJ AANKOOPOVEREENKOMST

Een speciale collectieve ongevallenverzekering is deze die gratis aangeboden wordt bij het onderschrijven van een aankoopovereenkomst, compromis. De kopers worden dan verzekerd. Indien de kopers zouden overlijden door een verzekerd ongeval zal er een vergoeding betaald worden. Deze vorm van collectieve polis bestaat bij de notarissen en bij immo-makelaars.

Het risico overlijden wordt verzekerd. Er is echter een groot verschil met de levensverzekering die ook het risico overlijden verzekert. De levensverzekering neemt een veel groter risico ten laste. Overlijden door ziekte en ongeval zijn verzekerd bij de levensverzekering. Zelfs overlijden onder in verzwarende omstandigheden zoals dronkenschap of roekeloze daad vallen ten laste van de levensverzekering.

In de gratis ongevallenverzekering vinden we doorgaans volgende beperkingen:

*enkel waarborg bij overlijden door verzekerd ongeval. Een ongeval wordt gedefinieerd als een plotse en onvrijwillige gebeurtenis, uitwendig aan het menselijk lichaam.

*uitsluitingen : alcoholisme, druggebruik, een gewilde daad, zelfmoord, ziekte, nucleaire reacties, gevaarlijk sporten zoals valschermspringen, springen aan een elastiek, acrobatisch skiën, alpinisme, speleologie, diepzeeduiken...

Het voordeel van de verzekering is ongetwijfeld het gratis aspect. Inzake waarborgen is

het overduidelijk dat de schuldsaldo polis (levensverzekering) een veel ruimere waarborg biedt. De levensverzekering waarborgt immers zowat alle vormen van overlijden, zelfs de zelfmoord wanneer de polis meer dan 1 jaar in voege is. (zie art 101 wet). De niet verzekerde vormen van overlijden bij de levensverzekering zijn meestal beperkt tot:

- als piloot van een vliegtuig
- actieve deelname aan oorlog
- actieve deelname aan gewelddaden
- de uitvoering van de doodstraf

Bovendien is het belangrijk om de voorwaarden van de gratis polis grondig na te gaan. Er zijn diverse bepalingen inzake maximum vergoeding, duur van de waarborg, voorwaarden van de compromis, betaling voorschot bij de compromis, ...

8.3 ZIEKTEVERZEKERING

Deze verzekering staat gedefinieerd in de artikels 138 bis van de wet op de landverzekering (zie ook deel 1 van deze cursus)

De verzekering kan de vergoeding bepalen voor een opgelopen blijvende invaliditeit of de vergoeding voor een tijdelijke werkongeschiktheid. In tegenstelling tot de ongevallen verzekering dient de oorzaak van het letsel niet uitwendig te zijn.

Zowel de fysiologische als de economische invaliditeit kan verzekerd worden. De fysiologische invaliditeit duidt de zuivere aantasting van de menselijke integriteit aan. Er bestaan verschillende schalen die een vast percentage toekennen volgens de aard van de aantasting van het lichaam. De economische invaliditeit daarentegen is een uitdrukking van de economische gevolgen van het lichamenlijk letsel.

De wet voorziet dat een ziekteverzekering of hospitalisatieverzekering normaliter levenslang moet lopen. Enkel als de verzekerde er voordeel bij heeft kan de duur korter zijn. Het voordeel is dan meestal de lagere premie.

Er bestaan diverse vormen van ziekteverzekering:

- Medische kosten in aanvulling op de mutualiteit tussenkost.

- Vervanging van de mutualiteit voor niet verzekerden (tijdelijk verblijf in het land van buitenlanders, Belgen in het buitenland)

- Tandverzorging

- Tijdelijke dagvergoeding bij ziekte.

8.4 HOSPITALISATIEVERZEKERING

Deze polis verzekert de medische kosten naar aanleiding van een hospitalisatie na een ongeval of na een ziekte. Soms is de verzekering beperkt tot de vergoeding van een dagelijks bedrag per dag opname in een ziekenhuis. Dit soort polissen is echter zeldzaam.

In bepaalde gevallen wordt de waarborg uitgebreid tot de ambulante medische kosten voor en na de opname. Dit gaat dan van minstens 30 tot 60 dagen voor de opname in het ziekenhuis en van 90 tot 180 dagen na het ontslag. De wet (art 138 bis) voorziet minstens

30 dagen voor de opname en 90 dagen na ontslag.

Sommige verzekeraars maken een onderscheid of de hospitalisatie al dan niet gebeurde in een éénpersoonskamer. Er is een algemene tendens om bepaalde ziekenhuizen duurder te tarifieren (vb privé ziekenhuizen in Brussel, ziekenhuizen verbonden aan universiteiten).

Het kan zijn dat de polis vermeldt dat er een 24 uur verblijf in het ziekenhuis moet zijn, opdat de waarborg zou verworven zijn. In zeer veel polissen is er waarborg voorzien bij opname in een dagklinik. Ook wanneer er slechts een mini forfait aangerekend wordt aan de patiënt is de waarborg dan verworven. Voorwaarde blijft wel dat de patiënt een kamer heeft gekregen. Een behandeling in het kabinet van een specialist, verbonden aan de kliniek is niet te beschouwen als een ziekenhuisopname. Een behandeling in de spoedafdeling wordt ook niet beschouwd als een opname.

Sommige polissen verzekeren de medische kosten op basis van het RISIV barema. Er is dan een vergoeding voorzien per medische prestatie in functie van het barema dat door het RISIV werd toegekend. De vergoeding bestaat dan uit de vergoeding van (een deel van) het remgeld. Dit is de som die niet vergoed werd door het RISIV. Soms vermelden de voorwaarden dat de tussenkomst beperkt is tot een percentage van het voorziene remgeld. Bijvoorbeeld tot 200% van het risiv barema. Als een uitgave 100 euro bedraagt, en het risiv barema voorziet een teruggave van 20euro, dan komt de polis tussen voor max 40euro. Is er geen risiv barema dan zal 200% van nul betekenen dat de polis geen tussenkomst voorziet. Bij afwezigheid van een risiv barema vermelden sommige polissen dat er dan toch nog een tussenkomst kan zijn. Die wordt dan vaak beperkt tot een 1250 euro. De medische prestaties zonder risiv barema zijn bijna altijd nieuwe technieken. Er zullen altijd meerdere technieken bijkomen die medisch goede resultaten bieden maar die nog geen barema toegekend kregen. Er valt dus op te letten wanneer dergelijke zaken niet verzekerd zijn!

Er bestaan echter meer en meer polissen die hun vergoeding voor de medische kosten bij hospitalisatie volledig onafhankelijk laten van het feit of het RISIV wel dan niet tussenkomt. Wie over een dergelijke polis beschikt krijgt via zijn polis een garantie dat eender welke medische behandeling bij hospitalisatie door de verzekeringsmaatschappij zal ten laste genomen worden. Ook al betreft het een laatste nieuw medicament of implantaat of prestatie waarvoor geen enkele tussenkomst van de mutualiteit mogelijk is. Deze polissen zijn uiteraard duurder, maar het verschil in prestatie is dan ook zeer groot.

Via het ziekenfonds of via een private verzekeraar?

Er zijn zeer belangrijke verschillen, niet alleen het prijsverschil speelt een rol. Een overzicht van de belangrijkste verschillen:

Bij een private verzekeraar is uw instapleeftijd bepalend voor de premie die u levenslang zal moeten betalen. De premie neemt geen leeftijdssprongen meer naarmate u ouder wordt. (uitzondering Fidea). De maatschappij kan de premie alleen nog optrekken als de globale uitgaven in de gezondheidszorg toenemen. Maar dan gaat het om gelijke premiestijgingen voor alle leeftijdscategorieën. Bij de ziekenfondsen stijgt de premie naarmate de verzekerde ouder wordt. Een jongere start met een premie van ongeveer 100 euro per jaar, maar boven de 70 jaar is uw premie snel 500 euro per jaar. De kamer- en ereloon-supplementen voor een éénpersoonskamer worden door de private verzekeraars doorgaans volledig terugbetaald, terwijl daarvoor bij de ziekenfondsen belangrijke beperkingen gelden.

Bij de ziekenfondsen is de terugbetaling uitgesloten van kosten die de wettelijke ziekteverzekering niet uitbetaalt. Of anders gezegd: alleen van de factuurbedragen waarvoor de wettelijke ziekteverzekering een deel terugbetaalt, betaalt een hospitalisatieverzekering van uw ziekenfonds het overige terug. (zie hierboven de opmerking ivm risiv barema's)

De private verzekeraars worden door de wet verplicht voor hun klanten reserves voor later op te bouwen, en zien zich daardoor verplicht hogere premies aan te rekenen. Ziekenfondsen moeten enkel voldoende premie vragen om het jaar door te komen. Zij kunnen jaar per jaar beslissen om hun premies aan te passen (voor één of voor verschillende leeftijdscategorieën). De ziekenfondsen kunnen ook beslissen om de terugbetalingmodaliteiten te wijzigen. Een private verzekeraar kan zijn voorwaarden niet eenzijdig wijzigen. De verzekeraars zijn vragende partij om de verplichtingen voor de verzekeraars en de ziekenfondsen gelijk te trekken.

In art 138 bis wordt voorzien dat een hospitalisatiepolis verondersteld wordt levenslang te lopen. (tenzij de verzekerde voordeel zou hebben bij een kortere duur).

De wet voorziet tevens een recht op verzekering ook voor mensen met een bestaande ziekte of handicap. Wel kunnen de gevolgen van de bestaande toestand in de polis uitgesloten worden. Tot voor de wet van 10 08 2007 ondervonden mensen met bestaande handicap dat het zo goed als onmogelijk was om een polis af te sluiten, zelfs voor die ziektes of ongevallen die zij nog niet hadden opgelopen.

De steeds hogere kostprijs van de medische prestaties en de evenredig oplopende prijs van de verzekering krijgt ook een wettelijke regeling. Het CBFA zal hier een controlerende functie vervullen.

Tevens voorziet de wet in een regeling voor het recht op individuele verderzetting van een collectieve polis. De individuele polis zal opgemaakt worden zonder medische selectie (zowel na groepsverzekering als na uittreding uit een gezinspolis).

De werkgever die een collectieve verzekering afsluit moet zijn werknemers verwittigen van het recht tot prefinanciering van individueel verder te zetten polis. In het verleden kwamen veel gepensioneerden tot de onaangename vaststelling dat hun individuele polis peperduur was. De premie werd immers berekend op hun leeftijd. Nu kunnen werknemers een individuele ouderdomsreserve aanleggen. Deze reserve stelt hen in staat om op oudere leeftijd een betaalbare individuele polis af te sluiten.

Veel info over de hospitalisatiepolis is terug te vinden in de art 138 bis (zie einde van deze cursus)

8.5 GEWAARBORGD INKOMEN

Deze verzekering waarborgt de betaling van een rente (vervangingsinkomen) wanneer de verzekerde werkongeschikt wordt naar aanleiding van een ziekte of een ongeval. Het bedrag van de rente wordt in de polis vermeld en is maandelijks uitbetaalbaar tot maximum aan de in de polis vooraf bepaalde einddatum (bv 60 jaar of 65 jaar)

De rente kan zowel bij ziekte als bij ongeval of bij een van beide uitbetaald worden. Voor

de loontrekkende is ook een formule ziekte en ongevallen van het privaat leven mogelijk.

Er zijn bovendien verschillende methodes om de uitbetaalde of verzekerde rente aan te passen aan de stijging van de levensduurte.

De **constante rente**

blijft onveranderd gedurende de periode van de uitbetaling zowel als gedurende de volledige duurtijd van de polis zelf.

De **stijgende rente**

voorziet een jaarlijkse stijging van de uitbetaalde rente gedurende de periode van de vergoeding. Dit kan bijvoorbeeld een jaarlijkse stijging van de vergoeding betekenen met 3%. Op het einde van de vergoeding is de verzekerde opnieuw gewaarborgd voor de vergoeding die verzekerd was voor de aanvang van de stijging.

Bij de **geïndexeerde rente** (ideaal stijgende rente)

is zowel tijdens de periode van de vergoeding als tijdens de duurtijd van de polis een jaarlijkse stijging voorzien van de verzekerde rente. (doorgaans een jaarlijkse stijging van 3%)

De premie van dergelijke polis is afhankelijk van volgende elementen:

- beroep van de verzekerde
- geslacht van verzekerde
- aanvangsleeftijd van verzekerde
- leeftijd tot dewelke de verzekering moet blijven lopen
- aard van de verzekerde rente (constant, stijgend, geïndexeerd)
- aard van de eigen risico periode (30, 60, 90, 120, 360 dagen....)
- grootte van de verzekerde rente

Zeer belangrijk bij dit soort polissen, ziekteverzekering is dat de maatschappij de polis nooit kan opzeggen na schadegeval. Dit werd vastgelegd in de wet op de landsverzekeringen. (zie deel 1)

Betreuenswaardig is dat een groot aantal maatschappijen nog steeds vermelden in hun algemene voorwaarden dat zij de premie kunnen aanpassen op de jaarlijkse vervaldatum. De klant moet hiermee niet akkoord gaan en kan de polis wel opzeggen. Dit recht is natuurlijk sterk beperkt voor een verzekerde die reeds jaren een bestaande polis bezit en die opziet tegen de inmiddels duurdere premie (wegens zijn hogere leeftijd). Bovendien is de situatie nog dramatischer voor de verzekerden die inmiddels hun gezondheid hebben zien verminderen en mogelijk zelfs niet meer kunnen aanvaard worden door een nieuwe verzekeraar. Belangrijk dus om de juiste voorwaarden te onderschrijven.

Een jonge zelfstandige doet er goed aan om ook uit te kijken of niet alleen zijn inkomen kan verzekerd worden maar ook een deel van de vaste kosten die hij te dragen heeft. Op die manier kan de jonge zelfstandige zich een zekerheid opbouwen dat zijn bedrijf ook stand kan houden bij een tijdelijke ernstige ziekte. Deze oplossing wordt echter niet door alle maatschappijen aangeboden.

Voor loontrekkende wordt dit soort verzekering soms gekoppeld aan de leenlast van een hypothecaire lening. De waarborg is dan beperkt tot ziekte en ongevallen van het privé leven. Ongevallen van het beroepsleven van een loontrekkende worden opgevangen in de arbeidsongevallen polis van de werkgever. Het verzekerde gewaarborgd inkomen is dan vaak de maandlast van de lening, en de verzekering wordt in duur soms beperkt tot de duurtijd van de lening zelf;

Om fiscaal aftrekbaar te zijn is o.a. vereist dat de economische ongeschiktheid verzekerd wordt. De vroegere combinatie met de fysiologische ongeschiktheid is niet langer toegelaten om fiscale aftrekbaarheid van de premies mogelijk te maken. De fysiologische invaliditeit kan eventueel in een afzonderlijke polis met niet aftrekbaar premie verzekerd worden. Voor de aftrekbaarheid van een polis gewaarborgd inkomen is het noodzakelijk dat de verzekerde zijn beroepskosten bewijst. In combinatie met het belastingsforfait is een polis gewaarborgd inkomen niet aftrekbaar.

8.6 DE OMZETVERZEKERING

De verzekering gewaarborgd inkomen kan ernstig te kort schieten wanneer enkel het netto loon vergoed wordt na ziekte of ongeval. Vooral jonge zelfstandigen moeten soms belangrijke vaste kosten kunnen blijven betalen willen ze tijdens een ziekte of een ernstig ongeval hun zaak behouden.

Het gaat dan vooral om de volgende kosten:
 leningen die verder moeten betaald worden
 de vervoerkosten
 de kosten voor de bestelde publiciteit
 de huur van lokalen
 kosten die blijven ook al zakt de omzet.

Met een gewone inkomstenvergoeding kan de werkongeschikte persoon wel in zijn privé leven verder, maar de beroepskosten geraken er niet mee betaald. Deze leemte wordt opgevuld door de omzetverzekering. Hier kan een rente bij ziekte en ongeval verzekerd worden, los van de grootte van het inkomen van de verzekerde persoon. Vooral bedrijven met 1 key man, jonge zelfstandigen, bedrijven met belangrijke investeringen hebben nood aan een dergelijke verzekering. Een beperkt aantal verzekeraars bieden deze formule aan. De voorwaarden zijn vergelijkbaar met deze van de polis gewaarborgd inkomen. De rente die betaald wordt zal in sommige gevallen slechts voor een beperkte periode gelden (bv een 2 tal jaren) Wie ziet dat zijn zaak door zijn werkongeschiktheid achteruit gaat moet op een bepaald moment toch beslissen om de zaak te verkopen. De vaste kosten kunnen niet blijvend betaald worden door een omzet verzekering.

De kostprijs van een omzetverzekering is veel lager dan die van een gewaarborgd inkomen. De hoofdreden is dat de verzekeraar zijn vergoeding gedurende een kortere periode moet betalen. Bij de polis gewaarborgd inkomen kunnen de verzekerde rentes lopen tot de 65^{ste} verjaardag van de verzekerde!

8.7 ZORGVERZEKERING

Deze verzekering is verwant aan het gewaarborgd inkomen.

Er wordt aan de verzekerde een vergoeding betaald in functie van zijn afhankelijkheid van derden. Deze afhankelijkheid kan opgetreden zijn na ongeval of na ziekte.

De hulpbehoevendheid kan zich situeren op verschillende domeinen:

lichaamshygiëne	(wassen, kammen, scheren, stoelgang...)
voeding	(eten en drinken, bereiden van maaltijden)
bewegelijkheid	(opstaan, slapengaan, aan en uitkleden, verplaatsen...)
huishouding	(boodschappen doen, koken, afwassen, schoonmaken...)

In de mate dat de verzekerde meer of minder hulpbehoevend is wordt de dagvergoeding verhoogd. Er bestaan verschillende kwalificaties voor de gradatie van deze hulpbehoevendheid (verschillen tussen de maatschappijen)

Er zijn ook maatschappijen die enkel tussenkomst voorzien na de 65^{ste} verjaardag van de verzekerde. Deze bieden helaas geen oplossing van de jongere verzekerden die ernstig ziek worden of het slachtoffer worden van een ongeval.

Belangrijk is tevens dat deze polissen niet kunnen opgezegd worden door de verzekeringsmaatschappij. De verzekerde beschikt zelf wel over recht tot opzeg van de polis.

Hoewel de meeste mensen pas op oudere leeftijd zich bewust worden van het risico om afhankelijk te worden van een derde is de boodschap toch dat hoe jonger men deze polis onderschrijft des te lager is de premie. Op hogere leeftijd zien vele kandidaat verzekerden af van het onderschrijven van de polis omdat de premie voor een dagvergoeding van 25 euro per dag snel oploopt van 25 euro tot 75 euro per maand.

8.8 WET ZIEKTEVERZEKERING ART 138BIS

De wet van 20 juli 2007 voegt een luik over de private ziekteverzekeringsovereenkomsten in de wet op de landverzekeringsovereenkomst. Ziekteverzekeringen zijn ziektekostenverzekeringen, arbeidsongeschiktheidsverzekeringen, invaliditeitsverzekeringen en niet-verplichte zorgverzekeringen. Tijdelijke reis- en hulpverleningsverzekeringen, ongevallenverzekeringen en de wettelijke arbeidsongevallenverzekering vallen er niet onder.

Duur

Vanaf nu wordt een ziekteverzekeringsovereenkomst voor het leven aangegaan. Een arbeidsongeschiktheidsverzekering die het verlies aan beroepsinkomen dekt bij een ziekte of ongeval, geldt tot de verzekeringsnemer met pensioen gaat. Een contract van beperkte duur is enkel mogelijk als de verzekeringsnemer daar uitdrukkelijk om vraagt omdat hij daarbij voordeel heeft. Dat voordeel bestaat dan uit de lagere premie.

Premies en voorwaarden

De verzekeraar kan de technische grondslagen van de premies en de dekkingsvoorwaarden enkel in specifieke gevallen wijzigen. Bijvoorbeeld wanneer er grote verschillen zijn tussen het indexcijfer en een aantal nog te bepalen parameters, bij een duurzame wijziging van de reële kosten van de gewaarborgde prestaties, of bij een wijziging van het beroep of sociaal statuut van de verzekerde persoon. In de meeste gevallen moet de CBFA de gewijzigde omstandigheden erkennen.

Onbetwistbaarheid

Een verzekeraar kan een polis niet meer stopzetten wegens het onopzettelijk verzwijgen of onopzettelijk onjuist medelen van gegevens wanneer een verzekerde een ziekte of aandoening krijgt die zich nog niet gemanifesteerd had voor het sluiten van de overeenkomst. Eens de overeenkomst twee jaar loopt, kan de verzekeraar zich ook niet meer beroepen op "onopzettelijk verzwijgen" of "onopzettelijk onjuist medelen" wanneer de symptomen zich bij het sluiten van de overeenkomst al gemanifesteerd hadden, maar de ziekte of aandoening tijdens de eerste twee jaar van het contract niet vastgesteld werd.

Chronisch zieken en personen met een handicap

Chronisch zieken en personen met een handicap die jonger dan 65 jaar zijn, hebben recht op een ziekteverzekering onder dezelfde voorwaarden en tegen dezelfde premies als niet-chronisch zieke of niet-gehandicapte personen. De verzekeraar mag de kosten van de ziekte of handicap uit de dekking sluiten.

Om geen misverstanden over de reikwijdte van de dekking te voorkomen, moet de polis een document bevatten dat de ziekte of handicap nauwkeurig beschrijft evenals de kosten die volledig of gedeeltelijk van de dekking worden uitgesloten. Geschillen over deze kosten moeten eerst voorgelegd worden aan een bemiddelingsorgaan. Dat orgaan moet nog bij Koninklijk besluit opgericht worden. Komen de partijen niet tot een akkoord, kunnen zij nog altijd een rechtszaak aanspannen.

Het recht op een 'gewone' ziekteverzekeringsovereenkomst gelde aanvankelijk slechts voor twee jaar, maar werd in 2009 verlengd tot 2011. De regering krijgt de bevoegdheid om na afloop van die termijn te bepalen of het recht behouden blijft.

Individuele voortzetting

Elke persoon die een collectieve ziekteverzekering heeft, kan vanaf nu die verzekering individueel voortzetten wanneer hij het voordeel van die verzekering verliest (bijvoorbeeld wegens ontslag of wegens het faillissement van zijn bedrijf). De verzekerde moet geen nieuw medisch onderzoek ondergaan. Hij moet ook geen nieuwe medische vragenlijst invullen. De wetgever stelt als voorwaarde dat de betrokkene minstens twee jaar aangesloten was bij de collectieve polis. De individueel voortgezette ziekteverzekeringsovereenkomst moet minstens "gelijksoortige waarborgen" bieden als de collectieve overeenkomst.

Inwerkingtreding

De wetgever heeft een analoge wet goedgekeurd die chronisch zieken en gehandicapten een betere toegang verleent tot de aanvullende hospitalisatieverzekeringen van de ziekenfondsen. Zowel de wet over de aanvullende hospitalisatieovereenkomsten als de wet over de ziekteverzekeringsovereenkomsten treden op 1 juli 2007 in werking. Voor bestaande ziekteverzekeringen geldt een overgangstermijn van twee jaar.

Er is sedert 03 2010 een indexatie van de premies, op basis van een medische index.

Er zijn geen andere tariefaanpassingen meer mogelijk, tenzij na wijziging van beroep, inkomen of sociaal statuut. Indien een verzekeraar op een andere manier dan de medische index de premies wil aanpassen dient hiervoor de CBFA zijn akkoord te geven.

Wanneer iemand uit een individuele polis verwijderd wordt dan moet de verzekeraar een aanbod tot nieuwe verzekering doen binnen de 30 dagen.

Wanneer iemand uit een beroepsgebonden polis moet stappen (pensioen, ontslag, ...) kan deze persoon een individuele polis verder zetten. De termijn om die overstap te maken wordt verlengd tot 60 dagen.

In de bijlage is art 138 volledig opgenomen tot en met de wet van 17 06 2009.

8.9 TRANSPORT EN TENTOONSTELLINGSRISICO'S

De risico's bij het vervoer van goederen over de weg vallen onder de oudste der verzekeringsactiviteiten. Reeds rond 2000 voor Christus tijdens het Babylonische Rijk werd een vorm teruggevonden waarbij de koopvaardijlui zich indekten tegen het risico dat zij door rovers zouden overvallen worden en niet in staat zouden zijn de koopwaar te leveren.

In onze huidige maatschappij is mobiliteit van enorm belang en neemt de transportverzekering dan ook een belangrijke plaats in.

8.10 VERVOER VOOR EIGEN REKENING

Bij het vervoeren van de eigen producten kunnen diverse risico's gelopen worden (ongeval, kantelen van de lading, breuk van een as, diefstal, laad en losrisico's enz)

De waarborg vervoerde goederen wordt dan ook meestal afgesloten in de vorm van een 'Alle Risico' waarborg, met inbegrip van de gevaren tijdens het laden en het lossen.

Het verzekerde kapitaal wordt doorgaans in eerste risico afgesloten, zodat de waarborg van de verzekeraar zich beperkt tot aan de uitputting van het verzekerde kapitaal. Deze techniek wordt vooral toegepast omwille van de schommelende waarden van de verschillende vrachten,

8.11 VERVOER VOOR REKENING VAN DERDEN

Veel bedrijven doen echter voor het vervoer van hun goederen beroep op gespecialiseerde bedrijven, transporteurs. In dit geval gebruiken wij de term 'vervoer voor rekening van derden'.

Omdat het nooit verstandig is zich uitsluitend te beroepen op de aansprakelijkheidspolis van een ander is ook hier de waarborg vervoerde goederen zeer belangrijk.

De vervoerder zelf is immers niet in alle gevallen verantwoordelijk; er zijn gevallen van overmacht en beperkingen van de aansprakelijkheid zoals bv via nationale of internationale wetgevingen (CMR conventie).

In de verkoopsvoorwaarden kunnen duidelijk bepalingen opgenomen worden in verband met de vervoerrisico's.

Enkele voorbeelden staan hier verder in tabelvorm:

<u>TERMEN</u>	<u>VERZEKERINGSNOOD VERKOPER</u>	<u>VERZEKERINGSNOOD KOPER</u>
EX WORKS	Geen transitverzekering nodig	Moet de reis verzekeren vanaf het vertrek tot de eindbestemming.
D.C.P. (Freight Carriage paid to)	Moet verzekeren vanaf het vertrek tot levering aan de eerste vervoerder.	Moet verzekeren vanaf de levering aan de eerste vervoerder tot de eindbestemming.
F.O.B. Free on board	Moet verzekeren vanaf het vertrek tot aan boord van het eerste vervoermiddel.	Moet verzekeren vanaf de levering aan boord van het schip tot de eindbestemming
C & F Cost and Freight	Moet verzekeren vanaf het vertrek tot in de haven van de eindbestemming.	Kan bv een verzekering aangaan tegen de risico's van waarde-vermeerdering tengevolge van douanekosten die ter bestemming moeten betaald worden of tegen prijsverhogingen van de markt.
C.I.F. (Cost Insurance en Freight)	Moet verzekeren vanaf het vertrek tot in de haven van de eindbestemming.	Kan bv een verzekering aangaan tegen de risico's van waarde-vermeerdering tengevolge van douanekosten die ter bestemming moeten betaald worden of tegen prijsverhogingen van de markt.
D.D.P. (Delivered Duty Paid)	Moet verzekeren vanaf het vertrek tot de eindbestemming met inbegrip van de invoerrechten en de aanverwante kosten.	Geen transitverzekering nodig.

8.12 VERVOERDE GOEDEREN

Met deze polis worden de risico's verzekerd die goederen kunnen oplopen tijdens het vervoer. Wanneer dit vervoer uitgevoerd wordt door een vervoerder dan dient nagegaan welke risico's er ten laste zijn van de vervoerder, op welke basis de verkoopovereenkomst werd opgemaakt en welke risico's er voor elke partij te verzekeren zijn (zie hierboven).

De polis vervoerde goederen kan ook afgesloten worden voor alledaagse vormen van vervoer zoals bv de bakker die deegwaren uitvoert, de vakman die thuis levert bij klanten, de marktkramer die rondreist enz...

8.13 ZEEVAARTPOLIS VAN ANTWERPEN

Deze polisvoorwaarden kennen over de gehele wereld een wijde verspreiding en liggen zéér dikwijls aan de basis van een verzekeringsovereenkomst.

Vooraf de littera e van de polis (de klaarblijkelijke ongevallen) is een vaak gebruikte clausule in veel polissen.

8.14 TENTOONSTELLINGSRISICO'S

Alhoewel dit risico op het eerste zicht niet aanleunt bij vervoer houdt het er toch enig verband mee. Een vaak gebruikte dekkingsformule is deze 'Van nagel tot nagel'. Hier wordt door de verzekeraar het risico ten laste genomen voor de waarborg van de goederen van het moment dat ze vertrekken naar een tentoonstelling, tijdens het moment van deze tentoonstelling en op de weg terug naar de oorspronkelijke plaats.

De gewone brandpolis kan ook een waarborg bieden voor de tijdelijke verplaatsing van de goederen die op een tentoonstelling staan. Soms moet deze uitbreiding specifiek aangevraagd worden aan de brandverzekeraar. De waarborgen die door de brandpolis geboden worden zijn echter veel beperkter dan de waarborgen alle risico's. Vooral voor breekbare voorwerpen en elektronische apparaten is een alle risico tentoonstelling een aan te raden verzekering.

Verzekerde gevaren:

brand en aanverwante gevaren, vervoer van de goederen, beschadiging door ongeval, breuk, diefstal, vandalisme.

9 TECHNISCHE VERZEKERINGEN

9.1 MACHINEBREUK

In de huidige evolutie worden machines meer en meer gespecialiseerd en vormen zij soms het echte hart van een bedrijf. De enorme kostprijs van gespecialiseerde apparatuur maakt dat het noodzakelijk wordt om een verzekering af te sluiten.

De te verzekeren risico's zijn vooral:

breuk door onhandigheid of onervarenheid, het indringen van een vreemd lichaam, het omvallen, het botsen, een gebrek in de materialen...

Maar ook de kostprijs voor snelle (buitenlandse) interventies voor herstellingen kunnen aan de waarborg toegevoegd worden.

De normale sleet wordt niet door de polis ten laste genomen.

9.2 BEDRIJFSCHADEVERZEKERING (NA MACHINEBREUK)

Deze polis is te vergelijken met de polis bedrijfsschade na brand. Vooral bedrijven die opgetrokken worden rond 1 centrale machine hebben een sterke nood aan een dergelijke polis. Bij breuk van die ene machine kan de volledige productie stilvallen, blijven de vaste onkosten en kan de kostprijs voor heropstarten enorm oplopen...

9.3 ALLE RISICO'S ELEKTRONICA

Type polis voor verzekering van computers en andere elektronische apparaten. De waarborgen uit deze polissen zijn afgeleid uit de polis machinebreuk.

De toepassing van deze polissen ligt voor de hand voor computerapparatuur, maar ook voor allerlei elektronische apparaten zoals bv: copymachines, telefooncentrales, ponsmachines, mobilfoon, elektronische weegschalen enz.

Naast de herstelkosten van de apparaten kunnen ook de kosten verzekerd worden voor:

Het inlassen van gespecialiseerd personeel.

Invoer van materialen uit het buitenland.

Wedersamenstelling van de gegevens.

Bedrijfsschade na ramp

Deze polis heeft vooral zijn belang omdat de klassieke waarborg van de brandverzekering onvoldoende is om de specifieke risico's van elektronische apparaten op te vangen.

9.4 ALLE BOUWPLAATSRISICO'S (ABR POLIS)

Zowel bij het bouwen van een eenvoudige woning als bij het optrekken van spectaculaire bouwwerken worden risico's gelopen. Dit kan gaan van problemen met de ondergrond, vandalisme, diefstal, slechte weersomstandigheden, fouten van de arbeiders, problemen rond gespecialiseerde bouwtechnieken, aanwenden van nieuwe bouwmaterialen. De gevolgen van deze risico's kunnen opgevangen worden via de A.B.R. polis.

Deze polis kan zowel in de woningbouw, in de industriële bouw als in de openbare werken zijn toepassing vinden.

WAARBORG BESCHADIGING EN VERLIES: (**afdeling 1** van de polis)

Schade aan de werken tijdens de bouwperiode
(verzekering van de werken zelf, de materialen, de machines en installaties, de bouwplaatsketen, het materieel en de uitrusting, machines kranen, bulldozers enz...)
Schade door storm, orkaan, invloed van het weer, grondbewegingen, aardbevingen, verzakkingen, instortingen, stijgen van water, overstroming, brand en ontploffing, ongeval met machines, neerstorten van een kraan ...)
Diefstal op de bouwplaats
Onvoorzichtigheid, onhandigheid, nalatigheid van personeel
Waarborg tijdens de onderhoudstermijn na de voorlopige oplevering

MOGELIJKE UITBREIDINGEN

Controle van de werken door een controlebureau
Verzekering van het bestaand goed (bij verbouwingen)
Uitgebreide onderhoudstermijn (schade met oorzaak tijdens de bouwtermijn)

WAARBORG AANSPRAKELIJKHEIDSVERZEKERING: (**afdeling 2** van de polis)

Tijdens de bouwperiode (art 1382 tot 1386 BW)
Tijdens de onderhoudstermijn (volgens overeenkomst in het lastenboek, 1 tot 2 jaar na oplevering)
Art 544 BW (verstoring van het eigendomsrecht)
Schade aan derden – klassieke aansprakelijkheid en complexe aansprakelijkheid
Schade aan derden – gekruiste aansprakelijkheid of Cross Liability

De waarborg loopt tijdens de bouwperiode, maar kan ook uitgebreid worden tot de montagestermijn en zelfs de onderhoudstermijn. Ook de schade die haar oorzaak heeft tijdens de bouwperiode, maar slechts nadien tot uiting komt kan verzekerd worden.

Omwille van de aard van zijn waarborgen heeft de ABR polis steeds belang voor meerdere personen die betrokken zijn bij de bouw:

de aannemer(s)

zijn op het eerste zicht de meest belanghebbende partij. Vooral ook omdat de burgerlijke aansprakelijkheid voor de fouten van het personeel zware gevolgen kan hebben. Bovendien wordt tijdens de afwerkingstermijn vaak met onderaannemers

gewerkt wat bij betwistingen over aansprakelijkheid tot grote problemen kan leiden. Indien alle partijen hun waarborgen hebben in dezelfde ABR polis kunnen deze oeverloze discussies vermeden worden.

de architecten en studiebureaus

kunnen eveneens aansprakelijk gesteld worden voor verschillende fouten. (berekening, toezicht, vergissingen van materiaalkeuze...)

de promotor

die bij de realisatie van het project zich geen financiële onzekerheid of vertraging in de oprichting kan veroorloven.

de bouwheer

als opdrachtgever en uiteindelijke eigenaar heeft zeker groot belang bij een ABR polis. Uiteindelijk is het nooit zeker dat hij schades, of vertragingen zal kunnen verhalen. De bewijslast is immers soms onoverkomelijk groot en niet zelden blijkt een schuldige partij nadien geen vermogen meer te hebben.

Al deze personen, vennootschappen kunnen in dezelfde polis ABR als verzekerden aangeduid worden.

9.5 MONTAGE EN -PROEVEN

Deze polis vertoont grote gelijkenis met de ABR polis, doch waar de ABR polis meestal betrekking heeft op constructies in steen of beton en glas e.d. heeft de polis montage en proeven meer betrekking op de assemblagetechniek, het in elkaar zetten van verschillende onderdelen.

Enkele voorbeelden:

de metaalbouw, gebinte, hangar, opslagtank, silo, maar ook mechanische of elektrische machines, fabricatiemachines enz.

Deze polis voorziet ook waarborg voor conceptie, teken of ontwerp fouten. Algemeen valt dit in de A.B.R. polis onder de uitsluiting voor 'eigen gebrek'. Vandaar dat voor constructies die geassembleerd worden de montage en proeven polis meer aangewezen is. Het risico van een ontwerp- of tekenfout is hier immers veel groter.

De waarborg kan lopen over de volgende periodes:

- na de fabricage van de onderdelen van het gebouw
- tijdens het vervoer (laden en lossen)
- montage van de onderdelen
- proeven (met en zonder belasting)
- tot aan de oplevering

WAARBORGEN:

Onhandigheid, nalatigheid, kwaadwilligheid ... (menselijke factoren)

Conceptiefouten, berekeningsfouten (gevolgschade, niet de kosten voor vervanging van

de slechte stukken)

Ongevallen, breken van kabels, grondverzakking, breuk van de uitrusting.

Brand, bliksem, ontploffing, vorst, hagel, storm, overstroming, grondverzakking.

Montage ongevallen

Beschadiging door diefstal, verlies met of zonder braak op de montageplaats (grote vrijstelling, doorgaans 25%)

BIJKOMENDE WAARBORGEN:

Vervoer over het land met laden en lossen

Kosten voor versneld vervoer

Schade door staking, lock-out, oproer...

BURGELIJKE AANSPRAKELIJKHEID

Deze afdeling wordt meestal niet opgenomen in een polis Montage en proeven. Wanneer deze waarborg gewenst wordt is het raadzaam een ABR polis af te sluiten en expliciet te vragen dat de standaarduitsluiting voor eigen gebrek uit de polis verwijderd wordt mits betaling van een bijpremie. (afzonderlijk te bespreken per werf)

9.6 GARANTIEVERZEKERING

Deze polis ligt volledig in het verlengde van de polis 'Montage en Proeven'. In de mate dat de leverancier of fabrikant aansprakelijk kan gesteld worden voor schade aan de geleverde installaties of machines is er tussenkomst via deze polis. De reden van deze aansprakelijkheid zal altijd terug te vinden zijn in de voorwaarden van de verkoop die de modaliteiten van de garantie bepalen.

De gewaarborgde risico's zijn schades door een fout in het ontwerp of schades door constructiefout of door een montagefout of door een fout in het gebruikte materiaal.

9.7 ALLE RISICO'S DIVERSE

Deze polissen kunnen betrekking hebben op een zeer brede waaier van te verzekeren goederen. Het algemeen principe van de polis stelt dat wat niet expliciet uitgesloten is wordt geacht te zijn opgenomen in de waarborgen van de polis.

Enkel voorbeelden zijn:

alle risico's muziekinstrumenten,

pelsmantels, juwelen, postzegelverzamelingen,

elektrische en elektronische apparaten.

10 KREDIETVERZEKERING

10.1 KREDIETVERZEKERING

Het gebeurt vaker dat een ondernemer zijn facturen niet betaald krijgt. Menige faling van bedrijven vindt haar oorzaak in het uitblijven van de betalingen van de klanten.

Om zich hiertegen te wapenen kan een bedrijf zich wenden tot een verzekeraar. De verzekeraar krijgt de lijst van de klanten en bepaalt voor welke klanten hij zijn waarborg wil aanbieden.

Wanneer na de in de polis bepaalde periode de factuur onbetaald blijft kan de ondernemer betaling bekomen van de verzekeraar (onder aftrek van een zekere som).

Op die manier kan een bedrijf zich wapenen tegen het risico van slechte debiteuren.

10.2 BORGSTELLING

Op dit domein is niet alleen de verzekeraar actief, ook de banken treden als borgsteller op. Meestal treden verzekeraars op inzake borgstellingen rond bepaalde wetten of reglementeringen en rond bepaalde vaste gebruiken.

Enkel voorbeelden:

borgstelling met betrekking tot douanerechten

borgstelling voor reisbureaus

borgstelling als huurwaarborg.

11 DIVERSE VERZEKERINGEN

11.1 REISVERZEKERINGEN, BAGAGEVERZEKERINGEN, ANNULATIEVERZEKERINGEN

De reisverzekering kan een zeer uiteenlopende waaier van waarborgen bevatten. Het kan zowel gaan om het verlenen van bijstand, het verzekeren van medische kosten en het verzekeren van de bagage.

De bagageverzekering voorziet in een vergoeding van de schade aan de bagage tijdens en door de reis. Vooral diefstal is een belangrijk risico. Bijna altijd worden beperkende voorwaarden geformuleerd voor juwelen, cameratoestellen, geld en andere kostbare voorwerpen. Zeer belangrijk is de specifieke voorwaarden van de polis eens na te lezen VOOR het begin van de reis.

Een annulatieverzekering voorziet in de terugbetaling van uw reis indien deze niet kan doorgaan omwille van een ernstige ziekte van de verzekerde of bv van de professionele vervanger van de verzekerde. Een dokter zou bv zijn reis kunnen annuleren omdat zijn vervanger ernstig ziek geworden is en tijdens de reis van de dokter niet zou kunnen optreden als professionele vervanger...

De verzekeraars zijn doorgaans allen even strikt in het feit dat zij eisen dat de annulatieverzekering onderschreven wordt op hetzelfde moment als dat wanneer de reis onderschreven wordt. Dit om te vermijden dat een annulatieverzekering enkel nog zouden onderschreven worden wanneer men begint te vermoeden dat de reis wel eens niet zou kunnen doorgaan.

11.2 BIJSTANDSVERZEKERINGEN

Dit soort polissen voorziet minder in de terugbetaling van geleden schade maar veeleer in een onmiddellijke materiële bijstand aan de verzekerde.

Denk maar aan de service van het wegslepen van een beschadigde wagen na ongeval, het ter beschikking stellen van een vervangwagen, het beschermen van een woning na een belangrijke brand, het ter plaatse sturen van een slotenmaker bij het verliezen van uw huissleutels enz.

De verleende bijstand kan ook betrekking hebben op verplaatsingen in het buitenland, reizen voor privé of beroep. De skivakanties die eindigen met een speciale verplaatsing per trein of per vliegtuig van de bijstandsverzekeraar zijn een jaarlijks terugkomend fenomeen.

De polis kan afgesloten worden per reis en per persoon. Maar meer en meer gezinnen laten zich globaal verzekeren voor alle gezinsleden en voor alle reizen die in een jaar plaatsvinden. Doorgaans is deze formule zelfs goedkoper dan het individueel afsluiten van een nieuwe verzekering per reis.

De bijstandsverzekering voorziet ook in een waarborg medische kosten bij ziekte of ongeval in het buitenland. Vooral voor verplaatsingen naar Amerika, Afrika, Azië enz. is een degelijke verzekering van medische kosten een noodzaak. De tussenkomst van de mutualiteit in deze landen is zo goed als onbestaand. Een verzekerd bedrag van 25.000

euro medische kosten is zeker geen overbodige luxe. Er bestaan zelfs polissen die tot 1250.000 euro aan medische kosten verzekeren per persoon in het buitenland.

Ook de kosten voor het opsporen van vermiste personen worden ten laste genomen door de bijstand. Bij skiongevallen kunnen deze kosten zeer hoog oplopen.

Verder verlenen deze polissen ook gewoon bijstand om de beste garage te vinden voor de defecten aan uw wagen wanneer u in het buitenland pech heeft. Het gebeurt als eens dat er speciale medicamenten, of extra bagage moet nagestuurd worden voor mensen die op reis zijn. Soms is een extra verplaatsing nodig om dringend terug naar huis te kunnen komen wegens ziekte of overlijden van een familielid in België. Dergelijke prestaties vallen binnen de waarborgen van de bijstandsverzekering.

11.3 DIVERSE GELDELIJKE VERLIEZEN

In onze huidige maatschappij is het vervoeren van geld een risicovolle gebeurtenis. Ook hiertegen zij verzekeraar bereid een waarborg aan te bieden.

Het risico om vals geld te ontvangen van uw klanten kan eveneens verzekerd worden.

Alleen het feit dat de titel 'diverse' vermeldt betekent dat er op dit terrein van de verzekeringsmarkt zeer veel inspiratie heerst, en dat er voortdurend nieuwe producten geschapen worden. Vooral de Angelsaksische markt is hier zeer inventief.

Het bestolen worden wanneer je als handelaar met de dagontvangsten naar de bank gaat is een echt gevaar geworden. Het ontvangen van vals geld ook. De verzekering biedt een oplossing.

11.4 HAGELVERZEKERING (OOGSTEN)

Volledige akkers kunnen op deze manier verzekerd worden tegen het risico van vernieling van de jong opgroeiende planten door een hagelbui. Vooral bij het kweken van wortels en erwten wordt deze verzekering vaak onderschreven. Gespecialiseerde verzekeraars passen zelfs hun tarief aan volgens de streek waar de groenten worden geteeld.

Het aantal maatschappijen die deze verzekering aanbieden is wel beperkt.

11.5 DIERENSTERFTE

De meest gekende polissen zijn deze die het risico verzekeren van de sterfte van paarden. Maar ook runderen kunnen tegen dit risico verzekerd worden. Doorgaans eist de verzekeraar een verzekering van de volledige veestapel ofwel een afzonderlijke waardebeoordeling per verzekerd dier. Dit segment van de markt wordt slechts bewerkt door een beperkt aantal gespecialiseerde verzekeraars.

De prijzen voor dit soort verzekering lopen snel op tot 3 en meer procent van de waarde van het verzekerde dier.

11.6 SPORT EN VERENIGINGSLEVEN

Zowel het risico van een ongeval dat medische kosten meebrengt als het verzekeren van de aansprakelijkheid kan voorzien worden. Vooral inzake de ongevallen verzekering is er een groot verschil in premie naargelang de aard van de sport. Kickboksen biedt nu eenmaal meer risico op een kwetsuur dan biljarten...

Voor de waarborgen zelf kan je de rubriek persoonlijke ongevallen van deze cursus raadplegen (dekking overlijden, invaliditeit, medische kosten...)

Inzake aansprakelijkheid wordt vooral gestreefd naar verzekering van de club en haar leden bij het veroorzaken van schade aan derden tijdens en door de uitgeoefende sport of ontspanning. De clubleden kunnen in sommige gevallen voor hun persoonlijke aansprakelijkheid beroep doen op hun familiale verzekering. De club zelf heeft nood aan een eigen verzekering aansprakelijkheid.

Nogal wat clubs hebben de structuur van een vzw. Bestuurders van een vzw kunnen in de uitvoering van hun functie aansprakelijk gesteld worden. Ook hiervoor is nood aan een afzonderlijke polis. Deze dekking wordt nooit voorzien in de familiale verzekering.

11.7 PLEZIERVAARTUIGEN

Voor het bekomen van een vlaggenbrief is deze verzekering een vereiste voorwaarde. Hiervoor moet een afzonderlijke polis onderschreven worden. De familiale verzekering voorziet slechts een beperkte waarborg tot bootjes met een motorvermogen van max. 5 PK.(zoals voorzien in de minimumvoorwaarden die per KB opgelegd werden in 1983.)

Ook de aansprakelijkheid bij het waterskiën kan in dergelijke polis opgenomen worden. Meestal wordt deze aansprakelijkheidsverzekering dan uitgebreid met een polis persoonlijke ongevallen voor de skiër zelf. Immers, niet ieder ongeval kan te wijten zijn aan de fout van de bestuurder van de boot. Het is daarom aangewezen dat de skiër zelf ook een waarborg geniet indien hij gekwetst geraakt (eventueel zelf door eigen schuld)

Ook de eigen schade aan de boot is verzekerbaar. Men spreekt in dit geval over de casco dekking van de boot. Schade door aanvaring, door natuurrampen, en door diefstal kunnen in deze polis opgenomen worden.

12 TERRORISME

Op een typisch Belgische manier wordt deze waarborg georganiseerd in samenwerking tussen verzekeraars en de overheid. Een gelijkaardig initiatief werd eerder genomen voor de realisatie van de verzekering natuurrampen. Ons land heeft op dit vlak een unieke samenwerking opgebouwd tussen de overheid en de verzekeringssector. Voor de verzekerbaarheid van de natuurrampen en het terrorisme is er een belangrijke waarborg van de overheid gekomen die de verzekerbaarheid van deze risico's aanzienlijk faciliteert.

De wet van 1 april 2007 betreffende de verzekering tegen schade veroorzaakt door terrorisme, die vanaf 1 mei 2008 van kracht werd, biedt een oplossing voor de inlassing van de waarborg terrorisme in verschillende polissen.

Betrokken polissen waar deze waarborg automatisch wordt ingelast:

- B.A. Auto
- Brand Eenvoudige risico's
- B.A. Objectieve Aansprakelijkheid Brand en ontploffing
- Arbeidsongevallen
- Leven (takken 21, 22, 23) en alle bijkomende waarborgen, zowel voor individuele als voor groepsverzekeringen
- Hospitalisatie (tak 2)
- Ongevallen (tak 1)

De enige uitzondering op dit principe betreft terrorisme veroorzaakt door nucleaire wapens.

In andere polissen staat het de verzekeraar vrij om terrorisme al dan niet te dekken. (vb brand industrie, BA privé leven...)

Opdat verzekeraars en herverzekeraars de verzekerde risico's bij terrorisme zo goed mogelijk zouden kunnen dragen, heeft de wet een solidariteitsmechanisme ingevoerd. Om dit mechanisme vorm te geven werd er een VZW opgericht. De VZW **TRIP (Terrorism Reinsurance & Insurance Pool)**, waar verzekeraars en herverzekeraars deel van uitmaken en waarvan Fortis Insurance Belgium voorzitter is in 2008.

Deze VZW heeft tot doel de verbintenissen die haar leden moeten nakomen, als gevolg van terrorisme, te verdelen over alle leden. Hierdoor wordt de solidariteit op de Belgische markt georganiseerd.

Het spreekt voor zich dat elke verzekeraar enkel de schadegevallen van zijn eigen verzekerden regelt en beheert.

Er is een maximum beschikbaar kapitaal van 1 miljard euro (geïndexeerd), waarvan 7/10 afkomstig van TRIP en 3/10 van de Staat, per kalenderjaar, om de schadegevallen door terrorisme te dekken.

Wat verstaat men onder terrorisme?

De wet geeft de volgende definitie aan het begrip terrorisme:

“een clandestien georganiseerde actie of dreiging van actie met ideologische, politieke, etnische of religieuze bedoelingen, individueel of door een groep uitgevoerd, waarbij geweld wordt gepleegd op personen of de economische waarde van een materieel of immaterieel goed geheel of gedeeltelijk wordt vernield, ofwel om indruk te maken op het publiek, een klimaat van onveiligheid te scheppen of de autoriteiten onder druk te zetten, ofwel om het verkeer of de normale werking van een dienst of een onderneming te belemmeren”

Er werd een speciaal Comité opgericht dat zich zal uitspreken over de vraag of de daden al dan niet beantwoorden aan de in de wet geformuleerde definitie van terrorisme.

WET OP DE LANDVERZEKERINGSOVEREENKOMST

Deze bijlage aan de cursus verzekeringen van Devlamynck Luc is een overzicht van de totale wet op de landverzekeringsovereenkomst. De meest recente versie is te bekomen op de afdeling geconsolideerde wetgeving - JUSTEL. De zoekrobot is te vinden op <http://www.ejustice.just.fgov.be/wet/wet.htm>
Of via www.juridat.be rubriek Belgische wetgeving.

[TITEL I.](#) – De landsverzekeringsovereenkomst in het algemeen.

[HOOFDSTUK I.](#) - Inleidende bepalingen.

Art. 1-3

[HOOFDSTUK II.](#) - Bepalingen betreffende alle verzekeringsovereenkomsten.

[AFDELING I.](#) - Het sluiten van de overeenkomst.

Art. 4-7

[AFDELING II.](#) - Omvang van de dekking.

Art. 8-9

[AFDELING III.](#) - Bewijs en inhoud van de overeenkomst.

Art. 10

[AFDELING IV.](#) - Uitvoering van de overeenkomst.

Art. 11-21

[AFDELING V.](#) - Beding ten behoeve van derden.

Art. 22-23

[AFDELING VI.](#) - Niet-bestaan en wijziging van het risico.

Art. 24-26

[AFDELING VII.](#) - Medeverzekering en taak van de eerste verzekeraar.

Art. 27-28

[AFDELING VIII.](#) - Opzeggingswijzen.

Art. 29

[AFDELING IX.](#) - Duur en einde van de overeenkomst.

Art. 30-33

[AFDELING X.](#) - Verjaring.

Art. 34-35

[AFDELING XI.](#) - Scheidsrechterlijke uitspraken.

Art. 36

[HOOFDSTUK III.](#) - Bepalingen eigen aan de verzekeringen tot vergoeding van schade.

Art. 37-47

[HOOFDSTUK IV.](#) - Bepalingen eigen aan de verzekering tot uitkering van een vast bedrag.

Art. 48-50

[TITEL II.](#) - Schadeverzekeringen.

[HOOFDSTUK I.](#) - Algemene bepalingen.

Art. 51-52

[HOOFDSTUK II.](#) - Zaakverzekeringsovereenkomsten.

[Afdeling I.](#) - Gemeenschappelijke bepalingen betreffende alle zaakverzekeringen.

[Onderafdeling I.](#) - Verzekerbare waarde.

Art. 53-55

[Onderafdeling II.](#) - Verplichtingen van de verzekerde.

Art. 56

[Onderafdeling III.](#) - Overdracht onder de levenden.

Art. 57

[Onderafdeling IV.](#) - Betaling van de schadevergoeding en voorrecht van de verzekeraar.

Art. 58-60

[Afdeling II.](#) - Nadere bepalingen betreffende sommige zaakverzekeringen.

[Onderafdeling I.](#) - Brandverzekering.

Art. 61-68

[Onderafdeling Ibis-](#) (De verzekering tegen natuurrampen wat betreft eenvoudige risico's.) <KB 2005-09-

17/63, art. 3, 010 ; Inwerkingtreding : 01-03-2006>

Art. 68-1-68-10

[Onderafdeling II.](#) - Oogstverzekering.

Art. 69

[Onderafdeling III.](#) - Krediet- en borgtochtverzekering.

Art. 70-76

[HOOFDSTUK III.](#) - Aansprakelijkheidsverzekeringen.

Art. 77-89

[HOOFDSTUK IV.](#) - Rechtsbijstandverzekeringen.

Art. 90-93

[TITEL III.](#) - Persoonsverzekeringen.

[HOOFDSTUK I.](#) - Gemeenschappelijke bepalingen.

Art. 94-96

[HOOFDSTUK II.](#) - Levensverzekeringsovereenkomsten.

[Afdeling I.](#) - Algemene bepalingen.

Art. 97-98

[Afdeling II.](#) - Verzekerd risico.

Art. 99-102

[Afdeling III.](#) - Betaling van de premies en inwerkingtreding van de overeenkomst.

Art. 103-105

[Afdeling IV.](#) - Rechten van de verzekeringnemer.

[A.](#) BEGUNSTIGING.

Art. 106-111

[B.](#) HERROEPING VAN DE BEGUNSTIGING.

Art. 112-113

[C.](#) AFKOOP EN REDUCTIE.

Art. 114

[D.](#) OPNIEUW IN WERKING STELLEN VAN DE OVEREENKOMST.

Art. 115

[E.](#) VOORSCHOT OP DE IN DE OVEREENKOMST VERZEKERDE PRESTATIES.

Art. 116

[F.](#) INPANDGEVING VAN DE RECHTEN UIT DE OVEREENKOMST.

Art. 117-118

[G.](#) OVERDRACHT VAN DE RECHTEN UIT DE OVEREENKOMST.

Art. 119-120

[Afdeling V.](#) - Rechten van de begunstigde.

[A.](#) RECHT OP DE VERZEKERINGSPRESTATIES.

Art. 121

[B.](#) AANVAARDING VAN DE BEGUNSTIGING.

Art. 122-123

[C.](#) RECHTEN VAN DE ERFGENAMEN VAN DE VERZEKERINGNEMER TEN AANZIEN VAN DE BEGUNSTIGDE.

Art. 124

[D.](#) RECHTEN VAN DE SCHULDEISERS VAN DE VERZEKERINGNEMER TEN AANZIEN VAN DE BEGUNSTIGDE.

Art. 125-126

[Afdeling VI.](#) - Verzekering tussen in gemeenschap van goederen getrouwde echtgenoten.

[Onderafdeling I.](#) - Algemene bepalingen.

Art. 127-128

[Onderafdeling II.](#) - Gevolgen van echtscheiding of van scheiding van tafel en bed.

[A.](#) ECHTSCHIEDING OP GROND VAN BEPAALDE FEITEN.

Art. 129-131

[B.](#) ECHTSCHIEDING DOOR ONDERLINGE TOESTEMMING.

Art. 132-134

[C.](#) SCHEIDING VAN TAFEL EN BED.

Art. 135

[HOOFDSTUK III.](#) - Persoonsverzekeringsovereenkomsten andere dan levensverzekeringsovereenkomsten.

Art. 136-138

[HOOFDSTUK IV.](#) - Ziekteverzekeringsovereenkomsten. <ingevoegd bij W [2007-07-20/35](#), art. 2; Inwerkingtreding : 01-07-2007; zie ook art. 3>

[AFDELING I.](#) - Inleidende bepalingen. <ingevoegd bij W [2007-07-20/35](#), art. 2; Inwerkingtreding : 01-07-2007; zie ook art. 3>

Art. 138bis-1

[AFDELING II.](#) - [¹ Andere dan beroepsgebonden]¹ ziekteverzekeringsovereenkomsten. <ingevoegd bij W [2007-07-20/35](#), art. 2; Inwerkingtreding : 01-07-2007; zie ook art. 3>

Art. 138bis-2-138bis-7

[AFDELING III.](#) - Individuele voortzetting van een [¹ beroepsgebonden]¹ ziekteverzekeringsovereenkomst. <ingevoegd bij W [2007-07-20/35](#), art. 2; Inwerkingtreding : 01-07-2007; zie ook art. 3>

Art. 138bis-8-138bis-11

[HOOFDSTUK V.](#) [¹ Nadere bepalingen betreffende sommige verzekeringsovereenkomsten die de terugbetaling van het kapitaal van een krediet waarborgen.]¹

Art. 138ter-1-138ter-13

[TITEL IV.](#) - Slotbepalingen.

Art. 139-149

Titel I De landsverzekeringsovereenkomst in het algemeen.

HOOFDSTUK I. - Inleidende bepalingen.

Artikel 1. Begripsbepalingen.

In deze wet wordt verstaan onder :

A. Verzekeringsovereenkomst :

een overeenkomst, waarbij een partij, de verzekeraar, zich er tegen betaling van een vaste of veranderlijke premie tegenover een andere partij, de verzekeringnemer, toe verbindt een in de overeenkomst bepaalde prestatie te leveren in het geval zich een onzekere gebeurtenis voordoet waarbij, naargelang van het geval, de verzekerde of de begunstigde belang heeft dat die zich niet voordoet.

B. Verzekerde :

a) bij schadeverzekering : degene die door de verzekering is gedekt tegen vermogensschade;

b) bij persoonsverzekering : degene in wiens persoon het risico van het zich voordoen van het verzekerde voorval gelegen is.

C. Begunstigde :

degene in wiens voordeel verzekeringsprestaties bedongen zijn.

D. Benadeelde :

in een aansprakelijkheidsverzekering, degene aan wie schade is toegebracht waarvoor de verzekerde aansprakelijk is.

E. Premie :

iedere vorm van vergoeding door de verzekeraar gevraagd als tegenprestatie voor zijn verbintenissen.

F. Verzekeringsprestatie :

het door de verzekeraar uit te betalen bedrag of de door hem te verstrekken dienst ter uitvoering van de verzekeringsovereenkomst.

G. Schadeverzekering :

verzekering waarbij de verzekeringsprestatie afhankelijk is van een onzeker voorval dat schade veroorzaakt aan iemands vermogen.

H. Persoonsverzekering :

verzekering waarbij de verzekeringsprestatie of de premie afhankelijk is van een onzeker voorval dat iemands leven, fysische integriteit of gezinstoestand aantast.

I. Verzekering tot vergoeding van schade :

verzekering waarbij de verzekeraar zich ertoe verbindt de prestatie te leveren die nodig is om de schade die de verzekerde geleden heeft of waarvoor hij aansprakelijk is, geheel of gedeeltelijk te vergoeden.

J. Verzekering tot uitkering van een vast bedrag :

verzekering waarbij de prestatie van de verzekeraar niet afhankelijk is van de omvang van de schade.

K. Verzekeringsaanvraag :

een formulier dat uitgaat van de verzekeraar waarbij deze laatste aanbiedt het risico voorlopig ten laste te nemen op verzoek van de verzekeringnemer.

L. Verzekeringsvoorstel :

een formulier dat uitgaat van de verzekeraar en in te vullen door de verzekeringnemer met het doel de verzekeraar in te lichten over de aard van de verrichting en over de feiten en de omstandigheden die voor hem gegevens zijn voor de beoordeling van het risico.

M. Voorafgetekende polis :

een verzekeringspolis die vooraf door de verzekeraar ondertekend is en houdende aanbod tot het sluiten van een overeenkomst onder de voorwaarde die erin beschreven zijn, eventueel aangevuld met de nadere bijzonderheden die de verzekeringnemer aanduidt op de daartoe voorziene plaatsen.

N. Vermindering bij de verzekering tot vergoeding van schade :

sanctie waardoor de verzekeraar zijn prestatie vermindert gelet op de tekortkoming door de verzekeringnemer of de verzekerde aan een van de verplichtingen die voortvloeien uit de verzekeringsovereenkomst.

Art. 2. Toepassingsgebied.

§ 1. Deze wet is van toepassing op alle landverzekeringen voor zover er niet wordt van afgeweken door bijzondere wetten.

(Zij is niet van toepassing op de herverzekering noch op de verzekeringen van goederenvervoer, met uitzondering van de bagage- en verhuisverzekeringen. <W 1994-03-16/32, art. 1, 002; Inwerkingtreding : 1994-05-04>

§ 2. Deze wet is van toepassing op de onderlinge verzekeringsverenigingen.

Om rekening te houden met de bijzondere kenmerken van deze verzekeringsvorm kan de Koning evenwel de

bepalingen aangeven die niet op die verenigingen van toepassing zijn en de wijze bepalen waarop andere bepalingen dat wel zijn.

[¹ § 3. Deze wet is van toepassing op de maatschappijen van onderlinge bijstand, zoals bedoeld in de artikelen 43bis, § 5, en 70, §§ 6, 7 en 8, van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen.

Om rekening te houden met de bijzondere kenmerken van deze verzekeringsvorm kan de Koning evenwel de bepalingen aangeven die niet op die maatschappijen van toepassing zijn en de wijze verduidelijken waarop andere bepalingen dat wel zijn.]¹

(1)<W [2010-04-26/07](#), art. 41, 018; Inwerkingtreding : 01-03-2010>

[Art. 3.](#) Dwingende regels.

De bepalingen van deze wet zijn van dwingend recht, tenzij uit de bewoordingen zelf blijkt dat de mogelijkheid wordt gelaten om er van af te wijken door bijzondere bedingen.

[HOOFDSTUK II.](#) - Bepalingen betreffende alle verzekeringsovereenkomsten.

[AFDELING I.](#) - Het sluiten van de overeenkomst.

[Art. 4.](#) Verzekeringsvoorstel, voorafgetekende polis en verzekeringsaanvraag.

§ 1. Het verzekeringsvoorstel verbindt noch de kandidaat-verzekeringnemer, noch de verzekeraar tot het sluiten van de overeenkomst. Indien binnen dertig dagen na de ontvangst van het voorstel de verzekeraar aan de kandidaat-verzekeringnemer geen verzekeringsaanbod heeft ter kennis gebracht of de verzekering afhankelijk heeft gesteld van een aanvraag tot onderzoek of de verzekering heeft geweigerd, verbindt hij zich tot het sluiten van de overeenkomst op straffe van schadevergoeding. Die bepalingen, evenals de vermelding dat de ondertekening van het voorstel geen dekking meebrengt, moeten uitdrukkelijk in het verzekeringsvoorstel worden opgenomen.

§ 2. Bij een voorafgetekende polis of een verzekeringsaanvraag komt de overeenkomst tot stand bij de ondertekening van een van deze stukken door de verzekeringnemer.

Tenzij anders is bedongen, gaat de waarborg in de dag volgend op de ontvangst door de verzekeraar van de voorafgetekende polis of de aanvraag. De verzekeraar zal de verzekeringnemer mededeling geven van deze datum. In beide gevallen, behalve voor overeenkomsten met een looptijd van minder dan dertig dagen, moet de verzekeringnemer de mogelijkheid hebben de overeenkomst op te zeggen, met onmiddellijk gevolg op het ogenblik van de kennisgeving, (binnen een termijn van dertig dagen voor levensverzekeringsovereenkomsten en van veertien dagen voor de andere verzekeringsovereenkomsten) na ontvangst door de verzekeraar van de voorafgetekende polis of aanvraag. De verzekeraar mag van zijn kant de overeenkomst opzeggen, behalve voor overeenkomsten met een looptijd van minder dan dertig dagen,

binnen een termijn van dertig dagen voor levensverzekeringsovereenkomsten en van veertien dagen voor de andere verzekeringsovereenkomsten) na ontvangst van de voorafgetekende polis of van de aanvraag, met inwerkingtreding van de opzegging acht dagen na de kennisgeving ervan. Deze bepalingen moeten uitdrukkelijk worden opgenomen in de voorwaarden van de voorafgetekende polis of van de aanvraag. De aanvraag en het voorstel dienen beide afzonderlijk te worden ondertekend. <W 2005-08-24/34, art. 34, 009 ; Inwerkingtreding : 01-01-2006>

(§ 2bis. Elke verzekeringsovereenkomst op afstand, in de zin van Hoofdstuk VI, Afdeling 9, van de wet van 14 juli 1991 betreffende de handelspraktijken en de voorlichting en bescherming van de consument, wordt gesloten wanneer de verzekeraar de aanvaarding van de verzekeringnemer ontvangt.

De verzekeringnemer en de verzekeraar beschikken over een termijn van veertien dagen om de verzekeringsovereenkomst zonder boete en zonder verplichte opgave van redenen op te zeggen. Voor levensverzekeringsovereenkomsten bedraagt de termijn evenwel dertig dagen.

De termijn waarbinnen het opzeggingsrecht kan worden uitgeoefend gaat in :

- vanaf de dag van het sluiten van de verzekeringsovereenkomst, behalve met betrekking tot de levensverzekeringsovereenkomsten, waarvoor de termijn ingaat op het tijdstip waarop de verzekeraar aan de verzekeringnemer mededeelt dat de overeenkomst is gesloten;
- vanaf de dag waarop de verzekeringnemer de contractvoorwaarden en alle bijkomende informatie ontvangt, indien deze laatste dag na deze valt, bedoeld bij het eerste streepje.

De opzegging die uitgaat van de verzekeringnemer treedt in werking op het ogenblik van de kennisgeving, deze die uitgaat van de verzekeraar acht dagen na de kennisgeving ervan.

Het opzeggingsrecht is niet van toepassing op reis- en bagageverzekeringsspolissen of soortgelijke kortetermijnverzekeringsspolissen met een looptijd van minder dan één maand, noch op levensverzekeringsovereenkomsten gebonden aan een beleggingsfonds.) <W 2005-08-24/34, art. 34, 009 ;

Inwerkingtreding : 01-01-2006>

§ 3. De verzekeraar zal de inkomende verzekeringsvoorstellen, voorafgetekende polissen en verzekeringsaanvragen, bij het binnenkomen systematisch voorzien van de datumstempel.

Art. 5. Mededelingsplicht.

De verzekeringnemer is verplicht bij het sluiten van de overeenkomst alle hem bekende omstandigheden nauwkeurig mee te delen die hij redelijkerwijs moet beschouwen als gegevens die van invloed kunnen zijn op de beoordeling van het risico door de verzekeraar. Hij moet de verzekeraar echter geen omstandigheden meedelen die deze laatste reeds kende of redelijkerwijs had moeten kennen. Genetische gegevens mogen niet worden meegedeeld.

Indien op sommige schriftelijke vragen van de verzekeraar niet wordt geantwoord en indien deze toch de overeenkomst heeft gesloten, kan hij zich, behalve in geval van bedrog, later niet meer op dat verzuim beroepen.

Art. 6. Opzettelijk verzwijgen of opzettelijk onjuist meedelen van gegevens.

Wanneer het opzettelijk verzwijgen of het opzettelijk onjuist meedelen van gegevens over het risico de verzekeraar misleidt bij de beoordeling van dat risico, is de verzekeringsovereenkomst nietig.

De premies die vervallen zijn tot op het ogenblik waarop de verzekeraar kennis heeft gekregen van het opzettelijk verzwijgen of opzettelijk onjuist meedelen van gegevens, komen hem toe.

Art. 7. Onopzettelijk verzwijgen of onopzettelijk onjuist meedelen van gegevens.

§ 1. Wanneer het verzwijgen of het onjuist meedelen van gegevens niet opzettelijk geschiedt, is de overeenkomst niet nietig.

De verzekeraar stelt, binnen de termijn van een maand, te rekenen van de dag waarop hij van het verzwijgen of van het onjuist meedelen van gegevens kennis heeft gekregen, voor de overeenkomst te wijzigen met uitwerking op de dag waarop hij kennis heeft gekregen van het verzwijgen of van het onjuist meedelen.

Indien de verzekeraar het bewijs levert dat hij het risico nooit zou hebben verzekerd, kan hij de overeenkomst opzeggen binnen dezelfde termijn.

Indien het voorstel tot wijziging van de overeenkomst wordt geweigerd door de verzekeringnemer of indien, na het verstrijken van de termijn van een maand te rekenen vanaf de ontvangst van dit voorstel, dit laatste niet aanvaard wordt, kan de verzekeraar de overeenkomst opzeggen binnen vijftien dagen.

De verzekeraar die de overeenkomst niet heeft opgezegd noch een wijziging heeft voorgesteld binnen de hierboven bepaalde termijnen, kan zich nadien niet meer beroepen op feiten die hem bekend waren.

§ 2. Indien het verzwijgen of het onjuist meedelen van gegevens niet kan verweten worden aan de verzekeringnemer en indien een schadegeval zich voordoet voordat de wijziging of de opzegging van kracht is geworden, is de verzekeraar tot de overeengekomen prestatie gehouden.

§ 3. Indien het verzwijgen of het onjuist meedelen van gegevens kan verweten worden aan de verzekeringnemer en indien een schadegeval zich voordoet voordat de wijziging of de opzegging van kracht is geworden, is de verzekeraar slechts tot prestatie gehouden op basis van de verhouding tussen de betaalde premie en de premie die de verzekeringnemer zou hebben moeten betalen, indien hij het risico naar behoren had meegedeeld.

Indien de verzekeraar echter bij een schadegeval het bewijs levert dat hij het risico, waarvan de ware aard door dat schadegeval aan het licht komt, in geen geval zou hebben verzekerd, wordt zijn prestatie beperkt tot het betalen van een bedrag dat gelijk is aan alle betaalde premies.

§ 4. Wanneer gedurende de loop van de verzekering een omstandigheid bekend wordt die beide partijen op het ogenblik van het sluiten van de overeenkomst onbekend was, wordt artikel 25 of artikel 26 toegepast, naargelang die omstandigheid een vermindering of een verzwaring van het verzekerde risico tot gevolg heeft.

AFDELING II. - Omvang van de dekking.

Art. 8. Bedrog en schuld.

Niettegenstaande enig andersluidend beding, kan de verzekeraar niet verplicht worden dekking te geven aan hem die het schadegeval opzettelijk heeft veroorzaakt.

De verzekeraar dekt de schade veroorzaakt door de schuld, zelfs de grove schuld, van de verzekeringnemer, van de verzekerde of van de begunstigde. De verzekeraar kan zich echter van zijn verplichtingen bevrijden voor de gevallen van grove schuld die op uitdrukkelijke en beperkende wijze in de overeenkomst zijn bepaald.

De Koning kan een beperkende lijst opstellen van feiten die niet als grove schuld aangemerkt mogen worden.

Art. 9. Oorlog. Tenzij anders is bedongen, dekt de verzekeraar geen schade veroorzaakt door oorlog of gelijkaardige feiten en door burgeroorlog.

De verzekeraar moet het bewijs leveren van het feit dat hem van het verlenen van dekking bevrijdt.

De Koning kan echter regels vaststellen die de bewijslast van het feit dat de verzekeraar bevrijdt van het verlenen van dekking verlichten.

AFDELING III. - Bewijs en inhoud van de overeenkomst.

Art. 10. Bewijs en inhoud van de overeenkomst.

§ 1. Onder voorbehoud van de bekentenis en de eed, en ongeacht het bedrag van de verbintenissen, worden de verzekeringsovereenkomst alsook de wijzigingen ervan tussen partijen door geschrift bewezen. Geen enkel bewijs door getuigen of door vermoedens tegen en boven de inhoud van het geschrift is toegelaten.

Indien evenwel een begin van bewijs door geschrift wordt geleverd, is het bewijs door getuigen of vermoedens toegelaten.

Artikel 1328 van het Burgerlijk Wetboek is niet van toepassing op de verzekeringsovereenkomst of op de wijzigingen ervan.

§ 2. De verzekeringsovereenkomst bevat ten minste :

1° de datum waarop de verzekeringsovereenkomst is gesloten en de datum waarop de verzekering begint te lopen;

2° de duur van de overeenkomst;

3° de identiteit van de verzekeringnemer en, in voorkomend geval, de identiteit van de verzekerde en van de begunstigde;

4° de naam en het adres van de verzekeraar of van de medeverzekerders;

5° in voorkomend geval, de naam en het adres van de verzekeringstussenpersoon;

6° de gedekte risico's;

7° het bedrag van de premie of de wijze waarop de premie kan worden bepaald.

§ 3. De verzekeraar is ertoe gehouden uiterlijk bij het sluiten van de overeenkomst aan de verzekeringnemer een (...) afschrift te verstrekken van de inlichtingen die deze laatste schriftelijk heeft medegedeeld over het te dekken risico. <W 2005-08-24/34, art. 35, 009 ; Inwerkingtreding : 01-01-2006>

AFDELING IV. - Uitvoering van de overeenkomst.

Art. 11. Geheel of gedeeltelijk verval van het recht op verzekeringsprestatie.

In de verzekeringsovereenkomst mag geen geheel of gedeeltelijk verval van het recht op verzekeringsprestatie bedongen worden dan wegens niet-nakoming van een bepaalde, in de overeenkomst opgelegde verplichting, en mits er een oorzakelijk verband bestaat tussen de tekortkoming en het schadegeval.

De Koning kan echter regels vaststellen met betrekking tot het geheel of gedeeltelijk verval van het recht op verzekeringsprestatie.

Art. 12. Combinatiepolissen.

Wanneer de verzekeraar zich in een zelfde overeenkomst tot verschillende prestaties verbindt, hetzij omwille van de gegeven dekking, hetzij omwille van de verzekerde risico's, geldt de grond van opzegging betreffende een van die prestaties niet voor de gehele overeenkomst, tenzij anders is bedongen.

Indien de verzekeraar de waarborg met betrekking tot één of meer prestaties opzegt, dan mag de verzekeringnemer de gehele verzekeringsovereenkomst opzeggen.

De grond van nietigheid betreffende één van de prestaties geldt niet voor de gehele overeenkomst.

Art. 13. (Wijze van betaling van de premie en van de verzekeringsprestatie.) <W 2006-02-22/37, art. 33, 012; Inwerkingtreding : 15-03-2006>

De verzekeringspremie is een haalschuld.

Wanneer de premie niet rechtstreeks aan de verzekeraar wordt betaald, is de premiebetaling aan een derde bevrijdend indien deze de betaling vordert en hij voor de inning van die premie klaarblijkelijk als lasthebber van de verzekeraar optreedt.

(Wanneer de verzekeraar de bedragen die hij in het kader van de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst aan de verzekerde of zijn rechthebbende is verschuldigd, niet rechtstreeks aan deze laatsten betaalt, (maar via een verzekeringstussenpersoon als bedoeld in artikel 1, 3°, van de wet van 27 maart 1995 betreffende de verzekerings- en herverzekeringsbemiddeling en de distributie van verzekeringen,) bevrijdt enkel de werkelijke ontvangst van deze betaling door de verzekerde of zijn rechthebbende de verzekeraar van zijn verplichtingen.) <W 2006-02-22/37, art. 33, 012; Inwerkingtreding : 15-03-2006> <W [2007-03-01/37](#), art. 6, 014; Inwerkingtreding : 24-03-2007>

Art. 14. Niet-betaling van de premie.

Niet-betaling van de premie op de vervaldag kan grond opleveren tot schorsing van de dekking of tot opzegging

van de overeenkomst mits de schuldenaar in gebreke is gesteld.

De verzekeringsovereenkomst kan echter bepalen dat de dekking pas aanvangt na de betaling van de eerste premie.

[Art. 15.](#) Aanmaning tot betaling.

De ingebrekestelling bedoeld in artikel 14 geschiedt bij deurwaardersexploot of bij een ter post aangetekende brief.

Daarbij wordt aangemaand om de premie te betalen binnen de termijn bepaald in de ingebrekestelling. Dit termijn mag niet korter zijn dan vijftien dagen, te rekenen vanaf de dag volgend op de betekening of de afgifte ter post van de aangetekende brief.

De ingebrekestelling herinnert aan de vervaldag van de premie en aan de gevolgen van niet-betaling binnen de gestelde termijn.

[Art. 16.](#) Uitwerking van de schorsing van de dekking of van de opzegging van de overeenkomst.

De schorsing of de opzegging hebben slechts uitwerking na het verstrijken van de termijn bedoeld in artikel 15, tweede lid.

Als de dekking geschorst is, wordt als gevolg van de betaling van de achterstallige premies door de verzekeringnemer, in voorkomend geval vermeerderd met de intresten, een einde gemaakt aan die schorsing.

De verzekeraar die zijn verplichting tot het verlenen van dekking geschorst heeft, kan de overeenkomst opzeggen indien hij zich dat recht in de ingebrekestelling heeft voorbehouden; in dat geval wordt de opzegging van kracht na het verstrijken van een termijn die niet korter mag zijn dan vijftien dagen te rekenen vanaf de eerste dag van de schorsing.

Indien de verzekeraar zich in de ingebrekestelling de mogelijkheid om de overeenkomst op te zeggen niet heeft voorbehouden, kan de opzegging slechts geschieden mits een nieuwe aanmaning is gedaan overeenkomstig artikel 15.

De bepalingen van dit artikel met betrekking tot de schorsing van de dekking zijn niet van toepassing op de verzekeringsovereenkomsten met vrije premiebetaling.

[Art. 17.](#) Gevolgen van de schorsing ten aanzien van de nog te vervallen premies.

De schorsing van de dekking doet geen afbreuk aan het recht van de verzekeraar de later nog te vervallen premies te eisen op voorwaarde dat de verzekeringnemer in gebreke werd gesteld overeenkomstig artikel 15. In dit geval herinnert de ingebrekestelling aan de schorsing van de waarborg.

Het recht van de verzekeraar wordt evenwel beperkt tot de premies voor twee opeenvolgende jaren.

[Art. 18.](#) Premiekrediet.

In geval van opzegging van de overeenkomst op welke gronden ook, worden de betaalde premies met betrekking op de verzekerde periode na het van kracht worden van de opzegging terugbetaald (binnen een termijn van dertig dagen vanaf de inwerkingtreding van de opzegging of, in geval van toepassing van artikel 4, § 2bis, vanaf de ontvangst door de verzekeraar van de kennisgeving van de opzegging). <W 2005-08-24/34, art. 36, 009 ; Inwerkingtreding : 01-01-2006>

Bij gedeeltelijke opzegging of bij enige andere vermindering van de verzekeringsprestaties zijn de bepalingen van het eerste lid alleen van toepassing op het gedeelte van de premie dat betrekking heeft op en in verhouding staat tot die vermindering.

[Art. 19.](#) Melding van het schadegeval.

§ 1. De verzekerde moet, zodra mogelijk en in elk geval binnen de termijn bepaald in de overeenkomst het schadegeval aan de verzekeraar melden.

De verzekeraar kan er zich echter niet op beroepen dat de in de overeenkomst gestelde termijn om de in het eerste lid bedoelde melding te doen niet in acht is genomen, indien die melding zo spoedig als redelijkerwijze mogelijk is geschiedt.

§ 2. De verzekerde moet zonder verwijl aan de verzekeraar alle nuttige inlichtingen verstrekken en op de vragen antwoorden die hem worden gesteld, teneinde de omstandigheden en de omvang van de schade te kunnen vaststellen.

[Art. 20.](#) Verplichtingen van de verzekerde bij schadegeval.

Bij elke verzekering tot vergoeding van schade moet de verzekerde alle redelijke maatregelen nemen om de gevolgen van het schadegeval te voorkomen en te beperken.

[Art. 21.](#) Sancties. § 1. Indien de verzekerde één van de verplichtingen hem opgelegd door de artikelen 19 en 20 niet nakomt en er daardoor een nadeel ontstaat voor de verzekeraar, kan deze aanspraak maken op een vermindering van zijn prestatie tot beloop van het door hem geleden nadeel.

§ 2. De verzekeraar kan zijn dekking weigeren, indien de verzekerde de in de artikelen 19 en 20 bedoelde verplichtingen met bedrieglijk opzet niet is nagekomen.

AFDELING V. - Beding ten behoeve van derden.

Art. 22. Beding ten behoeve van derden.

Partijen kunnen te allen tijde overeenkomen dat een derde, onder de voorwaarden welke zij bepalen, aanspraak kan hebben op de door de verzekering geboden voordelen.

Die derde moet niet aangeduid zijn of zelfs niet verwekt zijn op het ogenblik dat het beding wordt gemaakt, maar hij moet aanwijsbaar zijn op de dag dat de verzekeringsprestaties opeisbaar zijn.

Art. 23. Mededeling van de voorwaarden van de dekking.

Iedere begunstigde die onder bezwarende titel recht heeft op de dekking van een verzekering, heeft het recht van de verzekeringnemer of, zo nodig, van de verzekeraar mededeling te krijgen van de voorwaarden van de dekking.

AFDELING VI. - Niet-bestaan en wijziging van het risico.

Art. 24. Niet-bestaan van het risico.

De verzekering is nietig, wanneer bij het sluiten van de overeenkomst het risico niet bestaat of reeds verwezenlijkt is.

Hetzelfde geldt voor de verzekering van een toekomstig risico, indien dit zich niet voordoet.

Wanneer de verzekeringnemer, in de gevallen bedoeld in het eerste en tweede lid, te kwader trouw heeft gehandeld bij het sluiten van de overeenkomst of een onverschoonbare vergissing heeft begaan, behoudt de verzekeraar de premie die verschuldigd is voor de periode die loopt vanaf de dag waarop de overeenkomst van kracht wordt tot de dag waarop hij het niet-bestaan van het risico verneemt.

Art. 25. Vermindering van het risico.

Wanneer gedurende de loop van een verzekeringsovereenkomst, andere dan een levensverzekering of ziekteverzekeringsovereenkomst, het risico dat het verzekerde voorval zich voordoet, aanzienlijk en blijvend verminderd is en wel zo dat de verzekeraar, indien die vermindering bij het sluiten van de overeenkomst had bestaan, op andere voorwaarden zou hebben verzekerd, is hij verplicht een overeenkomstige vermindering van de premie toe te staan vanaf de dag waarop hij van de vermindering van het risico kennis heeft gekregen.

Indien de contractanten het over de nieuwe premie niet eens worden binnen een maand na de aanvraag tot vermindering door de verzekeringnemer, kan deze laatste de overeenkomst opzeggen.

Art. 26. Verzwaring van het risico.

§ 1. Behalve wanneer het om een levensverzekeringsovereenkomst, een ziekteverzekering of een kredietverzekeringsovereenkomst gaat, heeft de verzekeringnemer de verplichting in de loop van de overeenkomst en onder de voorwaarden van artikel 5 de nieuwe omstandigheden of de wijzigingen van de omstandigheden aan te geven die van aard zijn om een aanmerkelijke en blijvende verzwaring van het risico dat het verzekerde voorval zich voordoet te bewerkstelligen.

Wanneer gedurende de loop van een verzekeringsovereenkomst, andere dan een levensverzekering, een ziekteverzekering of een kredietverzekeringsovereenkomst, het risico dat het verzekerde voorval zich voordoet zo verzaamd is dat de verzekeraar, indien die verzwaring bij het sluiten van de overeenkomst had bestaan, op andere voorwaarden zou hebben verzekerd, moet binnen een termijn van een maand, te rekenen vanaf de dag waarop hij van de verzwaring kennis heeft gekregen, de wijziging van de overeenkomst voorstellen met terugwerkende kracht tot de dag van de verzwaring.

Indien de verzekeraar het bewijs levert dat hij het verzaarde risico in geen geval zou hebben verzekerd, kan hij de overeenkomst opzeggen binnen dezelfde termijn.

Indien het voorstel tot wijziging van de verzekeringsovereenkomst wordt geweigerd door de verzekeringnemer of indien, bij het verstrijken van een termijn van een maand te rekenen vanaf de ontvangst van dit voorstel, dit laatste niet wordt aanvaard, kan de verzekeraar de overeenkomst opzeggen binnen vijftien dagen.

De verzekeraar die de overeenkomst niet heeft opgezegd noch binnen de hierboven bepaalde termijnen een wijziging heeft voorgesteld, kan zich later niet meer beroepen op de verzwaring van het risico.

§ 2. Indien zich een schadegeval voordoet voordat de wijziging van de overeenkomst of de opzegging van kracht is geworden, en indien de verzekeringnemer de verplichting van § 1 van dit artikel heeft vervuld, dan is de verzekeraar tot de overeengekomen prestatie gehouden.

§ 3. Als een schadegeval zich voordoet en de verzekeringnemer de in § 1 van dit artikel bedoelde verplichting niet

is nagekomen :

a) is de verzekeraar ertoe gehouden de overeengekomen prestatie te leveren wanneer het ontbreken van de kennisgeving niet kan worden verweten aan de verzekeringnemer;

b) is de verzekeraar er slechts toe gehouden de prestatie te leveren naar de verhouding tussen de betaalde premie en de premie die de verzekeringnemer had moeten betalen indien de verzwaaring in aanmerking was genomen, wanneer het ontbreken van de kennisgeving aan de verzekeringnemer kan worden verweten.

Zo de verzekeraar evenwel het bewijs aanbrengt dat hij het verzwaarde risico in geen enkel geval zou verzekerd hebben, dan is zijn prestatie bij schadegeval beperkt tot de terugbetaling van alle betaalde premies;

c) zo de verzekeringnemer met bedrieglijk opzet gehandeld heeft, kan de verzekeraar zijn dekking weigeren. De premies, vervallen tot op het ogenblik waarop de verzekeraar kennis heeft gekregen van het bedrieglijk verzuim, komen hem toe als schadevergoeding.

AFDELING VII. - Medeverzekering en taak van de eerste verzekeraar.

Art. 27. Medeverzekering.

Medeverzekering houdt geen hoofdelijkheid in, tenzij anders is bedongen.

Art. 28. Taak van de eerste verzekeraar.

Bij medeverzekering dient een eerste verzekeraar te worden aangewezen in de overeenkomst. Deze wordt geacht de lasthebber te zijn van de overige verzekeraars voor het ontvangen van de kennisgevingen bepaald in de overeenkomst en om het nodige te doen om de schadegevallen te regelen, met inbegrip van de vaststelling van het bedrag van de schadevergoeding.

Dientengevolge kan de verzekerde hem alle betekeningen en kennisgevingen doen, met uitzondering van deze die betrekking hebben op rechtsvorderingen ingesteld tegen de andere medeverzekeraars. Indien er in de overeenkomst geen eerste verzekeraar was aangeduid dan kan de verzekerde om het even wie van de medeverzekeraars als eerste verzekeraar beschouwen voor de toepassing van dit artikel. Niettemin moet de verzekerde zich steeds wenden tot dezelfde medeverzekeraar als eerste verzekeraar.

AFDELING VIII. - Opzeggingswijzen.

Art. 29. Opzeggingswijzen.

§ 1. De overeenkomst kan worden opgezegd bij een ter post aangetekende brief, bij deurwaardersexploot of door afgifte van de opzeggingsbrief tegen ontvangstbewijs.

In het geval van artikel 16 geschiedt de opzegging bij de akte van ingebrekestelling, bedoeld in artikel 15.

§ 2. Behoudens voor de in de artikelen 4, § 2, 16 en (31, § 1) bedoelde gevallen heeft de opzegging eerst uitwerking na het verstrijken van een termijn van ten minste een maand te rekenen van de dag volgend op de betekening of de datum van het ontvangstbewijs of, ingeval van een aangetekende brief, te rekenen van de dag die volgt op zijn afgifte ter post. <W 2002-08-02/47, art. 6, 004; Inwerkingtreding : 09-09-2002>

De termijn bedoeld in het eerste lid moet worden vermeld in de overeenkomst en herhaald in de opzegging.

AFDELING IX. - Duur en einde van de overeenkomst.

Art. 30. Duur van de verplichtingen. <W 1994-03-16/32, art. 2, 002; Inwerkingtreding : 1994-05-04>

§ 1. De duur van de verzekeringsovereenkomst mag niet langer zijn dan één jaar. Behalve wanneer een van de partijen ten minste drie maanden vóór de vervaldag van de overeenkomst zich ertegen verzet, volgens de in artikel 29 voorgeschreven wijzen, wordt ze stilzwijgend verlengd voor opeenvolgende periodes van één jaar.

De overeenkomst mag geen andere opzeggingstermijnen opleggen.

De partijen mogen de overeenkomst evenwel opzeggen wanneer, tussen de datum van het sluiten en die van de inwerkingtreding ervan, een termijn van meer dan één jaar verloopt. Van deze opzegging moet uiterlijk drie maanden vóór de inwerkingtreding van de overeenkomst kennis gegeven worden.

Het eerste en het tweede lid zijn niet van toepassing op de ziekte- en levensverzekeringsovereenkomsten. Ongeacht de duur van die overeenkomsten kan de verzekeringnemer ze evenwel jaarlijks opzeggen, hetzij op de jaardag van de ingangsdatum van de verzekering, hetzij op de jaarlijkse vervaldag van de premie.

§ 2. De bepalingen van § 1 zijn niet van toepassing op de verzekeringsovereenkomsten betreffende de risico's die de Koning bepaalt.

De volgende risico's kunnen evenwel niet worden uitgesloten :

- Burgerrechtelijke aansprakelijkheid en voertuigcasco inzake motorrijtuigen;
- Brand (eenvoudige risico's);

- Burgerrechtelijke extra-contractuele aansprakelijkheid met betrekking tot het privéleven;
- Lichamelijke ongevallen op persoonlijke titel gedekt;
- Hulpverlening;
- Rechtsbijstand.

§ 3. Dit artikel is niet van toepassing op de verzekeringsovereenkomsten waarvan de duur korter is dan één jaar.

Art. 31. Opzegging na een schadegeval.

§ 1. In de gevallen waarin de verzekeraar zich het recht voorbehoudt de overeenkomst na het zich voordoen van een schadegeval op te zeggen, beschikt de verzekeringnemer over hetzelfde recht. Die opzegging geschiedt ten laatste één maand na de uitbetaling of de weigering tot uitbetaling van de schadevergoeding.

(De opzegging wordt ten vroegste drie maanden na de dag van de betekening van kracht.

Evenwel kan zij van kracht worden één maand na de dag van de betekening ervan, indien de verzekeringnemer, de verzekerde of de begunstigde één van zijn verplichtingen, ontstaan door het schadegeval, niet is nagekomen met de bedoeling de verzekeraar te misleiden, op voorwaarde dat deze bij een onderzoeksrechter een klacht met burgerlijke partijstelling heeft ingediend tegen één van deze personen of hem voor het vonnisgerecht heeft gedagvaard, op basis van de artikelen 193, 196, 197, 496 of 510 tot 520 van het Strafwetboek.

De verzekeraar moet de schade als gevolg van die opzegging vergoeden indien hij afstand doet van zijn vordering of indien de strafvordering uitmondt in een buitenvervolginstelling of een vrijspraak.) <W 2002-08-02/47, art. 7, 004; Inwerkingtreding : 09-09-2002>

§ 2. De verzekeraar kan zich niet het recht voorbehouden de overeenkomst op te zeggen na schadegeval bij de levens- of de ziekteverzekering.

(§ 2bis. Bij een verzekering die de verplichte burgerrechtelijke aansprakelijkheid inzake motorrijtuigen dekt, kan de verzekeraar zich slechts het recht voorbehouden de overeenkomst op te zeggen na een schadegeval, als hij de schadeloosstellingen ten gunste van de benadeelden heeft betaald of zal moeten betalen, met uitzondering van de betalingen die werden verricht met toepassing van artikel 29bis van de wet van 21 november 1989 betreffende de verplichte aansprakelijkheidsverzekering inzake motorrijtuigen.

Wanneer de opzegging niet is toegestaan in de zin van het vorige lid, maakt de opzegging door de verzekeraar van een waarborg als bijlage bij de overeenkomst die de burgerrechtelijke aansprakelijkheid dekt, het hem niet mogelijk zich te beroepen op de bepalingen van artikel 12 om de overeenkomst op te zeggen.) <W 2002-08-02/47, art. 7, 004; Inwerkingtreding : 09-09-2002>

§ 3. (De bepalingen van § 1 van dit artikel zijn niet van toepassing op de verzekeringsovereenkomsten betreffende de risico's die de Koning bepaalt.

De risico's, bedoeld in artikel 30, § 2, tweede lid, kunnen evenwel niet uitgesloten worden.) <W 1994-03-16/32, art. 3, 002; Inwerkingtreding : 1994-05-04>

Art. 32. Faillissement van de verzekeringnemer.

In geval van faillissement van de verzekeringnemer blijft de verzekering bestaan ten voordele van de massa van de schuldeisers, die jegens de verzekeraar instaan voor de betaling van de premies die nog moeten vervallen na de faillietverklaring.

Niettemin hebben de verzekeraar en de curator van het faillissement het recht de overeenkomst op te zeggen. Evenwel kan de opzegging van de overeenkomst door de verzekeraar slechts gebeuren ten vroegste drie maanden na de faillietverklaring, terwijl de curator van het faillissement dit slechts kan gedurende de drie maanden na de faillietverklaring.

Dit artikel is niet van toepassing op de persoonsverzekeringen.

Art. 33. Gerechtig akkoord met boedelafstand.

In geval van gerechtelijk akkoord met boedelafstand door de verzekeringnemer blijft de verzekering bestaan ten voordele van de massa van schuldeisers zolang niet alle activa te gelde gemaakt zijn door de vereffenaar. Deze laatste en de verzekeraar kunnen evenwel in onderlinge overeenstemming de verzekeringsovereenkomst beëindigen.

De premie wordt betaald door de vereffenaar en behoort tot de voorschotten die bij voorrang afgenomen worden van het onder de schuldeisers te verdelen bedrag.

Dit artikel is niet van toepassing op de persoonsverzekeringen.

AFDELING X. - Verjaring.

Art. 34. Verjaringstermijn.

§ 1. De verjaringstermijn voor elke rechtsovereenkomst voortvloeiend uit een verzekeringsovereenkomst bedraagt drie jaar. In de levensverzekering bedraagt de termijn dertig jaar voor wat betreft de rechtsovereenkomst aangaande de

reserve die op de datum van opzegging of op de einddatum gevoerd is door de betaalde premies, onder aftrek van de verbruikte sommen.

De termijn begint te lopen vanaf de dag van het voorval dat het vorderingsrecht doet ontslaan. Wanneer degene aan wie de rechtsvordering toekomt, bewijst dat hij past op een later tijdstip van het voorval kennis heeft gekregen, begint de termijn te lopen vanaf dat tijdstip, maar hij verstrijkt in elk geval vijf jaar na het voorval, behoudens bedrog.

In de aansprakelijkheidsverzekering begint de termijn, wat de regresvordering van de verzekerde tegen de verzekeraar betreft, te lopen vanaf het instellen van de rechtsvordering door de benadeelde, onverschillig of het gaat om een oorspronkelijke eis tot schadeloosstelling dan wel om een latere eis naar aanleiding van een verzwaaring van de schade of van het ontslaan van een nieuwe schade.

In de persoonsverzekering begint de termijn, wat de rechtsvordering van de begunstigde betreft, te lopen vanaf de dag waarop deze tegelijk kennis heeft van het bestaan van de overeenkomst, van zijn hoedanigheid van begunstigde en van het voorval dat de verzekeringsprestaties opeisbaar doet worden.

§ 2. Onder voorbehoud van bijzondere wettelijke bepalingen, verjaart de vordering die voortvloeit uit het eigen recht dat de benadeelde tegen de verzekeraar heeft krachtens artikel 86 door verloop van vijf jaar, te rekenen vanaf het schadeverwekkend feit of, indien er misdrijf is, vanaf de dag waarop dit is gepleegd.

Indien de benadeelde evenwel bewijst dat hij pas op een later tijdstip kennis heeft gekregen van zijn recht tegen de verzekeraar, begint de termijn pas te lopen vanaf dat tijdstip, maar hij verstrijkt in elk geval na verloop van tien jaar, te rekenen vanaf het schadeverwekkend feit of, indien er misdrijf is, vanaf de dag waarop dit is gepleegd.

§ 3. De regresvordering van de verzekeraar tegen de verzekerde verjaart door verloop van drie jaar, te rekenen vanaf de dag van de betaling door de verzekeraar, behoudens bedrog.

Art. 35. Schorsing en stuiting van de verjaring.

§ 1. De verjaring loopt tegen minderjarigen, onbekwaamverklaarden en andere onbekwamen, behalve wat de vordering bedoeld in artikel 34, § 2, betreft.

§ 2. De verjaring loopt niet tegen de verzekerde, de begunstigde of de benadeelde die zich door overmacht in de onmogelijkheid bevindt om binnen de voorgeschreven termijn op te treden.

§ 3. Indien het schadegeval tijdig is aangemeld, wordt de verjaring gestuit tot op het ogenblik dat de verzekeraar aan de wederpartij schriftelijk kennis heeft gegeven van zijn beslissing.

(§ 3bis. Stuiting of schorsing van de verjaring van de rechtsvordering van de benadeelde tegen een verzekerde heeft stuiting of schorsing van de verjaring van zijn rechtsvordering tegen de verzekeraar tot gevolg. Stuiting of schorsing van de verjaring van de rechtsvordering van de benadeelde tegen de verzekeraar heeft stuiting of schorsing van de verjaring van zijn rechtsvordering tegen de verzekerde tot gevolg.) <W 2002-08-22/41, art. 9, 006; Inwerkingtreding : 19-01-2003>

§ 4. De verjaring van de vordering bedoeld in artikel 34, § 2, wordt gestuit zodra de verzekeraar kennis krijgt van de wil van de benadeelde om een vergoeding te bekomen voor de door hem geleden schade. De stuiting eindigt op het ogenblik dat de verzekeraar aan de benadeelde schriftelijk kennis geeft van zijn beslissing om te vergoeden of van zijn weigering.

AFDELING XI. - Scheidsrechterlijke uitspraken.

Art. 36. Scheidsrechterlijke uitspraken.

§ 1. Het beding waarbij de partijen bij een verzekeringsovereenkomst zich vooraf verbinden de geschillen die uit de overeenkomst zouden ontstaan, voor te leggen aan scheidsrechters, wordt voor niet geschreven gehouden.

§ 2. (De bepalingen van § 1 van dit artikel zijn niet van toepassing op de verzekeringsovereenkomsten betreffende de risico's die de Koning bepaalt.

De risico's, bedoeld in artikel 30, § 2, tweede lid, kunnen evenwel niet uitgesloten worden.) <W 1994-03-16/32, art. 4, 002; Inwerkingtreding : 1994-05-04>

HOOFDSTUK III. - Bepalingen eigen aan de verzekeringen tot vergoeding van schade.

Art. 37. Belang bij het verzekerde.

De verzekerde moet kunnen aantonen dat hij een in geld waardeerbaar belang heeft bij het behoud van de zaak of bij de gaafheid van het vermogen.

Art. 38. Verzekering ten behoeve van een derde.

De verzekering kan worden gesloten ten behoeve van wie het aangaat. In dat geval is de verzekerde hij die in geval van schade aantoonbaar belang te hebben bij het verzekerde.

Alle excepties eigen aan de verzekeringsovereenkomst en waarop de verzekeraar zich tegen de verzekeringnemer kan beroepen zijn tegenstelbaar aan de verzekerde, wie het ook zij.

[Art. 39.](#) Omvang van de verzekeringsprestatie.

De prestatie die de verzekeraar verschuldigd is, mag de door de verzekerde geleden schade niet te boven gaan.

Deze schade kan ondermeer bestaan in verlies van gebruik van het verzekerde goed en in derving van verwachte winst.

[Art. 40.](#) Samenloop van verzekeringen van verschillende aard.

Tenzij anders is bedongen, wordt de prestatie die voortvloeit uit een verzekeringsovereenkomst tot vergoeding van schade niet verminderd met de prestatie die voortvloeit uit een verzekering tot uitkering van een vast bedrag.

[Art. 41.](#) Indeplaatsstelling van de verzekeraar.

De verzekeraar die de schadevergoeding betaald heeft, treedt ten belope van het bedrag van die vergoeding in de rechten en rechtsvorderingen van de verzekerde of de begunstigde tegen de aansprakelijke derden.

Indien, door toedoen van de verzekerde of de begunstigde, de indeplaatsstelling geen gevolg kan hebben ten voordele van de verzekeraar, kan deze van hem de terugbetaling vorderen van de betaalde schadevergoeding in de mate van het geleden nadeel.

De indeplaatsstelling mag de verzekerde of de begunstigde, die slechts gedeeltelijk vergoed is, niet benadelen. In dat geval kan hij zijn rechten uitoefenen voor hetgeen hem nog verschuldigd is, bij voorrang boven de verzekeraar.

De verzekeraar heeft geen verhaal op de bloedverwanten in de rechte opgaande of nederdalende lijn, de echtgenoot en de aanverwanten in de rechte lijn van de verzekerde, noch op de bij hem inwonende personen, zijn gasten en zijn huispersoneel, behoudens kwaad opzet. (In geval van kwaad opzet door minderjarigen kan de Koning het recht van verhaal beperken van de verzekeraar die de burgerrechtelijke aansprakelijkheid buiten overeenkomst met betrekking tot het privé-leven dekt.) <W 2006-07-20/39, art. 98, 003; Inwerkingtreding : 07-08-2006>

De verzekeraar kan evenwel verhaal uitoefenen op de in het vorige lid genoemde personen, voor zover hun aansprakelijkheid daadwerkelijk door een verzekeringsovereenkomst is gedekt.

[Art. 42.](#) Oververzekering te goeder trouw.

Wanneer een bedrag te goeder trouw te hoog is verzekerd bij een of meer overeenkomsten afgesloten bij dezelfde verzekeraar, heeft elke partij het recht dit te verminderen tot de waarde van het verzekerde.

Wanneer het verzekerde bedrag is verdeeld over verschillende overeenkomsten, afgesloten bij verschillende verzekeraars, wordt de vermindering, bij gebrek aan overeenstemming tussen alle partijen, toegepast op de bij de overeenkomsten verzekerde bedragen, naar hun tijdsorde, te beginnen met de jongste overeenkomst, en brengt zij de opzegging mee van één of verscheidene overeenkomsten waarvan het verzekerde bedrag aldus tot nul wordt teruggebracht.

[Art. 43.](#) Oververzekering te kwader trouw.

Wanneer een zelfde verzekerbaar belang door een of meer overeenkomsten te kwader trouw verzekerd is voor een te hoog bedrag, bij een of meer verzekeraars, zijn de overeenkomsten nietig en hebben de verzekeraar of de verzekeraars, indien zij te goeder trouw zijn, het recht de geïnde premies te behouden als schadevergoeding.

[Art. 44.](#) Onderverzekering : evenredigheidsregel.

§ 1. Indien de waarde van het verzekerbaar belang bepaalbaar is en indien het verzekerd bedrag lager is dan die waarde dan is de verzekeraar slechts tot prestatie gehouden naar de verhouding van dat bedrag tot die waarde, tenzij anders is bedongen.

§ 2. De Koning kan voor bepaalde risico's de onderverzekering en de toepassing van het evenredigheidsbeginsel beperken of verbieden.

[Art. 45.](#) Verdeling van de last van het schadegeval in geval van samenloop van verzekeringen.

§ 1. Wanneer een zelfde belang is verzekerd bij verscheidene verzekeraars tegen hetzelfde risico, kan de verzekerde, in geval van schade, van elke verzekeraar schadevergoeding vorderen binnen de grenzen van ieders verplichtingen en ten belope van de vergoeding waarop hij recht heeft.

Behalve in geval van fraude, kan geen verzekeraar zich beroepen op het bestaan van andere overeenkomsten die hetzelfde risico dekken om zijn waarborg te weigeren.

§ 2. Tenzij de verzekeraars een andere verdeelsleutel bedongen hebben, wordt de last van het schadegeval omgeslagen als volgt :

1° indien de waarde van het verzekerbaar belang bepaalbaar is, geschiedt de omslag over de verzekeraars naar

evenredigheid van hun respectieve verplichtingen;

2° indien de waarde van het verzekeraar belang niet bepaalbaar is, dragen alle overeenkomsten met een gelijk aandeel bij ten belope van het hoogste bedrag dat door alle overeenkomsten gemeenschappelijk verzekerd is; zonder dat nog rekening wordt gehouden met de overeenkomsten waarvan de daadwerkelijke dekking met dat bedrag overeenkomt, wordt het overblijvende gedeelte van de schadevergoeding op dezelfde wijze verdeeld. Die verdelingstechniek wordt telkens herhaald totdat de schade geheel is vergoed of totdat is voldaan aan de dekkingen die door de gezamenlijke overeenkomsten daadwerkelijk worden verleend;

3° Indien een of meer verzekeraars niet in staat zijn hun aandeel geheel of gedeeltelijk te betalen, wordt dit over de andere verzekeraars omgeslagen op de wijze bepaald in het 2°, evenwel zonder dat de door ieder van hen verzekerde som wordt overschreden.

§ 3. Indien een of meer verzekeraars niet in staat zijn hun aandeel geheel of gedeeltelijk te betalen, hebben de andere verzekeraars op hen een recht van verhaal in verhouding tot de bijkomende laste die zij gedragen hebben.

[Art. 46.](#) Overlijden van de verzekeringnemer, begunstigde van de dekking.

In geval van overgang van het verzekerde belang ten gevolge van het overlijden van de verzekeringnemer, gaan de rechten en verplichtingen uit de verzekeringsovereenkomst over op de nieuwe houder van dat belang.

De nieuwe houder van het verzekerde belang en de verzekeraar kunnen evenwel kennis geven van de beëindiging van de overeenkomst, de eerste bij een ter post aangetekende brief, binnen drie maanden en veertig dagen na het overlijden, de tweede in de bij artikel 29, § 1, voorgeschreven vormen, binnen drie maanden te rekenen vanaf de dag waarop hij kennis heeft gekregen van het overlijden.

[Art. 47.](#) Overeenkomsten gesloten intuïtu personae.

In afwijking van artikel 46 eindigt de overeenkomst die uit hoofde van de persoon van de verzekerde is gesloten, van rechtswege door diens overlijden.

[HOOFDSTUK IV.](#) - Bepalingen eigen aan de verzekering tot uitkering van een vast bedrag.

[Art. 48.](#) Belang bij het verzekerde.

De begunstigde moet een persoonlijk en geoorloofd belang hebben bij het zich niet voordoen van de verzekerde gebeurtenis.

Dat belang is voldoende aangetoond wanneer de verzekerde met de overeenkomst heeft ingestemd.

[Art. 49.](#) Geen indeplaatsstelling.

Tenzij anders is bedongen, treedt de verzekeraar die de verzekerde prestaties heeft uitgevoerd, niet in de rechten van de verzekeringnemer of de begunstigde jegens derden.

[Art. 50.](#) Samenloop van schadevergoedingen en prestaties.

Tenzij anders is bedongen, worden de verplichtingen van de verzekeraar niet verminderd door de schadevergoedingen of prestaties die de begunstigde op andere gronden verkrijgt.

[TITEL II.](#) - Schadeverzekeringen.

[HOOFDSTUK I.](#) - Algemene bepalingen.

[Art. 51.](#) Het beginsel van schadevergoeding.

Elke schadeverzekering beoogt de vergoeding van schade.

[Art. 52.](#) Reddingskosten.

De kosten die voortvloeien zowel uit de maatregelen die de verzekeraar heeft gevraagd om de gevolgen van het schadegeval te voorkomen of te beperken als uit de dringende en redelijke maatregelen die de verzekerde uit eigen beweging heeft genomen om bij nakend gevaar een schadegeval te voorkomen, of, zodra het schadegeval ontstaat, om de gevolgen ervan te voorkomen of te beperken, worden mits zij met de zorg van een goed huisvader zijn gemaakt, door de verzekeraar gedragen, ook wanneer de aangewende pogingen vruchteloos zijn geweest. Zij komen te zijnen laste zelfs boven de verzekerde som.

(Voor de aansprakelijkheidsverzekeringen, andere dan die bedoeld in de wet van 21 november 1989 betreffende de verplichte aansprakelijkheidsverzekering inzake motorrijtuigen en voor de zaakverzekeringsovereenkomsten, kan de Koning de in het eerste lid van dit artikel bedoelde kosten beperken.) <W 1994-03-16/32, art. 5, 002;

Inwerkingtreding : 1994-05-04>

HOOFDSTUK II. - Zaakverzekeringsovereenkomsten.

Afdeling I. - Gemeenschappelijke bepalingen betreffende alle zaakverzekeringen.

Onderafdeling I. - Verzekerbare waarde.

Art. 53. Wijze van waardebepaling.

De partijen kunnen bepalen op welke wijze de waarde van de goederen wordt begroot voor de verzekering. In afwijking van artikel 39 kunnen zij een herbouwwaarde, een herstelwaarde of een vervangingswaarde bedingen, zelfs zonder aftrek van de waardevermindering wegens ouderdom.

Art. 54. Vaststelling van de verzekerde som.

De verzekerde som wordt vastgesteld door de verzekeringnemer. Deze som wordt geacht gelijk te zijn aan de waarde van het verzekeraar belang indien ze is vastgesteld in akkoord met de gemandateerde van de verzekeraar. Partijen kunnen overeenkomen dat die som van rechtswege wordt aangepast volgens maatstaven die zij bepalen.

Art. 55. Voorafgaande taxatie.

Partijen kunnen bij een uitdrukkelijk beding aan bepaalde goederen een getaxeerde waarde toekennen. Die waarde is voor partijen bindend, behoudens bedrog.

Wanneer een goed waarvoor een getaxeerde waarde is bedongen een aanzienlijke waardevermindering ondergaat, kan elke partij het bedrag van de getaxeerde waarde verminderen of een einde maken aan de overeenkomst.

Onderafdeling II. - Verplichtingen van de verzekerde.

Art. 56. Gesteldheid van de plaats.

De verzekerde mag behalve indien het echt noodzakelijk is op eigen gezag geen veranderingen aanbrengen aan het beschadigde goed waardoor het onmogelijk of moeilijker wordt de oorzaken van de schade te bepalen of de schade te taxeren.

Indien de verzekerde de in het eerste lid bedoelde verplichting niet nakomt en er daardoor nadeel ontstaat voor de verzekeraar, kan deze laatste aanspraak maken op een vermindering van zijn prestatie tot beloop van het door hem geleden nadeel of kan hij schadevergoeding vorderen.

Komt de verzekerde de in het eerste lid bedoelde verplichting met bedrieglijk opzet niet na, dan kan de verzekeraar zijn dekking weigeren.

Onderafdeling III. - Overdracht onder de levenden.

Art. 57. Overdracht onder de levenden van een verzekerde zaak.

§ 1. In geval van overdracht onder de levenden van een onroerend goed, eindigt de verzekering van rechtswege drie maanden na de datum van het verlijden van de authentieke akte.

Tot het verstrijken van de in het eerste lid bedoelde termijn, blijft de aan de overdrager verleende dekking gelden voor de overnemer, tenzij deze laatste dekking geniet uit hoofde van een andere overeenkomst.

§ 2. In geval van overdracht onder de levenden van een roerend goed, eindigt de verzekering van rechtswege zodra de verzekerde het goed niet meer in zijn bezit heeft, tenzij de partijen bij de verzekeringsovereenkomst een andere datum hebben bedongen.

Onderafdeling IV. - Betaling van de schadevergoeding en voorrecht van de verzekeraar.

Art. 58. Bevoorrechte en hypothecaire schuldeisers.

In zover de schadevergoeding die verschuldigd is wegens het verlies of de beschadiging van een goed niet geheel gebruikt wordt voor de herstelling of de vervanging van dat goed, wordt zij aangewend voor de betaling van de bevoorrechte of hypothecaire schuldvorderingen, ieder volgens haar rang.

De betaling van de vergoeding aan de verzekerde bevrijdt niettemin de verzekeraar indien de schuldeisers wier voorrecht niet openbaar gemaakt wordt, geen voorafgaand verzet hebben gedaan. Het eerste en het tweede lid doen geen afbreuk aan de wettelijk voorschriften betreffende de rechtstreekse vorderingen tegen de verzekeraar in bijzondere gevallen.

Art. 59. Faillissement van de verzekerde.

In geval van faillissement van de verzekerde komt de vergoeding toe aan de failliete boedel. Zijn sommige van de verzekerde goederen evenwel niet vatbaar voor beslag, dan komt de vergoeding die verschuldigd is krachtens de overeenkomst tot verzekering van die goederen, aan de gefailleerde toe.

Art. 60. Voorrecht van de verzekeraar.

Het voorrecht geldt slechts op de verzekerde zaak voor de premie die betrekking heeft op de periode waarin de verzekeraar het risico daadwerkelijk heeft gedekt. Het geldt slechts voor een bedrag gelijk aan twee jaarpremies, ongeacht de wijze van betaling van de premie.

Dat voorrecht heeft niet te worden ingeschreven. Het volgt in rang onmiddellijk na dat van de gerechtskosten.

Afdeling II. - Nadere bepalingen betreffende sommige zaakverzekeringen.

Onderafdeling I. - Brandverzekering.

Art. 61. Normale dekking.

Tenzij anders is bedongen, dekt de brandverzekering de verzekerde goederen tegens schade veroorzaakt door brand, door blikseminslag, door ontploffing, door implosie, alsmede door het neerstorten van of het getroffen worden door luchtvaartuigen of door voorwerpen die ervan afvallen of eruit vallen, en door het getroffen worden door enig ander voertuig of door dieren.

Art. 62. Uitbreiding van de dekking.

Ook wanneer het schadegeval zich voordoet buiten de verzekerde goederen, strekt de verzekeringsdekking zich uit tot schade die aan deze goederen is veroorzaakt door :

- 1° hulpverlening of enig dienstig middel tot het behoud, het blussen of de redding;
- 2° afbraak of vernietiging bevolen om verdere uitbreiding van de schade te voorkomen;
- 3° instorting als rechtstreeks en uitsluitend gevolg van een schadegeval;
- 4° gisting of zelfontbranding gevolgd door brand of ontploffing.

Art. 63. Inboedelverzekering.

De verzekering van de inboedel waarmee een gebouw of een gedeelte van een gebouw gestoffeerd is, omvat niet alleen de goederen die aan de verzekerde toebehoren, maar ook die van alle bij hem inwonende personen, ten behoeve van wie de verzekeringnemer geacht wordt de verzekering mede te hebben gesloten.

Niettemin kunnen de partijen overeenkomen van de verzekerde inboedel bepaalde goederen, die in de overeenkomst worden bepaald, uit te sluiten.

Art. 64. Verzekering van met de schade samenhangende aansprakelijkheid.

Tenzij anders is bedongen wordt de schade voortkomend uit lichamelijke letsels niet gedekt door de verzekering van de aansprakelijkheid opgelopen tengevolge van een schadegeval dat de in de overeenkomst aangewezen goederen treft en waarvan de oorzaak of het voorwerp wordt vermeld in de artikelen 61 tot 63.

Art. 65. Exclusiviteitsclausules.

De verzekeraar kan de verzekeringnemer niet verplichten om bij hem te verzekeren :

- 1° de verhoging van de verzekerde bedragen;
- 2° andere schade dan die waarvoor aanvankelijk dekking is verleend.

Het eerste lid doet geen afbreuk aan de toepassing van artikel 54, tweede lid.

Art. 66. Rechten van bevoorrechte en hypothecaire schuldeisers.

§ 1. Geen verweermiddel of verval van recht voortvloeiend uit een feit dat zich na het schadegeval heeft voorgedaan, kan door de verzekeraar worden tegengeworpen aan de schuldeiser die op de verzekerde goederen een recht van voorrang heeft, dat de verzekeraar bekend is.

§ 2. De schorsing van de dekking van de verzekeraar, de vermindering van het bedrag en de opzegging van de overeenkomst kunnen aan de schuldeisers bedoeld in § 1 worden tegengeworpen.

Indien een van die schuldeisers aan de verzekeraar mededeling heeft gedaan van het bestaan van zijn recht van voorrang, kunnen de schorsing, de vermindering en de opzegging hem eerst worden tegengeworpen na verloop van een termijn van een maand te rekenen vanaf de kennisgeving die de verzekeraar daarvan doet bij ter post aangetekende brief, de termijn gaat in volgend op die waarop de brief ter post is afgegeven.

Wanneer de schorsing of de opzegging het gevolg is van wanbetaling van de premie door de verzekeringnemer, kan de schuldeiser de gevolgen daarvan afwenden door binnen een maand na de kennisgeving door de verzekeraar, de

achterstallige premies te betalen, in voorkomend geval vermeerderd met de intrest en de kosten van gerechtelijke invordering.

Art. 67. Betaling van schadevergoeding.

§ 1. De partijen kunnen overeenkomen dat de vergoeding slechts betaalbaar zal zijn naarmate de verzekerde goederen worden wedersamengesteld of wederopgebouwd.

De niet-wederopbouw of -wedsamenstelling van die goederen buiten de wil van de verzekerde, heeft geen invloed op de berekening van de vergoeding, behalve dat het nieuwwaardebeding ontoepasselijk wordt.

(§ 2. Voor wat betreft de eenvoudige risico's bepaald door de Koning, wordt de vergoeding betaald als volgt :

1° de verzekeraar stort het bedrag tot dekking van de kosten van huisvesting en van andere eerste hulp ten laatste binnen vijftien dagen die volgen op de datum (...) van de mededeling van het bewijs dat deze kosten werden gemaakt; <W 2005-09-17/63, art. 2, 1°, 010; Inwerkingtreding : 11-10-2005>

2° (de verzekeraar betaalt het gedeelte van de vergoeding dat zonder betwisting bij onderling akkoord tussen de partijen is vastgesteld binnen dertig dagen die volgen op dit akkoord. In geval van betwisting van het bedrag van de schadevergoeding, stelt de verzekerde een expert aan die in samenspraak met de verzekeraar het bedrag van de schadevergoeding zal vaststellen. Indien er dan nog geen akkoord bereikt wordt, stellen beide experts een derde expert aan. De definitieve beslissing over het bedrag van de schadevergoeding wordt dan door de experts genomen met meerderheid van de stemmen. De kosten van de expert aangesteld door de verzekerde en desgevallend de derde expert worden voorgeschoten door de verzekeraar en zijn ten laste van de in het ongelijk gestelde partij.

De beëindiging van de expertise of de vaststelling van het bedrag van de schade moet plaatsvinden binnen 90 dagen die volgen op de datum waarop de verzekerde de verzekeraar heeft op de hoogte gebracht van de aanstelling van zijn expert. De schadevergoeding moet betaald worden binnen 30 dagen die volgen op de datum van de beëindiging van de expertise of, bij gebreke daaraan, op de datum van de vaststelling van het schadebedrag;) <W 2005-09-17/63, art. 2, 2°, 010; Inwerkingtreding : 11-10-2005>

3° in geval van wederopbouw of wedsamenstelling van de beschadigde goederen, is de verzekeraar ertoe gehouden de verzekerde, binnen dertig dagen die volgen op de datum van sluiting van de expertise of, bij ontstentenis, de datum van de vaststelling van het bedrag van de schade, een eerste gedeelte uit te betalen dat gelijk is aan de in § 3, 1°, b) bepaalde minimumvergoeding.

De rest van de vergoeding mag worden betaald in schijven naargelang de wederopbouw of wedsamenstelling vorderen, voorzover de voorgaande schijf uitgeput is.

De partijen kunnen na het schadegeval een andere verdeling van de betaling van de vergoedingsschijven overeenkomen;

4° in geval van vervanging van het beschadigde gebouw door de aankoop van een ander gebouw is de verzekeraar er toe gehouden de verzekerde, binnen dertig dagen die volgen op de datum van de sluiting van de expertise of bij ontstentenis eraan, van de bepaling van het bedrag van de schade, een eerste gedeelte uit te betalen dat gelijk is aan de in § 3, 1°, b) bepaalde minimumvergoeding.

Het saldo wordt gestort bij het verlijden van de authentieke akte van aankoop van het vervangingsgoed;

5° in alle andere gevallen is de vergoeding betaalbaar binnen dertig dagen die volgen op de datum van de sluiting van de expertise of bij ontstentenis, de datum van de vaststelling van het bedrag van de schade;

6° de sluiting van de expertise of de schatting van de schade bedoeld bij 3°, 4° en 5° hierboven moet plaatsvinden binnen negentig dagen die volgen op de datum van de aangifte van het schadegeval.) <W 2003-05-21/33, art. 2, 008; Inwerkingtreding : 01-07-2004>

(§ 2bis. De termijnen bedoeld bij § 2 worden opgeschort in de volgende gevallen :

1° De verzekerde heeft op de datum van sluiting van de expertise niet alle verplichtingen vervuld die hem door de verzekeringsovereenkomst zijn opgelegd. In dit geval beginnen de termijnen pas te lopen vanaf de dag die volgt op de dag waarop de verzekerde de genoemde contractuele verplichtingen is nagekomen;

2° Het gaat over een diefstal of er bestaan vermoedens dat het schadegeval opzettelijk veroorzaakt kan zijn door de verzekerde of de verzekeringsbegunstigde. In dit geval kan de verzekeraar zich het recht voorbehouden vooraf kopie van het strafdossier te nemen. Het verzoek om kennis ervan te mogen nemen moet uiterlijk binnen dertig dagen na de afsluiting van de door hem bevolen expertise geformuleerd worden. Indien de verzekerde of de begunstigde die om vergoeding vraagt niet strafrechtelijk wordt vervolgd, moet de eventuele betaling geschieden binnen dertig dagen nadat de verzekeraar kennis genomen heeft van de conclusies van het genoemde dossier;

3° (...) <W 2005-09-17/63, art. 2, 4°, 010; Inwerkingtreding : 11-10-2005>

4° Het schadegeval is veroorzaakt door een (natuurramp) bedoeld bij onderafdeling Ibis van deze afdeling. In dit geval kan de Minister bevoegd voor Economische Zaken (de termijnen bedoeld bij § 2, 1°, 2° en 6°), verlengen. <W 2005-09-17/63, art. 2, 5°, 010; Inwerkingtreding : 11-10-2005>

5° De verzekeraar heeft de verzekerde schriftelijk de redenen, buiten zijn wil en die van zijn gemachtigden, duidelijk gemaakt, redenen die de sluiting van de expertise of de raming van de schade, bedoeld in § 2, 6° beletten.)

<W 2003-05-21/33, art. 2, 008; Inwerkingtreding : 01-07-2004>

§ 3. 1° (Onverminderd de toepassing van de andere bepalingen van deze wet die een vermindering van de vergoeding mogelijk maken), mag de vergoeding bedoeld in § 2 niet minder zijn dan : <W 1994-03-16/32, art. 6, 4°, 002; Inwerkingtreding : 1994-05-04>

a) in geval van verzekering tegen nieuwwaarde, wanneer de verzekerde het beschadigde goed wederopbouwt, wedersamenstelt of vervangt, 100 % van deze nieuwwaarde na aftrek van slijtage overeenkomstig § 4.

Zo evenwel de wederopbouw-, wedersamenstellings- of vervangingswaarde lager ligt dan de vergoeding voor het beschadigde gebouw, berekend in nieuwwaarde op de dag van het schadegeval, is de vergoeding minstens gelijk aan deze wederopbouw-, wedersamenstellings- of vervangingswaarde verhoogd met 80 % van het verschil tussen de oorspronkelijk voorziene vergoeding en deze wederopbouw-, wedersamenstellings- of vervangingswaarde verminderd met het slijtagepercentage van het beschadigde goed en met de taksen en rechten die zouden verschuldigd zijn op dit verschil na aftrek van de slijtage, overeenkomstig § 4;

b) in geval van verzekering tegen nieuwwaarde, wanneer de verzekerde het beschadigde goed niet wederopbouwt, wedersamenstelt of vervangt, 80 % van deze nieuwwaarde na aftrek van de slijtage, overeenkomstig § 4;

c) in geval van verzekering tegen een andere waarde, 100 % van deze waarde;

2° in geval van wederopbouw, wedersamenstelling of vervanging van het beschadigde goed, omvat de vergoeding bedoeld bij § 2 alle taksen en rechten;

3° indien de overeenkomst een formule van automatische aanpassing bevat, wordt de vergoeding voor het beschadigde gebouw, berekend op de dag van het schadegeval, verminderd met de vergoeding die reeds werd uitbetaald, verhoogd volgens de eventuele verhoging van het op het ogenblik van het schadegeval bekende jongste indexcijfer, gedurende de normale heropbouwperiode die begint te lopen op de datum van het schadegeval zonder dat de op die wijze verhoogde totale vergoeding 120 % van de oorspronkelijk vastgestelde vergoeding mag overschrijden en evenmin meer mag bedragen dan de totale kostprijs van de heropbouw;

4° (opgeheven) <W 1994-03-16/32, art. 6, 6°, 002; Inwerkingtreding : 1994-05-04>

§ 4. (In geval van verzekering tegen nieuwwaarde mag de slijtage van een beschadigd goed of van het beschadigde gedeelte van een goed slechts worden afgetrokken indien deze hoger ligt dan 30 pct. van de nieuwwaarde.) <W 1994-03-16/32, art. 6, 7°, 002; Inwerkingtreding : 1994-05-04>

§ 5. (De §§ 1, 3 en 4 van dit artikel zijn niet van toepassing op de aansprakelijkheidsverzekering.) <W 1994-03-16/32, art. 6, 8°, 002; Inwerkingtreding : 1994-05-04>

(§ 6. In geval van niet-eerbiediging van de termijnen bedoeld bij § 2, brengt het gedeelte van de vergoeding dat niet wordt betaald binnen de termijnen van rechtswege een intrest op die gelijk is aan tweemaal de wettelijke intrestvoet te rekenen vanaf de dag die volgt op het verstrijken van de termijn tot op de dag van de daadwerkelijke betaling, tenzij de verzekeraar bewijst dat de vertraging niet te wijten is aan hemzelf of aan een van zijn gemachtigden.) <W 2003-05-21/33, art. 2, 008; Inwerkingtreding : 01-07-2004>

Art. 68. Eigen recht van eigenaar en derden.

De verzekeraar van de huurdersaansprakelijkheid keert, zowel in geval van huur als van onderhuur, de vergoeding uit aan de eigenaar van het gehuurde goed, met uitsluiting van alle andere schuldeisers van de huurder of van de onderhuurder.

De verzekeraar van het verhaal van derden keert de vergoeding uitsluitend aan die derden uit.

De eigenaar en de derden bezitten een eigen recht jegens de verzekeraar.

Onderafdeling Ibis- (De verzekering tegen natuurrampen wat betreft eenvoudige risico's.) <KB 2005-09-17/63, art. 3, 010 ; Inwerkingtreding : 01-03-2006>

Art. 68-1. <Ingevoegd bij W 2003-05-21/33, art. 3; Inwerkingtreding : 01-03-2006> (Dekking van het risico van natuurrampen) <KB 2005-09-17/63, art. 4, 010 ; Inwerkingtreding : 01-03-2006>

(De verzekeraar van de zaakverzekeringsovereenkomst met betrekking tot het gevaar brand die dekking verleent voor eenvoudige risico's, zoals bepaald ter uitvoering van artikel 67, § 2, verleent verplicht de waarborg tegen de hierna opgesomde natuurrampen volgens de voorwaarden bedoeld bij deze onderafdeling :

a) de aardbeving;

b) de overstroming;

c) het overlopen of de opstuwning van de openbare riolen;

d) de aardverschuiving of grondverzakking.) <KB 2005-09-17/63, art. 4, 1°, 010 ; Inwerkingtreding : 01-03-2006>

(Elke schorsing, nietigheid, beëindiging of opzegging van de waarborg tegen natuurrampen brengt van rechtswege deze van de waarborg met betrekking tot het gevaar brand met zich. Elke schorsing, nietigheid, beëindiging of opzegging van de waarborg tegen brand brengt eveneens van rechtswege deze van de waarborg met betrekking tot het gevaar natuurrampen met zich.) <KB 2005-09-17/63, art. 4, 2°, 010 ; Inwerkingtreding : 01-03-2006>

(NOTA : bij arrest nr 39/2007 van 15-03-2007 (B.St. 28-03-2007, p. 16925), heeft het Grondwettelijk Hof het artikel 11, 2°, 3° en 4° van de W 2005-09-17/63 vernietigd)

[Art. 68-2.](#) <KB 2005-09-17/63, art. 5, 010 ; Inwerkingtreding : 01-03-2006> Natuurramp : omschrijving

§ 1. Onder natuurramp wordt verstaan :

a) hetzij een overstroming, te weten het buiten de oevers treden van waterlopen, kanalen, meren, vijvers of zeeën ten gevolge van atmosferische neerslag, het smelten van sneeuw of ijs, een dijkbreuk of een vloedgolf;

(NOTA : de woorden " een overstroming " worden uitgelegd als eveneens omvattende " het afvloeien van water wegens onvoldoende absorptie door de grond ten gevolge van atmosferische neerslag "; zie W [2007-03-01/37](#), art. 7, 014; Inwerkingtreding : 24-03-2007)

b) hetzij een aardbeving van natuurlijke oorsprong die

- tegen dit gevaar verzekerbare goederen vernietigt, breekt of beschadigt binnen 10 kilometer van het verzekerde gebouw,

- of werd geregistreerd met een minimum magnitude van vier graden op de schaal van Richter, alsmede de overstromingen, het overlopen of het opstuwen van openbare riolen, de aardverschuivingen of verzakkingen die eruit voortvloeien;

c) hetzij een overlopen of een opstuwning van openbare riolen veroorzaakt door het wassen van het water of door atmosferische neerslag, een storm, het smelten van sneeuw of ijs of een overstroming;

d) hetzij een aardverschuiving of grondverzakking, te weten een beweging van een belangrijke massa van de bodemlaag, die goederen vernietigt of beschadigt, welke geheel of ten dele te wijten is aan een natuurlijk fenomeen anders dan een overstroming of een aardbeving.

§ 2. Metingen uitgevoerd door bevoegde openbare instellingen of bij ontstentenis door private instellingen die over de nodige wetenschappelijke bevoegdheden beschikken, kunnen gebruikt worden voor de vaststelling van natuurrampen bedoeld in § 1, a) tot d).

§ 3. De Koning kan, bij een in de Ministerraad overlegd besluit, de lijst van de in paragraaf 1 bedoelde natuurrampen uitbreiden.

[Art. 68-3.](#) <Ingevoegd bij W 2003-05-21/33, art. 3; Inwerkingtreding : 01-03-2006> (Natuurramp : eenheid) <KB 2005-09-17/63, art. 6, 1°, 010 ; Inwerkingtreding : 01-03-2006>

(§ 1. Worden beschouwd als één enkele aardbeving, de initiële aardbeving en haar naschokken die optreden binnen 72 uur, alsook de verzekerde gevaren die er rechtstreeks uit voortvloeien.) <KB 2005-09-17/63, art. 6, 2°, 010 ; Inwerkingtreding : 01-03-2006>

(§ 2.) Als één enkele overstroming wordt beschouwd, de initiële overstroming van een waterloop, kanaal, meer, vijver of zee en elke overloop die optreedt binnen 168 uur na het zakken van het (waterpeil, te weten de terugkeer) binnen zijn gewone limieten van de waterloop, kanaal, meer, vijver of zee (alsook de verzekerde gevaren die er rechtstreeks uit voortvloeien). <KB 2005-09-17/63, art. 6, 2° en 3°, 010 ; Inwerkingtreding : 01-03-2006>

[Art. 68-4.](#) <Ingevoegd bij W 2003-05-21/33, art. 3; Inwerkingtreding : 01-03-2006> Omvang van de waarborg
De waarborg dekt op zijn minst :

a) de schade die rechtstreeks aan de verzekerde goederen wordt veroorzaakt door (een natuurramp) zoals bepaald in artikel 68-2 of een verzekerd gevaar dat er rechtstreeks uit voortvloeit, inzonderheid brand, ontploffing met inbegrip van ontploffing van springstoffen, (en implosie); <KB 2005-09-17/63, art. 7, 1°, 010 ; Inwerkingtreding : 01-03-2006>

b) de schade aan de verzekerde goederen die zou voortspruiten uit maatregelen die in voornoemd geval zouden zijn genomen door een bij wet ingesteld gezag voor de beveiliging en de bescherming van de goederen en personen, daarbij inbegrepen de overstromingen die het gevolg zijn van het openzetten of de vernietiging van sluisen, stuwdammen of dijken, met het doel een eventuele overstroming of de uitbreiding ervan te voorkomen.

(c) de opruimings- en afbraakkosten nodig voor het herbouwen of voor de wedersamenstelling van de beschadigde verzekerde goederen;) <KB 2005-09-17/63, art. 7, 2°, 010 ; Inwerkingtreding : 01-03-2006>

(d) voor woningen, de huisvestingskosten gedaan in de loop van de drie maanden die volgen op het schadegeval wanneer de woonlokalen onbewoonbaar zijn geworden.) <KB 2005-09-17/63, art. 7, 3°, 010 ; Inwerkingtreding : 01-03-2006>

(De Koning kan bijkomende minimumvoorwaarden betreffende de waarborg opleggen.) <KB 2005-09-17/63, art. 7, 4°, 010 ; Inwerkingtreding : 01-03-2006>

[Art. 68-5.](#) <Ingevoegd bij W 2003-05-21/33, art. 3; Inwerkingtreding : 01-03-2006> Algemene uitsluitingen <KB 2005-09-17/63, art. 8, 1° 010 ; Inwerkingtreding : 01-03-2006>

§ 1. Behalve andersluidende uitdrukkelijke bepalingen van de verzekeringsovereenkomst, zijn in principe van de

waarborg bedoeld bij deze onderafdeling uitgesloten de niet-binnengehaalde oogsten, de levende veestapel buiten het gebouw, de bodem, de teelten en de bosaanplantingen.

§ 2. Kunnen van de waarborg bedoeld bij deze onderafdeling worden uitgesloten :

- a) de voorwerpen die zich buiten een gebouw bevinden, behalve als ze er voorgoed aan vastgemaakt zijn;
- b) de constructies die gemakkelijk verplaatsbaar of uiteen te nemen zijn of die bouwvallig zijn of in afbraak zijn, en hun eventuele inhoud, behalve indien deze constructies als hoofdverblijf van de verzekerde dienen;
- c) (tuinhuisjes, schuurtjes, berghokken en hun eventuele inhoud, afsluitingen en hagen van om het even welke aard, de tuinen, aanplantingen, toegangen en binnenplaatsen, terrassen, alsook de luxegoederen zoals zwembaden, tennis- en golfterreinen;) <KB 2005-09-17/63, art. 8, 2°, 010 ; Inwerkingtreding : 01-03-2006>
- d) de gebouwen of gedeelten van gebouwen in opbouw, verbouwing of herstelling en hun eventuele inhoud, behalve indien zij bewoond of normaal bewoonbaar zijn;
- e) de voertuigen en de lucht-, zee-, meer- en riviervaartuigen;
- f) de vervoerde goederen;
- g) de goederen waarvan de herstelling van de schade wordt georganiseerd door bijzondere wetten of door internationale overeenkomsten.
- (h) schade veroorzaakt door elke bron van ioniserende stralingen;
- i) diefstal, vandalisme, onroerende en roerende beschadigingen gepleegd bij een diefstal of een poging tot diefstal en daden van kwaadwilligheid die mogelijk gemaakt werden of vergemakkelijkt door een verzekerd schadegeval.) <KB 2005-09-17/63, art. 8, 3°, 010 ; Inwerkingtreding : 01-03-2006>

§ 3. De Koning kan de bij de voorgaande paragrafen bedoelde uitsluitingen nader omschrijven.

[Art. 68-6.](#) <KB 2005-09-17/63, art. 9, 010 ; Inwerkingtreding : 01-03-2006> Uitsluitingen voor het gevaar overstroming en het overlopen of de opstuwing van openbare riolen

Uit de door deze onderafdeling bedoelde waarborg, maar alleen voor het gevaar overstroming en het overlopen of de opstuwing van openbare riolen kan worden gesloten, de schade veroorzaakt aan de inhoud van kelders die op minder dan 10 centimeter van de grond is opgesteld, met uitzondering van de verwarmings-, elektriciteits- en waterinstallaties die er blijvend zijn bevestigd.

Onder een kelder verstaat men elk vertrek waarvan de grondoppervlakte zich bevindt op meer dan 50 centimeter beneden het niveau van de hoofdingang die leidt naar de woonvertrekken van het gebouw, met uitzondering van de kelderlokalen die blijvend als woonvertrekken of voor de uitoefening van een beroep zijn ingericht.

[Art. 68-7.](#) <Ingevoegd bij W 2003-05-21/33, art. 3; Inwerkingtreding : 01-03-2006> Risicozones

§ 1. Onder risicozones verstaat men de plaatsen die aan terugkerende en belangrijke overstromingen blootgesteld werden of blootgesteld kunnen worden.

§ 2. De Koning bepaalt, in overeenstemming met de gewesten de criteria op basis waarvan de gewesten hun voorstellen inzake de afbakening van de risicozones dienen te formuleren.

De Koning bakent vervolgens de risicozones af.

De Koning kan de risicozones slechts uitbreiden of verkleinen in onderling overleg met de gewesten. Hij bepaalt tenslotte de modaliteiten van de bekendmaking van de risicozones.

§ 3. In afwijking van artikel 68-1, derde lid, (kan de verzekeraar van de zaakverzekeringsovereenkomst met betrekking tot het gevaar brand weigeren dekking te verlenen tegen de overstroming als hij) een gebouw, een gedeelte van een gebouw of de inhoud van een gebouw dekt, die werden gebouwd meer dan achttien maanden na de datum van bekendmaking in het Belgisch Staatsblad van het koninklijk besluit, dat de zone waarin het gebouw zich bevindt, in overeenstemming met § 2, als risicozone klasseert. <KB 2005-09-17/63, art. 10, 010 ; Inwerkingtreding : 01-03-2006>

De goederen bedoeld in het vorig lid zijn de goederen in opbouw, verbouwing of herstelling, die definitief zijn gesloten met afgewerkte en vast geplaatste deuren en ramen, en definitief en volledig gedekt zijn.

Deze uitzondering is eveneens van toepassing op de uitbreidingen op de grond van de goederen die bestonden voor de datum van klassering, bedoeld in het eerste lid.

Deze uitzondering is niet van toepassing op de goederen of delen van de goederen die werden heropgebouwd of wedersamengesteld na een schadegeval en die overeenstemmen met de waarde van de wederopbouw of de wedersamenstelling van de goederen voor het schadegeval.

§ 4. De informatie over het feit dat een goed in een risicozone gelegen is, wordt verstrekt :

- door het comité van aankoop of de notaris, in de authentieke akte, in het geval van akte van overdracht van een zakelijk recht op een onroerend goed;
- door de architect, schriftelijk in de overeenkomst, in het geval van bouw, restauratie of uitbreiding van een onroerend goed;
- door de overdrager, schriftelijk in de overeenkomst, in geval van akte van overdracht van een zakelijk recht op een

onroerend goed;

- door de verhuurder, schriftelijk in de overeenkomst of in een bijzonder document, voor de in verhuur gegeven onroerende goederen die na de afbakening van de risicozones werden opgericht;
- door de daartoe door de Koning aangewezen ambtenaren;
- door de gemeentelijke administraties, wat betreft de risicozone's die zich op hun grondgebied bevinden.

[Art. 68-8.](#) <Ingevoegd bij W 2003-05-21/33, art. 3; Inwerkingtreding : 01-03-2006> Betaling van de vergoeding § 1. Behoudens toepassing van paragraaf 2, wordt de vergoeding betaald volgens de bepalingen van artikel 67.

(De verzekeringsovereenkomst mag voor de risico's natuurrampen en andere uitzonderlijke gevaren geen hogere vrijstelling toepassen dan 610 EUR per schadegeval. Dit bedrag is gekoppeld aan de ontwikkeling van het indexcijfer der consumptieprijzen met als basisindexcijfer dat van december 1983, namelijk 119,64 (Basis 1981 = 100).) <KB 2005-09-17/63, art. 11, 1°, 010 ; Inwerkingtreding : 01-03-2006>

§ 2. (De verzekeraar mag het totaal van de vergoedingen die hij zal moeten betalen bij een natuurramp, beperken tot het laagste bedrag van die welke door toepassing van de volgende formules worden verkregen :

- a) $(0,45 \times P + 0,05 \times S)$ met een minimum van 2 000 000 EUR;
- b) $(1,05 \times 0,45 \times P)$ met een minimum van 2 000 000 EUR;

waar :

P het incasso is van de premies en bijkomende kosten, zonder commissie en acquisitiekosten voor de waarborgen brand en aanverwante gevaren plus elektriciteit van de eenvoudige risico's, bedoeld in artikel 67, § 2, incasso dat door de verzekeraar gerealiseerd werd gedurende het boekjaar voorafgaand aan het schadegeval;

S het bedrag is van de vergoedingen te betalen door de verzekeraar voor een natuurramp anders dan een aardbeving dat $0,45 \times P$ overschrijdt.

In het geval van een aardbeving mag de verzekeraar het totaal van de vergoedingen die hij zal moeten betalen beperken tot het laagste bedrag van die welke door toepassing van de volgende formules worden verkregen :

- a) $(1,20 \times P + 0,05 \times S')$ met een minimum van 2 000 000 EUR;
- b) $(1,05 \times 1,20 \times P)$ met een minimum van 2 000 000 EUR;

waar :

P is het incasso van de premies en bijkomende kosten, zonder commissie en acquisitiekosten voor de waarborgen brand en aanverwante gevaren plus elektriciteit van de eenvoudige risico's, bedoeld in artikel 67, § 2, incasso dat door de verzekeraar gerealiseerd werd gedurende het boekjaar voorafgaand aan het schadegeval;

S' het bedrag is van de vergoedingen te betalen door de verzekeraar voor een aardbeving dat $1,20 \times P$ overschrijdt.

Het bedrag van 2 000 000 EUR, bedoeld bij deze paragraaf wordt geïndexeerd overeenkomstig het voorschrift van artikel 19, § 3, van het koninklijk besluit van 22 februari 1991 houdende algemeen reglement betreffende de controle op de verzekeringsondernemingen en door de Commissie voor het Bank-, Financie- en Assurantiewezen bekendgemaakt.) <W [2008-06-08/31](#), art. 20, 015; Inwerkingtreding : 01-07-2008>

§ 3. Indien een verzekeraar de bepalingen van vorige paragraaf toepast, wordt de vergoeding, door hem verschuldigd uit hoofde van elke door hem gesloten verzekeringsovereenkomst, evenredig verminderd (wanneer de limieten voorgeschreven door artikel 34-3, derde lid, van de wet van 12 juli 1976 betreffende het herstel van zekere schade veroorzaakt aan private goederen door natuurrampen overschreden worden). <KB 2005-09-17/63, art. 11, 5°, 010 ; Inwerkingtreding : 01-03-2006>

[Art. 68-9.](#) <Ingevoegd bij W 2003-05-21/33, art. 3; Inwerkingtreding : 15-07-2003> Tariferingsbureau

§ 1. (Teneinde de dekking van de door deze onderafdeling bedoelde risico's te verzekeren, richt de Koning een Tariferingsbureau op met als opdracht de tariefvoorwaarden vast te stellen voor de risico's die geen dekking vinden. Behoudens de gevallen bedoeld in artikel 68-7, § 3, heeft elke kandidaat-verzekeringnemer toegang tot de tariefvoorwaarden van het Tariferingsbureau overeenkomstig het bepaalde in § 2.

De Koning stelt de datum van inwerkingtreding van het Bureau vast.) <W 2005-09-17/63, art. 12, 1°, 010; Inwerkingtreding : 11-10-2005>

(Het Bureau wordt niet beschouwd als een verzekeringstussenpersoon in de zin van de wet van 27 maart 1995 betreffende de verzekeringsbemiddeling en de distributie van verzekeringen.) <W 2005-12-27/31, art. 18, 011; Inwerkingtreding : 09-01-2006>

§ 2. (De verzekeraar, die de kandidaat-verzekeringnemer weigert of die een premie of een vrijstelling voorstelt die hoger ligt dan de tariefvoorwaarden van het Bureau, moet de kandidaat-verzekeringnemer op eigen initiatief informeren over de tariefvoorwaarden van het Tariferingsbureau en tegelijk melding maken aan de kandidaat-verzekeringnemer dat deze zich eventueel kan wenden tot een andere verzekeraar.) <W 2005-09-17/63, art. 12, 1°, 010; Inwerkingtreding : 11-10-2005>

§ 3. Het Bureau is samengesteld uit vier leden die de verzekeringsondernemingen vertegenwoordigen en uit vier leden die de consumenten vertegenwoordigen, benoemd door de Koning voor een termijn van zes jaar.

De leden van het Bureau worden gekozen uit een dubbele lijst, voorgesteld door de beroepsverenigingen van de verzekeringsondernemingen en door de verenigingen die in aanmerking komen om de belangen van de consumenten te vertegenwoordigen.

De Koning benoemt, voor een periode van zes jaar, een voorzitter die niet bij de vorige categorieën hoort.

De Koning bepaalt de vergoedingen waarop de voorzitter en de leden van het tarifieringsbureau recht hebben.

De Koning wijst eveneens voor ieder lid een plaatsvervanger aan. De plaatsvervangers worden op dezelfde manier gekozen als de effectieve leden.

Het Bureau kan er deskundigen bij nemen die niet stemgerechtigd zijn.

(De Ministers bevoegd voor Economie, Binnenlandse Zaken en Consumentenzaken kunnen een waarnemer naar het Bureau afvaardigen.) <W 2005-09-17/63, art. 12, 2°, 010; Inwerkingtreding : 11-10-2005>

Tenzij de Koning er anders over beslist, oefent het Bureau zijn activiteiten uit bij de Nationale Kas voor Rampenschade, bedoeld bij artikel 35 van de wet van 12 juli 1976 betreffende het herstel van zekere schade veroorzaakt aan private goederen door natuurrampen, die er het secretariaat en het dagelijks beheer van waarneemt.

§ 4. De Koning legt de voorwaarden vast van de werking van het Bureau en de verplichtingen van de verzekeraars (...). <W 2005-09-17/63, art. 12, 3°, 010; Inwerkingtreding : 11-10-2005>

De verzekeraar die de door en krachtens dit artikel bepaalde verplichtingen niet naleeft, wordt geacht niet meer in overeenstemming te zijn met de bepalingen van de wet van 9 juli 1975 op de controle der verzekeringsondernemingen.

§ 5. (De aan de voorwaarden van het Bureau getarifeerde natuurrampenrisico's worden verzekerd door al de verzekeraars die in België de verzekering van de eenvoudige risico's tegen brand aanbieden. Het beheer van deze risico's wordt waargenomen door de zaakschadeverzekeraar eenvoudig risico brand van de verzekeringsnemer of, bij gebreke daaraan, door een andere door de kandidaat-verzekeringsnemer gekozen verzekeraar uit het geheel van de verzekeraars die in België de verzekering van de eenvoudige risico's tegen brand aanbieden. Het resultaat van dit beheer alsmede de werkingskosten van het Bureau worden omgeslagen over de verzekeraars die in België de verzekering van de eenvoudige risico's tegen brand aanbieden.) <W 2005-09-17/63, art. 12, 4°, 010; Inwerkingtreding : 11-10-2005>

(§ 6. Het Bureau maakt jaarlijks een verslag over zijn werking. Dit verslag bevat onder meer een analyse van de door de verzekeraars toegepaste tariefvoorwaarden en wordt onverwijld overgezonden aan de Federale Wetgevende Kamers.)

<W 2005-09-17/63, art. 12, 5°, 010; Inwerkingtreding : 11-10-2005>

[Art. 68-10.](#) <Ingevoegd bij W 2006-07-20/39, art. 99; Inwerkingtreding : 07-08-2006>

Compensatiekas Natuurrampen

§ 1. De Koning erkent, onder de voorwaarden die Hij bepaalt, een Compensatiekas Natuurrampen, hierna Compensatiekas genoemd, met als opdracht de verdeelsleutel vast te stellen die toelaat de schadelast van de aan de voorwaarden van het Bureau getarifeerde risico's te verdelen tussen al de verzekeraars die in België de verzekering van de eenvoudige risico's tegen brand aanbieden.

§ 2. De Koning keurt de statuten goed en reglementeert de controle op de activiteit van de Compensatiekas. Hij wijst de handelingen aan die in het Belgisch Staatsblad moeten worden bekendgemaakt. Zo nodig stelt de Koning de Compensatiekas in.

§ 3. De verzekeraars die in België de verzekering van de eenvoudige risico's tegen brand aanbieden, zijn hoofdelijk gehouden aan de Compensatiekas de stortingen te doen die nodig zijn voor het volbrengen van haar opdracht en om haar werkingskosten te dragen.

Indien de Compensatiekas door de Koning is ingesteld, legt een koninklijk besluit jaarlijks de regels vast voor het berekenen van de stortingen die door de verzekeraars moeten worden gedaan.

§ 4. De erkenning wordt ingetrokken indien de Compensatiekas niet handelt overeenkomstig de wetten, verordeningen of haar statuten.

In dat geval kan de Koning alle passende maatregelen nemen tot vrijwaring van de rechten van de verzekeringnemers, de verzekerden en de benadeelden.

Zolang de vereffening duurt blijft de Compensatiekas aan de controle onderworpen.

De Koning benoemt voor deze vereffening een bijzonder vereffenaar.

[Onderafdeling II.](#) - Oogstverzekering.

[Art. 69.](#) Opzegging na schadegeval.

In afwijking van artikel 31, wanneer de verzekeraar zich inzake oogstverzekering het recht heeft voorbehouden de verzekering na een schadegeval op te zeggen, heeft deze opzegging eerst gevolg na het verstrijken van de normale oogstperiode.

[Onderafdeling III.](#) - Krediet- en borgtochtverzekering.

[Art. 70.](#) Toepassingsgebied.

Deze onderafdeling is toepasselijk op de verzekeringsovereenkomsten tegen niet-betaling aan de verzekerde van schuldvorderingen, alsook tegen de andere risico's die daarmee kunnen gelijkgesteld worden en die door de Koning worden bepaald.

[Art. 71.](#) Niet-toepasselijke of aanvullende wetsbepalingen.

(De artikelen 4, 7, 26, 30, 31, 32, 33, 36 en 41 zijn niet van toepassing op de kredietverzekering en op de borgtochtverzekering.) <W 1994-03-16/32, art. 7, 002; Inwerkingtreding : 1994-05-04>

De artikelen 12, tweede en derde lid, en 25 zijn aanvullend wat de krediet- en borgtochtverzekering betreft.

[Art. 72.](#) Uitsluitingen.

Deze wet is niet toepasselijk op :

- 1° de kredietverzekering en de borgtochtverzekering tot dekking van schuldvorderingen op het buitenland;
- 2° de verzekeringen die behoren tot de bevoegdheid van de Nationale Delcredere dienst en die deze dienst rechtstreeks of onrechtstreeks verleent voor rekening of met waarborg van de Staat bij toepassing van de wet van 31 augustus 1939 op de Nationale Delcredere dienst.

[Art. 73.](#) Definitieve weigering van de dekking.

In afwijking van de artikelen 16, tweede lid en 17, kan de verzekeraar definitief dekking weigeren wanneer de verzekeringnemer een maand na de aanmaning tot betaling de achterstallige premies niet heeft betaald; in dat geval is de verzekeringnemer nog tot betaling van de achterstallige premies gehouden.

[Art. 74.](#) Onopzettelijk verzwijgen of onopzettelijk onjuist meedelen van gegevens bij de aangifte van het risico en verzwaren van het risico.

Tenzij anders is bedongen, geldt :

§ 1. Wanneer het verzwijgen of het onjuist meedelen van gegevens niet opzettelijk geschiedt, kan de verzekeraar zijn prestatie verminderen op basis van de verhouding tussen de betaalde premie en de premie die de verzekeringnemer zou hebben moeten betalen indien hij het risico naar behoren had opgegeven. De verzekeraar kan niettemin zijn waarborg weigeren zo hij bewijst dat hij in geen enkel geval het werkelijke risico zou verzekerd hebben. In dat geval betaalt hij de premie terug.

Wanneer in de loop van een verzekering een omstandigheid bekend wordt die beide partijen op het ogenblik van het sluiten van de overeenkomst onbekend was, wordt paragraaf 2 toegepast zo deze omstandigheid een verzwaren van het verzekerde risico uitmaakt.

§ 2. Wanneer in de loop van de uitvoering van de overeenkomst het risico dat het verzekerde voorval zich voordoet, is verzwaard, moet de verzekeringnemer daarvan onmiddellijk mededeling doen aan de verzekeraar.

Indien zich een schadegeval voordoet en de verzekeringnemer met bedrieglijk opzet verzuimd heeft van de verzwaren kennis te geven, is de verzekeraar niet tot prestatie gehouden en heeft hij het recht de premie te behouden.

Indien de verzekeringnemer te goeder trouw is, kan de verzekeraar zijn uitkering verminderen naar de verhouding tussen de betaalde premie en de premie die de verzekeringnemer had moeten betalen indien de verzwaren in aanmerking was genomen. De verzekeraar kan niettemin zijn waarborg weigeren zo hij bewijst dat hij in geen enkel geval het verzwaarde risico zou verzekerd hebben. In dat geval betaalt hij de premie terug.

[Art. 75.](#) Verhaalrecht van de verzekeraar.

Alle rechten en rechtsvorderingen van de verzekerde betreffende de schuldvordering, die het voorwerp uitmaakt van de verzekering, gaan over op de verzekeraar die de verzekerde, zelfs gedeeltelijk, schadeloos heeft gesteld.

De artikelen 1689 tot 1701 en 2075 van het Burgerlijk Wetboek zijn niet van toepassing op de overgang van rechten en rechtsvorderingen bedoeld in het eerste lid.

Tenzij anders is bedongen, worden alle sommen die na schadegeval zijn ingevorderd, verdeeld tussen de verzekeraar en de verzekerde naar verhouding van hun aandeel in het verlies.

Indien de overdracht door het toedoen van de verzekerde geen gevolg kan hebben ten voordele van de verzekeraar, kan deze hem de terugbetaling vorderen van de betaalde schadevergoeding in de mate waarin hij een nadeel heeft ondergaan.

[Art. 76.](#) Overdracht van de uit de overeenkomst voortvloeiende rechten en verplichtingen.

De overdracht aan een derde van de rechten en verplichtingen die uit een overeenkomst van krediet- of borgtochtverzekering voortvloeien, kan aan de verzekeraar slechts worden tegengeworpen indien deze zijn schriftelijke toestemming heeft gegeven.

HOOFDSTUK III. - Aansprakelijkheidsverzekeringen.

Art. 77. Toepassingsgebied.

Dit hoofdstuk is van toepassing op de verzekeringsovereenkomsten die ertoe strekken de verzekerde dekking te geven tegen alle vorderingen tot vergoeding wegens (het voorvallen van de schade) die in de overeenkomst is beschreven, en zijn vermogen binnen de grenzen van de dekking te vrijwaren tegen alle schulden uit een vaststaande aansprakelijkheid. <W 1994-03-16/32, art. 8, 002; Inwerkingtreding : 1994-05-04>

Art. 78. Verplichtingen van de verzekeraar na het einde van de overeenkomst. <W 1994-03-16/32, art. 9, 002; Inwerkingtreding : 1994-05-04>

§ 1. De verzekeringswaarborg slaat op de schade voorgevallen tijdens de duur van de overeenkomst en strekt zich uit tot vorderingen die na het einde van deze overeenkomst worden ingediend.

§ 2. Voor de takken die deel uitmaken van de algemene burgerrechtelijke aansprakelijkheid, andere dan de burgerrechtelijke aansprakelijkheid inzake motorrijtuigen, die door de Koning worden bepaald, kunnen de partijen overeenkomen dat de verzekeringswaarborg alleen slaat op de vorderingen die schriftelijk worden ingesteld tegen de verzekerde of de verzekeraar tijdens de duur van de overeenkomst voor schade voorgevallen tijdens diezelfde duur.

In dat geval worden ook in aanmerking genomen, op voorwaarde dat ze schriftelijk worden ingesteld tegen de verzekerde of de verzekeraar binnen zesendertig maanden te rekenen van het einde van de overeenkomst, de vorderingen tot vergoeding die betrekking hebben op :

- schade die zich tijdens de duur van deze overeenkomst heeft voorgedaan indien bij het einde van deze overeenkomst het risico niet door een andere verzekeraar is gedekt;
- daden of feiten die aanleiding kunnen geven tot schade, die tijdens de duur van deze overeenkomst zijn voorgevallen en aan de verzekeraar zijn aangegeven.

Art. 79. Leiding van het geschil.

Vanaf het ogenblik dat de verzekeraar tot het geven van dekking is gehouden en voor zover deze wordt ingeroepen, is hij verplicht zich achter de verzekerde te stellen binnen de grenzen van de dekking.

Ten aanzien van de burgerrechtelijke belangen en in zover de belangen van de verzekeraar en van de verzekerde samenvallen, heeft de verzekeraar het recht om, in de plaats van de verzekerde, de vordering van de benadeelde te bestrijden. Hij kan deze laatste vergoeden indien daartoe grond bestaat.

De tussenkomen van de verzekeraar houden geen enkele erkenning in van aansprakelijkheid vanwege de verzekerde en zij mogen hem ook geen nadeel berokkenen.

Art. 80. Overdracht van de stukken.

Alle gerechtelijke en buitengerechtelijke stukken betreffende een schadegeval moeten onmiddellijk na de kennisgeving, de betekening of de terhandstelling aan de verzekerde, overgezonden worden aan de verzekeraar, bij verzuim waarvan de verzekerde de verzekeraar moet vergoeden voor de schade die deze geleden heeft.

Art. 81. Niet-verschijning.

Wanneer de verzekerde bij verzuim niet verschijnt of zich niet onderwerpt aan een door de rechtbank bevolen onderzoeksmaatregel, moet hij de schade die de verzekeraar zou hebben geleden vergoeden.

Art. 82. Betaling door de verzekeraar van de hoofdsom, de intrest en de kosten.

De verzekeraar betaalt de in hoofdsom verschuldigde schadevergoeding ten belope van de dekking.

De verzekeraar betaalt, zelfs boven de dekkingsgrenzen, de intrest op de in hoofdsom verschuldigde schadevergoeding.

De verzekeraar betaalt, zelfs boven de dekkingsgrenzen, de kosten betreffende burgerlijke rechtsvorderingen, alsook de honoraria en de kosten van de advocaten en de deskundigen, maar alleen in zover die kosten door hem of met zijn toestemming zijn gemaakt of, in geval van belangenconflict dat niet te wijten is aan de verzekerde, voor zover die kosten niet onredelijk zijn gemaakt.

(Voor de aansprakelijkheidsverzekeringen, andere dan die bedoeld in de wet van 21 november 1989 betreffende de verplichte aansprakelijkheidsverzekering inzake motorrijtuigen, kan de Koning de intresten en de kosten bedoeld in het tweede en het derde lid van dit artikel beperken.) <W 1994-03-16/32, art. 10, 002; Inwerkingtreding : 1994-05-04>

Art. 83. Vrije beschikking over de schadevergoeding.

De benadeelde beschikt vrij over de door de verzekeraar verschuldigde schadevergoeding. Het bedrag van de schadevergoeding mag niet verschillen naar gelang van het gebruik dat de benadeelde ervan zal maken.

Art. 84. Kwitantie ter afrekening.

Elke kwitantie voor een gedeeltelijke afrekening of ter finale afrekening betekent voor de benadeelde niet dat hij van zijn rechten afziet.

Een kwitantie ter finale afrekening moet de elementen van de schade vermelden waarop die afrekening slaat.

Art. 85. Schadeloosstelling door de verzekerde.

Wanneer de verzekerde de benadeelde heeft vergoed of hem een vergoeding heeft toegezegd, zonder de toestemming van de verzekeraar, kan zulks tegen deze laatste niet worden ingeroepen.

Het erkennen van feiten of het verstrekken van eerste geldelijke of medische hulp door de verzekerde kunnen voor de verzekeraar geen grond opleveren om zijn dekking te weigeren.

Art. 86. Eigen recht van de benadeelde.

De verzekering geeft de benadeelde een eigen recht tegen de verzekeraar.

De door de verzekeraar verschuldigde schadevergoeding komt toe aan de benadeelde, met uitsluiting van de overige schuldeisers van de verzekerde.

(Indien er meer dan één benadeelde is en het totaal bedrag van de verschuldigde schadeloosstellingen de verzekerde som overschrijdt, worden de rechten van de benadeelden tegen de verzekeraar naar evenredigheid verminderd ten belope van deze som. Niettemin blijft de verzekeraar die, onbekend met het bestaan van vorderingen van andere benadeelden, te goeder trouw aan een benadeelde een groter bedrag dan het aan deze toekomstige deel heeft uitgekeerd, jegens die anderen slechts gehouden tot het beloop van het overblijvende gedeelte van de verzekerde som.) <W 2002-08-22/41, art. 10, 006; Inwerkingtreding : 19-01-2003>

Art. 87. Tegenstelbaarheid van de excepties, nietigheid en verval van recht.

§ 1. Bij de verplichte burgerrechtelijke aansprakelijkheidsverzekeringen kunnen de excepties, (vrijstellingen,) de nietigheid en het verval van recht voortvloeiend uit de wet of de overeenkomst en die hun oorzaak vinden in een feit dat zich voor of na het schadegeval heeft voorgedaan, aan de benadeelde niet worden tegengeworpen. <W 2002-08-22/41, art. 11, 006; Inwerkingtreding : 19-01-2003>

Indien de nietigverklaring, de opzegging, de beëindiging of de schorsing van de overeenkomst gechied is voordat het schadegeval zich heeft voorgedaan, kan zij echter aan de benadeelde worden tegengeworpen.

§ 2. Voor de andere soorten burgerrechtelijke aansprakelijkheidsverzekeringen kan de verzekeraar slechts de excepties, de nietigheid en het verval van recht voortvloeiend uit de wet of de overeenkomst tegenwerpen aan de benadeelde persoon voor zover deze hun oorzaak vinden in een feit dat het schadegeval voorafgaat.

De Koning kan het toepassingsgebied van § 1 echter uitbreiden tot de soorten van niet verplichte burgerrechtelijke aansprakelijkheidsverzekeringen die Hij bepaalt.

Art. 88. Recht van verhaal van de verzekeraar op de verzekeringnemer.

De verzekeraar kan zich, voor zover hij volgens de wet op de verzekeringsovereenkomst de prestaties had kunnen weigeren of verminderen, een recht van verhaal voorbehouden tegen de verzekeringnemer en, indien daartoe grond bestaat, tegen de verzekerde die niet de verzekeringnemer is.

De verzekeraar is op straffe van verval van zijn recht van verhaal verplicht de verzekeringnemer of, in voorkomend geval, de verzekerde die niet de verzekeringnemer is, kennis te geven van zijn voornemen om verhaal in te stellen zodra hij op de hoogte is van de feiten waarop dat besluit gegrond is.

De Koning kan het recht van verhaal beperken in de gevallen en in de mate die Hij bepaalt.

Art. 89. Tussenkost in de rechtspleging.

§1. Een vonnis kan aan de verzekeraar, aan de verzekerde of aan de benadeelde slechts worden tegengeworpen, indien zij in het geding partij zijn geweest of daarin zijn geroepen.

Niettemin kan het vonnis dat in een geschil tussen de benadeelde en de verzekerde is gewezen, worden tegengeworpen aan de verzekeraar indien vaststaat dat deze laatste in feite de leiding van het geding op zich heeft genomen.

§ 2. De verzekeraar kan vrijwillig tussenkomen in een geding dat door de benadeelde tegen de verzekerde is ingesteld.

De verzekerde kan vrijwillig tussenkomen in een geding dat door de benadeelde tegen de verzekeraar is ingesteld.

§ 3. De verzekeraar kan de verzekerde in het geding roepen dat door de benadeelde tegen hem is ingesteld.
De verzekerde kan de verzekeraar in het geding roepen dat door de benadeelde tegen hem is ingesteld.

§ 4. De verzekeringnemer, die niet de verzekerde is, kan vrijwillig tussenkomen of in het geding worden geroepen dat tegen de verzekeraar of de verzekerde is ingesteld.

§ 5. Wanneer het geding tegen de verzekerde is ingesteld voor het strafgerecht, kan de verzekeraar door de benadeelde of door de verzekerde in de zaak worden betrokken en kan hij vrijwillig tussenkomen, onder dezelfde voorwaarden als zou de vordering voor het burgerlijk gerecht gebracht zijn, maar het strafgerecht kan geen uitspraak doen over de rechten die de verzekeraar kan doen gelden tegenover de verzekerde of de verzekeringnemer.

HOOFDSTUK IV. - Rechtsbijstandverzekeringen.

Art. 90. Toepassingsgebied.

De artikelen 91 tot 93 zijn toepasselijk op de verzekeringsovereenkomsten waarbij de verzekeraar zich verbindt diensten te verrichten en kosten op zich te nemen, ten einde de verzekerde in staat te stellen zijn rechten te doen gelden, als eiser of als verweerder, hetzij in een gerechtelijke, administratieve of andere procedure, tenzij los van enige procedure.

De verdediging van de verzekerde door de aansprakelijkheidsverzekeraar uit hoofde van de artikelen 79 en 82 valt niet onder toepassing van de artikelen 91 tot 93.

Art. 91. Geldboeten en minnelijke schikkingen in strafzaken.

Geen enkele geldboete of geen enkele minnelijke schikking in strafzaken kan het voorwerp zijn van een verzekeringsovereenkomst, met uitzondering van die welke ten laste zijn van de persoon die burgerrechtelijk aansprakelijk is (en die geen betrekkingen hebben op de wetten en de uitvoeringsbesluiten betreffende het werkgever of betreffende het vervoer over de weg). <W 2002-01-07/40, art. 2, 003; Inwerkingtreding : 11-02-2002>

Art. 92. Vrije keuze van raadslieden.

In elke verzekeringsovereenkomst inzake rechtsbijstand moet uitdrukkelijk ten minste worden bepaald dat :

1° wanneer moet worden overgegaan tot een gerechtelijke of administratieve procedure, de verzekerde vrij is in de keuze van een advocaat of van iedere andere persoon die de vereiste kwalificaties heeft krachtens de op de procedure toepasselijke wet om zijn belangen te verdedigen, te vertegenwoordigen of te behartigen;

2° telkens er zich een belangenconflict met zijn verzekeraar voordoet, de verzekerde vrij is in de keuze van een advocaat of zo hij er de voorkeur aan geeft, iedere andere persoon die de vereiste kwalificaties heeft krachtens de op de procedure toepasselijke wet om zijn belangen te verdedigen.

Art. 93. Recht van de verzekeraar om dekking te weigeren.

De verzekerde, bij verschil van mening met zijn verzekeraar over de gedragslijn die zal worden gevolgd voor de regeling van het schadegeval en na (kennisgeving) door de verzekeraar van diens standpunt of van diens weigering om de stelling van de verzekerde te volgen, heeft het recht een advocaat van zijn keuze te raadplegen onverminderd de mogelijkheid om een rechtsvordering in te stellen.

Zo de advocaat het standpunt van de verzekeraar bevestigt wordt aan de verzekerde de helft terugbetaald van de kosten en honoraria van deze raadpleging. <W 1994-03-16/32, art. 11, 002; Inwerkingtreding : 1994-05-04>

Indien tegen het advies van deze advocaat de verzekerde op zijn kosten een procedure begint en een beter resultaat bekomt dan hetgeen hij zou hebben bekomen indien hij het standpunt van de verzekeraar zou hebben gevolgd, is de verzekeraar die de stelling van de verzekerde niet heeft willen volgen gehouden zijn dekking te verlenen en de kosten van de raadpleging terug te betalen die ten laste van de verzekerde zouden zijn gebleven.

Indien de geraadpleegde advocaat de stelling van de verzekerde bevestigt, is de verzekeraar, ongeacht de afloop van de procedure, ertoe gehouden zijn dekking te verlenen met inbegrip van de kosten en de honoraria van de raadpleging.

TITEL III. - Persoonsverzekeringen.

HOOFDSTUK I. - Gemeenschappelijke bepalingen.

Art. 94. Naamgebondenheid van de polis.

De polis moet op naam van de verzekeringnemer worden gesteld; zij kan niet aan order of aan toonder zijn.

Art. 95. <W 2002-08-22/45, art. 19, 005; Inwerkingtreding : 06-10-2002> - Medische informatie - De door de verzekerde gekozen arts kan de verzekerde die erom verzoekt de geneeskundige verklaringen afleveren die voor het

sluiten of het uitvoeren van de overeenkomst nodig zijn. Deze verklaringen beperken zich tot een beschrijving van de huidige gezondheidstoestand.

Deze verklaringen mogen uitsluitend aan de adviserend arts van de verzekeraar worden bezorgd. Deze mag de verzekeraar geen informatie geven die niet-pertinent is gezien het risico waarvoor de verklaringen werden opgemaakt of betreffende andere personen dan de verzekerde.

Het medisch onderzoek, noodzakelijk voor het sluiten en het uitvoeren van de overeenkomst, kan slechts steunen op de voorgeschiedenis van de huidige gezondheidstoestand van de kandidaat-verzekerde en niet op technieken van genetisch onderzoek die dienen om de toekomstige gezondheidstoestand te bepalen.

Mits de verzekeraar aantoont de voorafgaande toestemming van de verzekerde te bezitten, geeft de arts van de verzekerde aan de adviserend arts van de verzekeraar een verklaring af over de doodsoorzaak.

Wanneer er geen risico meer bestaat voor de verzekeraar, bezorgt de adviserend arts de geneeskundige verklaringen, op hun verzoek, terug aan de verzekerde of, in geval van overlijden, aan zijn rechthebbenden.

[Art. 96.](#) Verzekering van zeer jonge kinderen.

Een beding dat voorziet in uitkeringen voor het geval dat een kind dood geboren wordt of overlijdt voordat het de volle leeftijd van vijf jaar heeft bereikt, is nietig, behalve onder de voorwaarden en voor een maximumbedrag te bepalen door de Koning.

Behalve wanneer de verzekeringnemer met bedrieglijk opzet heeft gehandeld, moet de verzekeraar de premies die betaald zijn ingevolge het krachtens het eerste lid nietig verklaarde beding of overeenkomst, volledig terugbetalen.

[HOOFDSTUK II.](#) - Levensverzekeringsovereenkomsten.

[Afdeling I.](#) - Algemene bepalingen.

[Art. 97.](#) Toepassingsgebied.

Dit hoofdstuk is van toepassing op alle persoonsverzekeringen waarbij het zich voordoen van het verzekerd voorval alleen afhankelijk is van de menselijke levensduur. Die verzekeringen zijn uitsluitend verzekeringen tot uitkering van een vast bedrag.

[Art. 98.](#) Samenloop en niet-indeplaatsstelling.

Voor de toepassing van dit hoofdstuk is elk tegenstrijdig beding, toegelaten door de artikelen 49 en 50, nietig.

[Afdeling II.](#) - Verzekerd risico.

[Art. 99.](#) Onbetwistbaarheid.

Zodra de levensverzekeringsovereenkomst in werking treedt, kan de verzekeraar zich niet meer beroepen op het onopzettelijk verzwijgen of het onopzettelijk onjuist meedelen van gegevens door de verzekeringnemer of de verzekerde.

De Koning kan de partijen toestaan om de onbetwistbaarheid uit te stellen onder de voorwaarden die Hij bepaalt.

[Art. 100.](#) Dwaling omtrent de leeftijd van de verzekerde.

Wanneer de leeftijd van de verzekerde onjuist is opgegeven, worden de prestaties van elke partij vermeerderd of verminderd in verhouding tot de werkelijke leeftijd die in acht had moeten genomen worden.

[Art. 101.](#) Uitgesloten risico's.

§ 1. Tenzij het tegendeel is bedongen, dekt de verzekering de zelfmoord van de verzekerde niet die gebeurt minder dan een jaar na de inwerkingtreding van de overeenkomst. (De verzekering dekt de zelfmoord die gebeurt een jaar of meer dan een jaar na de inwerkingtreding van de overeenkomst). Het bewijs van de zelfmoord moet door de verzekeraar worden geleverd. <L 1994-03-16/32, art. 12, 002; Inwerkingtreding : 1994-05-04>

§ 2. Tenzij anders is bedongen, dekt de verzekeraar de dood van de verzekerde niet :

1° wanneer de dood het gevolg is van de tenuitvoerlegging van een rechterlijke veroordeling tot de doodstraf;

2° wanneer de dood zijn onmiddellijke en rechtstreekse oorzaak vindt in een misdad of een wanbedrijf, door de verzekerde als dader of mededader opzettelijk gepleegd en waarvan de gevolgen door hem konden worden voorzien.

[Art. 102.](#) Het zich voordoen van een uitgesloten risico.

Indien de verzekerde overleden is ten gevolge van een uitgesloten risico, betaalt de verzekeraar de begunstigde de opbrengst terug van de kapitalisatie van de premies die betrekking hebben op de periode na de datum van het overlijden, en beperkt tot de verzekerde prestatie bij overlijden.

[Afdeling III.](#) - Betaling van de premies en inwerkingtreding van de overeenkomst.

[Art. 103.](#) Betaling van de eerste premie.

Tenzij anders is bedongen, treedt de levensverzekeringsovereenkomst eerst in werking op de dag dat de eerste premie wordt betaald.

[Art. 104.](#) Niet-betaling van een premie.

Niet-betaling van een premie geeft geen aanleiding tot enige vordering tot gedwongen tenuitvoerlegging vanwege de verzekeraar; volgens de door de Koning vastgestelde voorschriften brengt niet-betaling alleen de ontbinding van de overeenkomst mee of de vermindering van de prestaties van de verzekeraar.

[Art. 105.](#) Verplichting tot betaling van de premies.

De verzekeringnemer kan door een andere overeenkomst dan de levensverzekeringsovereenkomst die hij heeft aangegaan, er zich toe verbinden om binnen het verband van de laatstgenoemde overeenkomst te blijven door er de premies van te betalen.

[Afdeling IV.](#) - Rechten van de verzekeringnemer.

[A.](#) BEGUNSTIGING.

[Art. 106.](#) Aanwijzing van de begunstigde.

§ 1. De verzekeringnemer heeft het recht één of meer begunstigden aan te wijzen. Dat recht komt uitsluitend aan hem toe en kan noch door de echtgenoot, noch door zijn wettelijke vertegenwoordigers, noch door zijn erfgenamen of rechthebbenden, noch door zijn schuldeisers worden uitgeoefend.

Het bewijs van het recht van de begunstigde wordt geleverd overeenkomstig artikel 10.

§ 2. De begunstigde moet identificeerbaar zijn wanneer de verzekerde prestaties opeisbaar worden.

§ 3. De verzekeraar is van iedere verbintenis bevrijd door de uitkering die hij te goeder trouw aan de begunstigde heeft gedaan voordat hij enig geschrift heeft ontvangen waarbij de aanwijzing wordt gewijzigd.

[Art. 107.](#) Geen begunstigde.

Wanneer bij de verzekering geen begunstigde is aangewezen of wanneer de aanwijzing van de begunstigde geen gevolgen kan hebben of herroepen is, is de verzekeringsprestatie verschuldigd aan de verzekeringnemer of aan zijn nalatenschap.

[Art. 108.](#) Aanwijzing van de echtgenoot.

Wanneer de echtgenoot bij name als begunstigde wordt aangewezen, behoudt hij zijn recht op prestatie wanneer de verzekeringnemer een nieuw huwelijk aangaat, tenzij deze het tegendeel heeft bedongen of artikel 299 van het Burgerlijk Wetboek toepassing vindt.

Wordt de echtgenoot niet bij name als begunstigde aangewezen, dan komt het recht op prestatie toe aan hem die bij het opeisbaar worden van de verzekerde prestaties die hoedanigheid heeft.

[Art. 109.](#) Aanwijzing van de kinderen.

Wanneer de kinderen niet bij name als begunstigden worden aangewezen, dan wordt het recht op prestaties verleend aan de personen die bij het opeisbaar worden van de prestaties deze hoedanigheid hebben. De afstammelingen in rechte lijn van een vooroverleden kind komen bij plaatsvervulling op.

[Art. 110.](#) Gezamenlijke aanwijzing van de kinderen en van de echtgenoot als begunstigden.

Wanneer de echtgenoot en de kinderen al of niet bij name gezamenlijk als begunstigden worden aangewezen, dan wordt het recht op prestaties voor de helft verleend aan de echtgenoot en voor de helft aan de kinderen, tenzij anders is bedongen.

[Art. 110/1.](#) Aanwijzing van de wettelijke erfgenamen als begunstigden.

Wanneer de wettelijke erfgenamen als begunstigden worden aangewezen zonder bij name te zijn vermeld, is, onder voorbehoud van tegenbewijs of andersluidend beding, de verzekeringsprestatie verschuldigd aan de nalatenschap van de verzekeringnemer.

Ingevoegd bij W 2012-01-13/07, art. 2, 021; Inwerkingtreding : 05-03-2012

[Art. 111.](#) Vooroverlijden van de aangewezen begunstigde.

Indien de begunstigde overlijdt voor het opeisbaar worden van de verzekeringsprestatie en zelfs indien de begunstigde had aanvaard komt het recht op prestatie aan de verzekeringnemer of aan zijn nalatenschap toe, tenzij hij subsidiair een andere begunstigde heeft aangewezen.

B. HERROEPING VAN DE BEGUNSTIGING.

[Art. 112.](#) Recht van herroeping.

Zolang zij niet door de aangewezen begunstigde is aanvaard, is de verzekeringnemer gerechtigd de begunstiging te herroepen totdat de verzekerde prestaties opeisbaar worden.

De herroeping wordt bewezen overeenkomstig artikel 10.

Het recht van herroeping komt uitsluitend toe aan de verzekeringnemer. Het kan alleen door hem worden uitgeoefend en niet door zijn echtgenoot, wettelijke vertegenwoordigers, schuldeisers en behoudens het geval van artikel 957 van het Burgerlijk Wetboek, door zijn erfgenamen of rechthebbenden.

[Art. 113.](#) Gevolgen van de herroeping.

Herroeping van de begunstiging doet het recht op de verzekerde prestaties vervallen.

C. AFKOOPE EN REDUCTIE.

[Art. 114.](#) Recht van afkoop en reductie.

Het recht van afkoop en het recht van reductie komen toe aan de verzekeringnemer. Die rechten kunnen noch door zijn echtgenoot noch door zijn schuldeisers worden uitgeoefend. De Koning bepaalt de voorwaarden waaronder zij bestaan en kunnen worden uitgeoefend.

Na aanvaarding van de begunstiging is voor de uitoefening van het recht van afkoop de toestemming van de begunstigde vereist.

D. OPNIEUW IN WERKING STELLEN VAN DE OVEREENKOMST.

[Art. 115.](#) Opnieuw in werking stellen.

Bij opzegging van de verzekering wegens niet-betaling van de premie of bij reductie, kan de verzekering weer in werking worden gesteld in de gevallen en onder de voorwaarden door de Koning te bepalen.

E. VOORSCHOT OP DE IN DE OVEREENKOMST VERZEKERDE PRESTATIES.

[Art. 116.](#) Recht van voorschot.

Het recht om van de verzekeraar een voorschot op de verzekerde prestaties te verkrijgen, komt toe aan de verzekeringnemer. Dat recht kan noch door zijn echtgenoot, noch door zijn schuldeisers worden uitgeoefend. De Koning bepaalt de voorwaarden waaronder dat recht bestaat en kan worden uitgeoefend.

Na aanvaarding van de begunstiging is voor de uitoefening van het recht van voorschot de toestemming van de begunstigde vereist.

F. INPANDGEVING VAN DE RECHTEN UIT DE OVEREENKOMST.

[Art. 117.](#) Recht van inpandgeving.

De uit de verzekeringsovereenkomst voortvloeiende rechten kunnen in pand worden gegeven, en wel alleen door de verzekeringnemer, met uitsluiting van zijn echtgenoot en zijn schuldeisers.

In geval van aanvaarding van de begunstiging wordt de inpandgeving afhankelijk gemaakt van de toestemming van de begunstigde.

[Art. 118.](#) Vormvoorschrift.

Inpandgeving van de rechten uit de overeenkomst kan alleen geschieden door middel van een bijvoegsel, getekend door de verzekeringnemer, de pandhoudende schuldeiser en de verzekeraar.

G. OVERDRACHT VAN DE RECHTEN UIT DE OVEREENKOMST.

[Art. 119.](#) Recht van overdracht.

De verzekeringnemer kan de uit de verzekeringsovereenkomst voortvloeiende rechten geheel of ten dele

overdragen. Dat recht van overdracht kan niet worden uitgeoefend door zijn echtgenoot of zijn schuldeisers.

In geval van aanvaarding van de begunstiging wordt de uitoefening van het recht van overdracht afhankelijk gemaakt van de toestemming van de begunstigde.

[Art. 120.](#) Vormvoorschrift.

De overdracht van de uit de overeenkomst voortvloeiende rechten, of van een gedeelte ervan, kan alleen geschieden door middel van een bijvoegsel, getekend door de overdrager, de overnemer en de verzekeraar.

Evenwel kan de verzekeringnemer in de overeenkomst bedingen dat bij zijn overlijden zijn rechten geheel of ten dele zullen overgaan aan een persoon die hij daartoe aanwijst.

[Afdeling V.](#) - Rechten van de begunstigde.

[A.](#) RECHT OP DE VERZEKERINGSPRESTATIES.

[Art. 121.](#) Recht op de verzekeringsprestaties.

De begunstigde heeft door het enkele feit van zijn aanwijzing recht op de verzekeringsprestaties.

Dat recht wordt onherroepelijk door de aanvaarding van de begunstiging, onverminderd de herroeping van de schenkingen overeenkomstig de artikelen 953 tot 958 en 1096 van het Burgerlijk Wetboek en behoudens toepassing van artikel 111.

[B.](#) AANVAARDING VAN DE BEGUNSTIGING.

[Art. 122.](#) Recht van aanvaarding.

De begunstigde kan de begunstiging te allen tijde aanvaarden, ook nadat de verzekeringsprestaties opeisbaar zijn geworden.

Het recht van aanvaarding komt uitsluitend toe aan de begunstigde. Het kan niet worden uitgeoefend door zijn echtgenoot of zijn schuldeisers.

[Art. 123.](#) Vormvoorschrift.

Zolang de verzekeringnemer leeft kan de aanvaarding slechts geschieden door een bijvoegsel bij de polis met de handtekening van de begunstigde, de verzekeringnemer en de verzekeraar.

Na het overlijden van de verzekeringnemer kan de aanvaarding uitdrukkelijk of stilzwijgend geschieden. Ten aanzien van de verzekeraar echter heeft de aanvaarding eerst gevolg nadat hem daarvan schriftelijk kennis is gegeven.

[C.](#) RECHTEN VAN DE ERFGENAMEN VAN DE VERZEKERINGNEMER TEN AANZIEN VAN DE BEGUNSTIGDE.

[Art. 124.](#) Inbreng of inkorting in geval van overlijden van de verzekeringnemer.

(tekst tot wet van 10 12 2012: In geval van overlijden van de verzekeringnemer zijn de premies die hij heeft betaald, niet aan inbreng of inkorting onderworpen, behalve voor zover het betaalde kennelijk buiten verhouding staat tot zijn vermogenstoestand, in welk geval de inbreng of de inkorting het bedrag van de opeisbare prestaties niet mag overschrijden.)

[Nieuwe versie, wet van 10 12 2012 \(publicatie 11 01 2013\)](#)

In geval van overlijden van de verzekeringnemer is de verzekeringsprestatie, overeenkomstig het Burgerlijk Wetboek, onderworpen aan de inkorting en, voor zover de verzekeringnemer dit uitdrukkelijk heeft bedongen, aan de inbreng.

[D.](#) RECHTEN VAN DE SCHULDEISERS VAN DE VERZEKERINGNEMER TEN AANZIEN VAN DE BEGUNSTIGDE.

[Art. 125.](#) Verzekeringsprestaties.

De schuldeisers van de verzekeringnemer hebben geen enkel recht op verzekeringsprestaties die aan de begunstigde verschuldigd zijn.

[Art. 126.](#) Terugbetaling van de premies.

De schuldeisers van de verzekeringnemer kunnen van de begunstigde om niet geen terugbetaling vorderen van de premies behalve voor zover deze kennelijk buiten verhouding staan tot de vermogenstoestand van de verzekeringnemer en voor zover ze betaald zijn met bedrieglijke benadeling van hun rechten in de zin van artikel 1167 van het Burgerlijk Wetboek.

Die terugbetaling mag het bedrag van de aan de begunstigde verschuldigde verzekeringsprestaties niet overschrijden.

[Afdeling VI](#). - Verzekering tussen in gemeenschap van goederen getrouwde echtgenoten.

[Onderafdeling I](#). - Algemene bepalingen.

[Art. 127](#). Verzekeringsprestaties.

De aanspraken ontleend aan de verzekering die een in gemeenschap van goederen getrouwde echtgenoot ten behoeve van de andere of van zichzelf heeft bedongen is een eigen goed van de begunstigde echtgenoot.

[Art. 128](#). Vergoeding van premiebetalingen.

Aan het gemeenschappelijk vermogen is geen vergoeding verschuldigd behalve voor zover de premiebetalingen die ten laste van dat vermogen zijn gedaan, kennelijk de mogelijkheden ervan te boven gaan.

[Onderafdeling II](#). - Gevolgen van echtscheiding of van scheiding van tafel en bed.

[A](#). ECHTSCHEIDING OP GROND VAN BEPAALDE FEITEN.

[Art. 129](#). Rechten van de verzekeringnemer gedurende de echtscheidingsprocedure.

De rechten die aan de verzekeringnemer toekomen krachtens de artikelen 106 tot 120, blijven gedurende de echtscheidingsprocedure behouden, behoudens toepassing van de artikelen 1280 en 1283 van het Gerechtelijk Wetboek.

[Art. 130](#). Recht op verzekeringsprestaties gedurende de echtscheidingsprocedure.

De verzekeringsprestaties die opeisbaar worden gedurende de echtscheidingsprocedure, worden rechtsgeldig betaald aan de als begunstigde aangewezen echtgenoot, behoudens toepassing van de artikelen 1280 en 1283 van het Gerechtelijk Wetboek.

[Art. 131](#). Recht op verzekeringsprestaties die opeisbaar worden na de overschrijving van de echtscheiding.

De verzekeringsprestaties die opeisbaar worden na de overschrijving van de echtscheiding worden rechtsgeldig betaald aan de uit de echt gescheiden echtgenoot die als begunstigde is aangewezen, behoudens toepassing van artikel 299 van het Burgerlijk Wetboek.

[B](#). ECHTSCHEIDING DOOR ONDERLINGE TOESTEMMING.

[Art. 132](#). Rechten van de verzekeringnemer gedurende de proeftijd.

De rechten die krachtens de artikelen 106 tot 120 aan de verzekeringnemer toekomen, blijven gedurende de proeftijd behouden, tenzij de echtgenoten anders hebben bedongen in hun echtscheidingsconvenant, bedoeld in artikel 1287 van het Gerechtelijk Wetboek. De overeenkomst kan slechts aan de verzekeraar worden tegengeworpen nadat hij daarvan op de hoogte werd gesteld.

[Art. 133](#). Recht op verzekeringsprestaties die opeisbaar worden tijdens de proeftijd.

De verzekeringsprestaties die opeisbaar worden tijdens de proeftijd, worden rechtsgeldig betaald aan de als begunstigde aangewezen echtgenoot, tenzij de echtgenoten anders hebben bedongen in hun echtscheidingsconvenant, bedoeld in artikel 1287 van het Gerechtelijk Wetboek, en zij de verzekeraar op de hoogte hebben gebracht van de nieuwe aanwijzing.

[Art. 134](#). Recht op verzekeringsprestaties die opeisbaar worden na de overschrijving van de echtscheiding.

De verzekeringsprestaties die opeisbaar worden na de overschrijving van de echtscheiding, worden rechtsgeldig betaald aan de uit de echt gescheiden echtgenoot die als begunstigde is aangewezen, tenzij de echtgenoten in hun echtscheidingsconvenant, bedoeld in artikel 1287 van het Gerechtelijk Wetboek, anders hebben bedongen en zij de verzekeraar op de hoogte hebben gebracht van de nieuwe aanwijzing.

C. SCHEIDING VAN TAFEL EN BED.Art. 135. Scheiding van tafel en bed.

§ 1. In geval van scheiding van tafel en bed op grond van bepaalde feiten zijn de artikelen 129 tot 131 van toepassing.

§ 2. In geval van scheiding van tafel en bed door onderlinge toestemming zijn de artikelen 132 tot 134 van toepassing.

HOOFDSTUK III. - Persoonsverzekeringsovereenkomsten andere dan levensverzekeringsovereenkomsten.Art. 136. Aard van de dekking.

Persoonsverzekeringen, andere dan levensverzekeringen, strekken tot vergoeding van schade of tot uitkering van een vast bedrag, naargelang partijen bedongen hebben.

Art. 137. Verzekeringen tot uitkering van een vast bedrag, andere dan levensverzekeringen.

De Koning bepaalt in hoever en volgens welke regels de bepalingen van deze wet die betrekking hebben op de levensverzekeringsovereenkomsten ook van toepassing zullen zijn op persoonsverzekeringsovereenkomsten tot uitkering van een vast bedrag, waarbij het zich voordoen van het verzekerde voorval niet uitsluitend afhangt van de menselijke levensduur.

Art. 138. Keuze van de arts.

Voor zijn verzorging kiest de verzekerde vrij zijn arts.

HOOFDSTUK IV. - Ziekteverzekeringsovereenkomsten. <ingevoegd bij W [2007-07-20/35](#), art. 2;

Inwerkingtreding : 01-07-2007; zie ook art. 3>

AFDELING I. - Inleidende bepalingen. <ingevoegd bij W [2007-07-20/35](#), art. 2; Inwerkingtreding : 01-07-2007;

zie ook art. 3>

Art. 138bis-1.<ingevoegd bij W [2007-07-20/35](#), art. 2; Inwerkingtreding : 01-07-2007; zie ook art. 3>

Begripsomschrijvingen.

§ 1. Onder ziekteverzekeringsovereenkomst wordt verstaan :

1° de ziektekostenverzekering die, in geval van ziekte of in geval van ziekte en ongeval, prestaties waarborgt met betrekking tot elke preventieve, curatieve of diagnostische medische behandeling welke noodzakelijk is voor het behoud en/of het herstel van de gezondheid;

2° de arbeidsongeschiktheidsverzekering die, in geval van ziekte of in geval van ziekte en ongeval, de vermindering of verlies van beroepsinkomen ten gevolge van de arbeidsongeschiktheid van een persoon geheel of gedeeltelijk vergoedt;

3° de invaliditeitsverzekering die een prestatie waarborgt in geval van ziekte of in geval van ziekte en ongeval;

4° de niet-verplichte zorgverzekering die in prestaties voorziet in geval van geheel of gedeeltelijk verlies van de zelfredzaamheid.

Vallen buiten deze omschrijving van de ziekteverzekeringsovereenkomst :

a) de tijdelijke reis- en hulpverleningsverzekeringen die de in het eerste lid bedoelde prestaties waarborgen;

b) de wettelijke arbeidsongevallenverzekering en de daarmee verbonden aanvullende ongevallenverzekeringen;

c) de ongevallenverzekeringen;

d) de solidariteitsprestaties die bedoeld worden in artikel 1 van het koninklijk besluit van 14 november 2003 tot vaststelling van de solidariteitsprestaties verbonden met de sociale aanvullende pensioenstelsels;

e) de solidariteitsprestaties die bedoeld worden in artikel 1 van het koninklijk besluit van 15 december 2003 tot vaststelling van de solidariteitsprestaties verbonden met de sociale pensioenovereenkomsten.

§ 2. [¹ Onder beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst wordt verstaan : de ziekteverzekeringsovereenkomst die gesloten is door één of meerdere verzekeringnemers ten behoeve van één of meerdere personen die op het moment van de aansluiting bij de verzekering beroepsmatig met de verzekeringnemer(s) verbonden zijn.]¹

[¹ § 3. Onder hoofdverzekerde wordt verstaan : degene ten behoeve van wie de ziekteverzekeringsovereenkomst wordt afgesloten.]¹

[¹ § 4. Onder bijverzekerden wordt verstaan : de gezinsleden van de hoofdverzekerde die bij de ziekteverzekeringsovereenkomst worden aangesloten.]¹

(1)<W [2009-06-17/05](#), art. 2, 016; Inwerkingtreding : 01-07-2007>

[AFDELING II](#), - [¹ Andere dan beroepsgebonden]¹ ziekteverzekeringsovereenkomsten. <ingevoegd bij W [2007-07-20/35](#), art. 2; Inwerkingtreding : 01-07-2007; zie ook art. 3>

(1)<W [2009-06-17/05](#), art. 3, 016; Inwerkingtreding : 01-07-2007>

[Art. 138bis-2](#).<ingevoegd bij W [2007-07-20/35](#), art. 2; Inwerkingtreding : 01-07-2007; zie ook art. 3>
Toepassingsgebied.

De bepalingen van deze afdeling zijn van toepassing op de [¹ andere dan beroepsgebonden]¹ ziekteverzekeringsovereenkomsten.

Deze bepalingen gelden voor de verzekeringnemer [¹ , de hoofdverzekerde en de bijverzekerden]¹.

(1)<W [2009-06-17/05](#), art. 4, 016; Inwerkingtreding : 01-07-2007>

[Art. 138bis-3](#).<ingevoegd bij W [2007-07-20/35](#), art. 2; Inwerkingtreding : 01-07-2007; zie ook art. 3> Duur van de verzekeringsovereenkomst.

§ 1. Onverminderd de toepassing van de artikelen 6, 7, 11, 14, 15, 16, 17 en 24 en behoudens in geval van bedrog, worden de in artikel 138bis -1, § 1, 1°, 3° en 4°, bedoelde ziekteverzekeringsovereenkomsten voor het leven aangegaan. De in artikel 138bis -1, § 1, 2°, bedoelde ziekteverzekeringsovereenkomsten gelden ten minste tot de leeftijd van 65 jaar of tot een jongere leeftijd, wanneer deze de normale leeftijd is waarop de verzekerde zijn beroepswerkzaamheid volledig en definitief stopzet.

§ 2. Onverminderd de toepassing van artikel 30, § 3, kunnen de overeenkomsten worden aangegaan voor een beperkte duurtijd op uitdrukkelijk verzoek van de [¹ hoofdverzekerde]¹ en indien deze daar belang bij heeft.

§ 3. De bepalingen van dit artikel zijn niet van toepassing op de ziekteverzekeringsovereenkomsten die op bijkomende wijze worden aangeboden bij een hoofdrisico dat niet levenslang is.

(1)<W [2009-06-17/05](#), art. 5, 016; Inwerkingtreding : 01-07-2007>

[Art. 138bis-4](#).¹ § 1. Behoudens wederzijds akkoord van de partijen en op uitsluitend verzoek van de hoofdverzekerde alsmede in de in §§ 2, 3 en 4 vermelde gevallen, kan de verzekeraar de technische grondslagen van de premie en de dekkingsvoorwaarden, na het sluiten van een ziekteverzekeringsovereenkomst niet meer wijzigen.

De wijziging van de technische grondslagen van de premie en/of dekkingsvoorwaarden bij wederzijds akkoord van de partijen, zoals bepaald bij het eerste lid, kan enkel in het belang van de verzekerden gebeuren.

§ 2. De premie, de vrijstelling en de prestatie mogen worden aangepast op de jaarlijkse premievervaldag, op grond van het indexcijfer der consumptieprijzen.

§ 3. De premie, of de vrijstelling en de prestaties mogen worden aangepast op de jaarlijkse premievervaldag, op grond van een of verschillende specifieke indexcijfers aan de kosten van de diensten die gedekt worden door de private ziekteverzekeringsovereenkomsten, indien en voor zover de evolutie van dat of deze het indexcijfer der consumptieprijzen overschrijdt.

De Koning, op gemeenschappelijk voorstel van de ministers tot wier bevoegdheid de verzekeringen en de sociale zaken behoren en na raadpleging van het Federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg (hierna " het Kenniscentrum ") bepaalt de wijze waarop die indexcijfers worden opgebouwd. Hiertoe :

- selecteert Hij een geheel van objectieve en representatieve parameters;
- bepaalt Hij de berekeningswijze van deze parameters :
- bepaalt Hij het respectieve gewicht van deze parameters in het of de indexcijfers.

Deze methode kan worden geëvalueerd door het Kenniscentrum op gemeenschappelijke vraag van de Ministers die bevoegd zijn voor Verzekeringen en de Sociale Zaken.

Op basis van de door de Koning vastgestelde methode gaat de FOD Economie over tot de berekening en publiceert hij de waarde van het of de indexcijfers jaarlijks in het Belgisch Staatsblad op basis van de cijfers die zijn gekend op 30 juni. De publicatie van het resultaat gebeurt ten laatste op 1 september. De wijze van samenwerking tussen het Kenniscentrum en de FOD Economie wordt bepaald door een protocol tussen deze twee instellingen.

De Koning kan de regelmaat van de berekening en bekendmaking van de waarde van het of de indexcijfers verhogen.

De personen en instellingen die beschikken over de gegevens die nodig zijn voor de berekening moeten deze meedelen aan het Kenniscentrum en de FOD Economie als deze instellingen ze vragen.

§ 4. De toepassing van dit artikel laat artikel 21octies van de wet van 9 juli 1975 betreffende de controle der verzekeringsondernemingen onverlet.

§ 5. De premie, de vrijstellingstermijn en de dekkingsvoorwaarden mogen op redelijke en proportionele wijze worden aangepast :

1. aan de wijzigingen in het beroep van de verzekerde wat de niet-verplichte ziektekostenverzekering, de arbeidsongeschiktheidsverzekering, de invaliditeitsverzekering en de zorgverzekering betreft en/of

2. aan de wijzigingen in het inkomen van de verzekerde wat de arbeidsongeschiktheidsverzekering en de invaliditeitsverzekering betreft en/of

3. wanneer deze laatste verandert van statuut in het stelsel van sociale zekerheid wat de ziektekostenverzekering en de arbeidsongeschiktheidsverzekering betreft, voor zover deze wijzigingen een betekenisvolle invloed hebben op het risico en/of de kosten of de omvang van de verleende dekking.¹

(1)<W [2009-06-17/05](#), art. 6, 016; Inwerkingtreding : 01-07-2007>

[Art. 138bis-5](#).<ingevoegd bij W [2007-07-20/35](#), art. 2; Inwerkingtreding : 01-07-2007; zie ook art. 3> Onbetwistbaarheid.

Zodra een termijn van twee jaar verstreken is te rekenen van de inwerkingtreding van de ziekteverzekeringsovereenkomst, kan de verzekeraar zich niet meer beroepen op artikel 7 met betrekking op het onopzettelijk verzwijgen of het onopzettelijk onjuist mededelen van gegevens door de verzekeringnemer of de verzekerde, wanneer deze gegevens betrekking hebben op een ziekte of aandoening waarvan de symptomen zich op het ogenblik van het sluiten van de verzekeringsovereenkomst reeds hadden gemanifesteerd en deze ziekte of aandoening niet gediagnosticeerd werd binnen diezelfde termijn van twee jaar.

De verzekeraar kan zich niet beroepen op een onopzettelijk verzwijgen of onopzettelijk onjuist mededelen van gegevens, wanneer deze gegevens betrekking hebben op een ziekte of aandoening die zich op het ogenblik van het sluiten van de verzekeringsovereenkomst nog op geen enkele wijze had gemanifesteerd.

[Art. 138bis-6](#).<ingevoegd bij W [2007-07-20/35](#), art. 2; Inwerkingtreding : 01-07-2007; zie ook art. 3> Chronisch zieken en personen met een handicap.

[¹ Vanaf 1 juli 2007 tot en met 30 juni 2011, heeft elke kandidaathoofdverzekerde]¹, die chronisch ziek of gehandicapt is en de leeftijd van vijftenzestig jaar niet heeft bereikt, recht op een ziektekostenverzekering, met dien verstande dat de kosten, die verband houden met de ziekte of de handicap welke bestaat op het ogenblik van het sluiten van de verzekeringsovereenkomst, onverminderd artikel 138bis -5 van de dekking mogen worden uitgesloten. De premie moet deze zijn die aangerekend zou worden aan dezelfde persoon indien wij of zij niet chronisch ziek of gehandicapt was.

Onverminderd de toepassing van de artikelen 5 en 95 wat de informatie met betrekking tot de genetische gegevens betreft, wordt aan de verzekeringsovereenkomst een document gehecht dat nauwkeurig de bedoelde ziekte of handicap alsmede de kosten bepaalt die van de dekking uitgesloten zijn of slechts beperkt worden gedekt. De Koning bepaalt het model van het document.

Onverminderd de bevoegdheid van de hoven en rechtbanken worden de geschillen met betrekking tot de kosten die van de dekking uitgesloten zijn of slechts beperkt gedekt worden, eerst voorgelegd aan een door de Koning bij een besluit vastgelegd na overleg in de Ministerraad, opgericht bemiddelingsorgaan.

[¹ De verplichting om een ziektekostenverzekering aan te bieden aan chronisch zieke of gehandicapte kandidaathoofdverzekerden zal uiterlijk op 1 januari 2011 het voorwerp uitmaken van een evaluatie, waaraan het Kenniscentrum, de Beroepsvereniging van de verzekeringsondernemingen (Assuralia) en patiëntenverenigingen zullen deelnemen. De Koning bepaalt voor 1 juli 2011, bij een besluit vastgelegd na overleg in de Ministerraad, of deze verplichting na 30 juni 2011 behouden blijft wanneer de resultaten van de evaluatie aantonen dat er een aangehouden en aanzienlijke vraag bestaat tot het sluiten van de in dit artikel bedoelde ziektekostenverzekering.]¹

(1)<W [2009-06-17/05](#), art. 7, 016; Inwerkingtreding : 01-07-2007>

[Art. 138bis-7](#).<ingevoegd bij W [2007-07-20/35](#), art. 2; Inwerkingtreding : 01-07-2007; zie ook art. 3> § 1. De [¹ hoofdverzekerde]¹ brengt de verzekeraar, schriftelijk of elektronisch op de hoogte van het tijdstip waarop een [¹ bijverzekerde]¹ de verzekeringsovereenkomst verlaat en van diens nieuwe verblijfplaats.

Op basis van deze gegevens doet de verzekeraar de [¹ bijverzekerde]¹ binnen de dertig dagen een verzekeringsaanbod dat in overeenstemming is met de artikelen 138bis -3 en 138bis -4. De verzekeraar informeert de [¹ bijverzekerde]¹ dat het aanbod ook geldt voor de leden van zijn gezin. Hij kan niet inroepen dat het risico reeds verwezenlijkt is.

De [¹ bijverzekerde]¹, beschikt over een termijn van zestig dagen om het verzekeringsaanbod schriftelijk of elektronisch te aanvaarden. Bij het verstrijken van deze termijn vervalt het recht om het aanbod te aanvaarden.

§ 2. De verzekeringsovereenkomst die de [¹ bijverzekerde]¹ heeft aanvaard, gaat in op het tijdstip waarop hij het

voordeel van de vorige verzekering verliest.

(1)<W [2009-06-17/05](#), art. 8, 016; Inwerkingtreding : 01-07-2007>

[AFDELING III.](#) - Individuele voortzetting van een [¹ beroepsgebonden]¹ ziekteverzekeringsovereenkomst.
<ingevoegd bij W [2007-07-20/35](#), art. 2; Inwerkingtreding : 01-07-2007; zie ook art. 3>

(1)<W [2009-06-17/05](#), art. 9, 016; Inwerkingtreding : 01-07-2007>

[Art. 138bis-8.](#)<ingevoegd bij W [2007-07-20/35](#), art. 2; Inwerkingtreding : 01-07-2007; zie ook art. 3>

Toekenningsvoorwaarden.

§ 1. Behalve in geval hij het voordeel van de [¹ beroepsgebonden]¹ ziekteverzekeringsovereenkomst verliest omwille van de bedoelde redenen in de artikelen 6, 7, 14, 16 en 24 en, in het algemeen, in geval van bedrog, heeft elke persoon die bij een [¹ beroepsgebonden]¹ verzekering is aangesloten het recht om deze verzekering individueel geheel of gedeeltelijk voort te zetten wanneer hij het voordeel van de [¹ beroepsgebonden]¹ verzekering verliest, zonder een bijkomend medisch onderzoek te moeten ondergaan noch een nieuwe medische vragenlijst te moeten invullen.

Daartoe moet de hoofdverzekerde gedurende de twee jaren die aan het verlies van de voortgezette [¹ beroepsgebonden]¹ ziekteverzekeringsovereenkomst vooraf gaan, ononderbroken aangesloten geweest zijn bij een of meer opeenvolgende ziekteverzekeringsovereenkomsten die bij een verzekeringsonderneming zoals bedoeld in deze wet waren aangegaan.

§ 2. De verzekeringnemer of, in geval van faillissement of vereffening, de curator respectievelijk de vereffenaar van de verzekeringnemer, brengt de hoofdverzekerde ten laatste dertig dagen na het verlies van het voordeel van de [¹ beroepsgebonden]¹ verzekering schriftelijk of elektronisch op de hoogte van het precieze tijdstip van dit verlies en van de mogelijkheid om de overeenkomst individueel voort te zetten. Daarbij informeert hij de hoofdverzekerde over de termijn waarbinnen deze en, in voorkomend geval, de medeverzekerden het recht op individuele voortzetting kunnen uitoefenen. De verzekeringnemer of, in geval van faillissement of vereffening, de curator respectievelijk de vereffenaar maakt de hoofdverzekerde tegelijkertijd de contactgegevens over van de betrokken verzekeringsonderneming.

De hoofdverzekerde en, in voorkomend geval, de medeverzekerde, beschikken over een termijn van dertig dagen om de verzekeraar schriftelijk of elektronisch kennis te geven van zijn voornemen om de [¹ beroepsgebonden]¹ ziekteverzekeringsovereenkomst geheel of gedeeltelijk individueel voort te zetten. De termijn begint te lopen op de dag van de ontvangst van het schrijven waarin de verzekeringnemer of, in geval van faillissement of vereffening, de curator respectievelijk de vereffenaar van de verzekeringnemer, de hoofdverzekerde schriftelijk of elektronisch ervan in kennis stelt dat hij kan beslissen de [¹ beroepsgebonden]¹ ziekteverzekeringsovereenkomst waarvan hij het voordeel verloren heeft, individueel voort te zetten. [² De hoofdverzekerde en in voorkomend geval de medeverzekerde hebben het recht die termijn met dertig dagen te verlengen, op voorwaarde dat de verzekeraar daarvan schriftelijk of elektronisch in kennis wordt gesteld. Overeenkomstig het eerste lid moet de werkgever hem in kennis stellen van dat recht.]² Deze termijn verstrijkt in elk geval honderdvijf dagen na het verlies van het voordeel van de [¹ beroepsgebonden]¹ ziekteverzekering.

De verzekeraar beschikt over een termijn van vijftien dagen om de hoofdverzekerde en, in voorkomend geval, de medeverzekerde schriftelijk of elektronisch een verzekeringsaanbod te doen dat in overeenstemming is met de artikelen 138bis -3 en 138bis -4. De verzekeraar kan niet invoeren dat het risico reeds verwezenlijkt is.

Tegelijk met het bezorgen van zijn aanbod stelt de verzekeraar de hoofdverzekerde en, in voorkomend geval de medeverzekerde in kennis van de dekkingsvoorwaarden, inzonderheid de gedekte prestaties, de uitsluitingen en de aangiftetermijn. Voorts herinnert hij de hoofdverzekerde en in voorkomend geval de medeverzekerde aan de termijn van dertig dagen waarover hij beschikt om het aanbod schriftelijk dan wel elektronisch te aanvaarden.

De hoofdverzekerde en, in voorkomend geval, de medeverzekerde, beschikken over een termijn van dertig dagen om het verzekeringsaanbod schriftelijk of elektronisch te aanvaarden. Deze termijn begint te lopen op de dag van de ontvangst van het in het derde lid bedoelde aanbod van de verzekeraar. Bij het verstrijken van deze termijn vervalt het recht op individuele voortzetting.

§ 3. Wanneer de medeverzekerde het voordeel van de [¹ beroepsgebonden]¹ verzekering verliest om een andere reden dan het verlies van het voordeel van die verzekering door de hoofdverzekerde, beschikt de medeverzekerde over een termijn van honderdvijf dagen te rekenen van het tijdstip waarop hij voornoemd voordeel verliest om de verzekeraar schriftelijk of elektronisch in kennis te stellen van zijn voornemen om het recht op individuele voortzetting uit te oefenen.

De verzekeraar beschikt over een termijn van vijftien dagen om hem schriftelijk of elektronisch een verzekeringsaanbod te doen dat in overeenstemming is met de artikelen 138bis -3 en 138bis -4. De verzekeraar kan niet inroepen dat het risico reeds verwezenlijkt is.

De medeverzekerde beschikt over een termijn van dertig dagen om het verzekeringsaanbod schriftelijk of elektronisch te aanvaarden. Deze termijn begint te lopen op de dag van de ontvangst van het in het tweede lid bedoelde aanbod van de verzekeraar. Bij het verstrijken van deze termijn vervalt het recht op individuele voortzetting.

§ 4. De verzekeringsovereenkomst, die de verzekerde heeft aanvaard, gaat in op het tijdstip waarop hij het voordeel van de [¹ beroepsgebonden]¹ verzekering verliest.

(1)<W [2009-06-17/05](#), art. 10, 016; Inwerkingtreding : 01-07-2007>

(2)<W [2009-06-17/05](#), art. 11, 016; Inwerkingtreding : 01-07-2007>

[Art. 138bis-9](#).<ingevoegd bij W [2007-07-20/35](#), art. 2; Inwerkingtreding : 01-07-2007; zie ook art. 3> Door de verzekeraar te verstrekken informatie.

§ 1. De verzekeraar licht de verzekeringnemer in over de mogelijkheid voor de verzekerde om individueel een bijkomende premie te betalen. De verzekeringnemer bezorgt die informatie onmiddellijk aan de hoofdverzekerde.

De betaling van die bijkomende premies, mits zij jaar na jaar ononderbroken werden betaald, heeft tot gevolg dat de in artikel 138bis -11 bedoelde premie in geval van individuele voortzetting berekend wordt rekening houdend met de leeftijd waarop de verzekerde de bijkomende premies is beginnen te betalen.

De leeftijd, die in aanmerking komt voor de berekening van de in artikel 138bis -11 bedoelde premie wordt proportioneel opgetrokken in geval van en in functie van de tijdelijke onderbreking van de betaling van de in het tweede lid bedoelde bijkomende premies.

§ 2. Indien de verzekeraar nagelaten heeft de in § 1 opgelegde informatieplicht na te komen, wordt de premie voor de individueel voortgezette ziekteverzekeringsovereenkomst in afwijking van artikel 138bis -11 berekend rekening houdend met de leeftijd van de hoofd- of medeverzekerde op het ogenblik van zijn aansluiting bij de [¹ beroepsgebonden]¹ verzekering. De bewijslast inzake de nakoming van de in § 1 bedoelde informatieplicht berust bij de verzekeraar.

Indien de verzekeringnemer nagelaten heeft de in § 1 bedoelde informatie te bezorgen aan de hoofdverzekerde, is de verzekeringnemer aan de verzekeraar het verschil verschuldigd tussen de premie die berekend wordt op grond van de leeftijd welke bereikt is op het ogenblik van de uitoefening van het recht op individuele voortzetting en de premie die berekend wordt op grond van de leeftijd van de hoofdverzekerde op het ogenblik van zijn aansluiting bij de [¹ beroepsgebonden]¹ verzekering. De premie voor de individueel voortgezette ziekteverzekeringsovereenkomst, die aangerekend wordt aan de hoofdverzekerde, wordt ook in dat geval, in afwijking van artikel 138bis -11, berekend rekening houdend met de leeftijd van de hoofdverzekerde, op het ogenblik van zijn aansluiting bij de [¹ beroepsgebonden]¹ verzekering. De bewijslast inzake het bezorgen van de in § 1 bedoelde informatie berust bij de verzekeringnemer.

(1)<W [2009-06-17/05](#), art. 10, 016; Inwerkingtreding : 01-07-2007>

[Art. 138bis-10](#).<ingevoegd bij W [2007-07-20/35](#), art. 2; Inwerkingtreding : 01-07-2007; zie ook art. 3> Waarborgen.

§ 1. De individueel voortgezette ziekteverzekeringsovereenkomst biedt minstens waarborgen die gelijksoortig zijn met die welke geboden worden door de voortgezette [¹ beroepsgebonden]¹ ziekteverzekeringsovereenkomst.

De waarborgen van de individuele ziektekostenverzekering worden als gelijksoortig beschouwd indien de volgende elementen van de [¹ beroepsgebonden]¹ ziektekostenverzekering worden overgenomen :

1° de keuze van de kamer : het al dan niet geheel of ten dele terugbetalen van de kosten die gedragen zijn in een één-, twee- of meerpersoonskamer;

2° de terugbetalingsformule : het (ten dele) terugbetalen van de werkelijk gedragen kosten, of het vergoeden van de kosten op grond van het RIZIV-terugbetalingsniveau in het raam van de wettelijke ziektekostenverzekering, of het voorzien in een forfaitaire tegemoetkoming;

3° de pre- en posthospitalisatie : het al dan niet ten laste nemen van de ambulante kosten die verband houden met de hospitalisatie en die voorvallen in een welbepaalde termijn vóór of na de hospitalisatie; in de mate dat deze ambulante kosten gedekt zijn, dient de termijn minstens één maand te bedragen vóór de hospitalisatie en drie maanden na de hospitalisatie;

4° de zware ziekten : het al dan niet ten laste nemen van de ambulante kosten die verband houden met zware ziekten.

De waarborgen van de individuele arbeidsongeschiktheidsverzekering worden als gelijksoortig beschouwd indien

deze, net als de [¹ beroepsgebonden]¹ arbeidsongeschiktheidsverzekering, voorzien in de uitkering van eenzelfde percentage van het geleden inkomstenverlies, dan wel in eenzelfde vast bedrag, dat in voorkomend geval beperkt wordt tot het effectief geleden inkomensverlies. De individuele arbeidsongeschiktheidsverzekering, die de [¹ beroepsgebonden]¹ arbeidsongeschiktheidsverzekering voortzet, geldt tot de pensioengerechtigde leeftijd of tot een jongere leeftijd, wanneer deze de normale leeftijd is waarop de verzekerde zijn beroepswerkzaamheid volledig en definitief stopzet.

De waarborgen van de individuele invaliditeitsverzekering worden als gelijksoortig beschouwd indien ze voorzien in de uitkering van eenzelfde vast bedrag dan wel in een vergoeding die berekend wordt op grond van dezelfde parameters als die welke in aanmerking genomen worden in de [¹ beroepsgebonden]¹ invaliditeitsverzekering.

De waarborgen van de individuele zorgverzekering worden als gelijksoortig beschouwd indien ze net als de [¹ beroepsgebonden]¹ zorgverzekering, voorzien in de uitkering van eenzelfde vast bedrag, dan wel in een identieke vergoeding van de kosten die het gevolg zijn van het geheel of gedeeltelijk verlies van de zelfredzaamheid.

§ 2. Onverminderd artikel 138bis -3, § 1, gebeurt de individuele voortzetting van de [¹ beroepsgebonden]¹ ziekteverzekeringsovereenkomst zonder instelling van een nieuwe wachttermijn. De waarborg kan niet worden beperkt en geen bijpremie kan worden opgelegd wegens de evolutie van de gezondheidstoestand van de verzekerde tijdens de duur van de [¹ beroepsgebonden]¹ ziekteverzekeringsovereenkomst.

(1)<W [2009-06-17/05](#), art. 10, 016; Inwerkingtreding : 01-07-2007>

[Art. 138bis-11.](#)<ingevoegd bij W [2007-07-20/35](#), art. 2; Inwerkingtreding : 01-07-2007; zie ook art. 3> Premie.

Bij de berekening van de premie voor de individueel voortgezette ziekteverzekeringsovereenkomst wordt alleen rekening gehouden met :

1° de leeftijd van de verzekerde op het ogenblik van de individuele voortzetting, onverminderd artikel 138bis -9, § 1;

2° de elementen ter beoordeling van het risico, zoals die bestonden en beoordeeld werden op het ogenblik van het toetreden tot de voortgezette [¹ beroepsgebonden]¹ ziekteverzekeringsovereenkomst;

3° het stelsel en het statuut van sociale zekerheid waaraan de verzekerde is onderworpen;

4° wat betreft de ziektekostenverzekering, de invaliditeitsverzekering en de zorgverzekering, alsook het beroep van de verzekerde;

5° wat betreft de arbeidsongeschiktheidsverzekering, het beroep en het beroepsinkomen van de verzekerde;

(1)<W [2009-06-17/05](#), art. 10, 016; Inwerkingtreding : 01-07-2007>

[HOOFDSTUK V.](#) [¹ Nadere bepalingen betreffende sommige verzekeringsovereenkomsten die de terugbetaling van het kapitaal van een krediet waarborgen.]¹

(1)<Ingevoegd bij W [2010-01-21/04](#), art. 2, 017; Inwerkingtreding : onbepaald>

[Art. 138ter-1.](#) [¹ Invoering van een gedragscode en een standaard medische vragenlijst

§ 1. De Commissie voor verzekeringen die is ingesteld bij de wet van 9 juli 1975 betreffende de controle der verzekeringsondernemingen wordt ermee belast binnen zes maanden na de bekendmaking in het Belgisch Staatsblad van de wet van ... tot wijziging van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst wat de schuldsaldoverzekeringen voor personen met een verhoogd gezondheidsrisico betreft, een gedragscode uit te werken, die het volgende bepaalt :

1° in welke gevallen en voor welke soorten krediet of welke verzekerde bedragen een standaard medische vragenlijst moet worden ingevuld;

2° de inhoud van de standaard medische vragenlijst, met dien verstande dat die moet worden bepaald met inachtneming van de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens, alsook van artikel 8 van het Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden van 4 november 1950;

3° op welke wijze de verzekeraars bij hun beslissing over het al dan niet toekennen van de verzekering en het bepalen van de premie rekening houden met de vragenlijst;

4° de gevallen waarin de verzekeraars een bijkomend medisch onderzoek mogen vragen aan de kandidaat-verzekerde, evenals de inhoud van dit onderzoek en het recht op informatie over de resultaten van deze onderzoeken;

5° de termijn waarbinnen de verzekeraars hun beslissing over de aanvraag van de verzekering aan de kandidaat-verzekerde moeten meedelen, met dien verstande dat de totale duur van de behandeling door de kredietinstellingen en de verzekeraars van de aanvraagdossiers voor een woonkrediet niet meer dan vijf weken mag bedragen, te rekenen van de ontvangst van het volledige dossier;

6° op welke wijze de kredietinstellingen ook andere waarborgen dan de schuldsaldoverzekering in overweging nemen bij het verstrekken van een krediet;

7° onder welke voorwaarden de kandidaat-verzekerden een beroep kunnen doen op het in artikel 138ter -6, § 1, bedoelde Opvolgingsbureau voor de tarifiering, indien hen een schuldsaldoverzekering wordt geweigerd;

8° de verplichting voor de verzekeringsmaatschappijen en de kredietinstellingen om de informatie over het bestaan van dit mechanisme van schuldsaldoverzekering voor personen met een verhoogd gezondheidsrisico ruim en op begrijpelijke wijze te verspreiden;

9° de burgerrechtelijke sancties ingeval de regels van de gedragscode niet worden nageleefd.

De gedragscode kan eerst in werking treden na advies van de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

De in het eerste lid, 7°, bedoelde voorwaarden definiëren onder meer na hoeveel door de verzekeringsinstellingen geweigerde aanvragen een kandidaat-verzekerde zich kan wenden tot het Opvolgingsbureau voor de tarifiering, evenals de hoogte van de premies die met een weigering van de aanvraag gelijkgesteld worden.

§ 2. Indien de Commissie voor verzekeringen er niet in slaagt binnen de termijn bedoeld in § 1 de gedragscode uit te werken, stelt de Koning, op gezamenlijk voorstel van de ministers bevoegd voor de Verzekeringen en de Volksgezondheid, na advies van de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer, de gedragscode vast.

§ 3. Bij gebreke van de in § 1 bedoelde gedragscode kan de Koning het gebruik van medische vragenlijsten regelen of verbieden.

De Koning kan vragen die betrekking hebben op de gezondheidstoestand van de verzekerde bepalen, herformuleren of verbieden. Hij kan de draagwijdte van een vraag in de tijd beperken.

De Koning kan het verzekerde bedrag vaststellen waaronder enkel de medische vragenlijst kan worden gebruikt.¹

(1)<Ingevoegd bij W [2010-01-21/04](#), art. 3, 017; Inwerkingtreding : 03-02-2010>

[Art. 138ter-2.](#) ¹ De verzekeraar die aan de verzekeringnemer een premie voorstelt, is er toe gehouden die premie op te splitsen in de basispremie en de bijpremie die om reden van de gezondheidstoestand van de verzekerde wordt aangerekend.

Zo de verzekeraar beslist de verzekering te weigeren of de toekenning ervan uit te stellen, bepaalde risico's van de dekking uit te sluiten of een bijpremie aan te rekenen, stelt hij de kandidaat-verzekeringnemer daarvan duidelijk en uitdrukkelijk per brief in kennis, waarbij hij de redenen motiveert waarop hij zijn beslissingen steunt. In diezelfde brief wordt de kandidaat-verzekeringnemer meegedeeld dat hij, rechtstreeks of via een arts naar keuze, schriftelijk contact kan opnemen met de arts van de verzekeraar, om te vernemen op welke medische gronden de verzekeraar zijn beslissingen heeft gesteund. In zijn brief wijst de verzekeraar op het bestaan van het Opvolgingsbureau voor de tarifiering en van de bemiddelingsinstantie inzake schuldsaldoverzekeringen en vermeldt hij de contactgegevens ervan.

De verzekeraar deelt mee of de voorgestelde premie in aanmerking komt voor de toepassing van het solidariteitsmechanisme door de Compensatiekas, bedoeld in artikel 138ter -9.¹

(1)<Ingevoegd bij W [2010-01-21/04](#), art. 4, 017; Inwerkingtreding : onbepaald>

[Art. 138ter-3.](#) ¹ De verzekeringnemer die niet akkoord gaat met de voorgestelde premie brengt hiervan de verzekeraar op de hoogte. De verzekeraar zendt onverwijld het hele dossier over aan de herverzekeraar met het verzoek het opnieuw te beoordelen.

De herverzekeraar beslist alleen op grond van het toegezonden dossier. Elk rechtstreeks contact tussen enerzijds de herverzekeraar en anderzijds de verzekeringnemer, de verzekerde of de behandelende geneesheer is verboden.¹

(1)<Ingevoegd bij W [2010-01-21/04](#), art. 5, 017; Inwerkingtreding : onbepaald>

[Art. 138ter-4.](#) ¹ Wanneer de herverzekeraar tot een bijpremie besluit die lager is dan de oorspronkelijk door de verzekeraar voorgestelde bijpremie, past de verzekeraar in die zin zijn voorstel aan.

In het tegengestelde geval bevestigt de verzekeraar zijn oorspronkelijk aanbod.¹

(1)<Ingevoegd bij W [2010-01-21/04](#), art. 6, 017; Inwerkingtreding : onbepaald>

[Art. 138ter-5.](#) ¹ De termijn tussen de oorspronkelijke verzekeringsaanvraag en het meedelen van de beslissing mag vijftien dagen niet te boven gaan. Een nieuwe termijn van vijftien dagen loopt vanaf het ogenblik waarop de verzekeraar kennisneemt van de in artikel 138ter -3 bedoelde weigering.¹

(1)<Ingevoegd bij W [2010-01-21/04](#), art. 7, 017; Inwerkingtreding : onbepaald>

[Art. 138ter-6.](#) [¹ § 1. De Koning richt een Opvolgingsbureau voor de tarifiering op dat tot taak heeft op verzoek van de meest gerede partij de voorstellen tot bijpremie te onderzoeken.

§ 2. Het Opvolgingsbureau voor de tarifiering is samengesteld uit twee leden die de verzekeringsondernemingen vertegenwoordigen, een lid dat de consumenten vertegenwoordigt en een lid dat de patiënten vertegenwoordigt. De leden worden door de Koning benoemd voor een termijn van zes jaar.

Zij worden gekozen uit een dubbele lijst die wordt voorgesteld door de beroepsverenigingen van de verzekeringsondernemingen en de verenigingen die de belangen van de consumenten en de patiënten vertegenwoordigen.

Het Opvolgingsbureau wordt voorgezeten door een onafhankelijk magistraat, die door de Koning wordt benoemd voor een termijn van zes jaar.

De Koning bepaalt de vergoedingen waarop de voorzitter en de leden van het Opvolgingsbureau recht hebben, alsook de vergoeding van de deskundigen.

De Koning wijst eveneens voor ieder lid een plaatsvervanger aan. De plaatsvervangers worden op dezelfde manier gekozen als de effectieve leden.

De Ministers bevoegd voor Verzekeringen en Volksgezondheid kunnen een waarnemer in het Opvolgingsbureau afvaardigen.

Het Opvolgingsbureau kan zich laten bijstaan door deskundigen, die evenwel geen stemrecht hebben.

§ 3. Het Opvolgingsbureau gaat na of de voorgestelde bijpremie medisch en verzekeringstechnisch objectief en redelijk verantwoord is.

Het kan rechtstreeks worden aangezocht door de kandidaat-verzekeringnemer, de Ombudsman van de verzekeringen of een van de leden van het Opvolgingsbureau.

Het doet binnen een tijdspanne van vijftien werkdagen te rekenen van de ontvangst van het dossier, een bindend voorstel.]¹

(1)<Ingevoegd bij W [2010-01-21/04](#), art. 8, 017; Inwerkingtreding : onbepaald>

[Art. 138ter-7.](#) [¹ De Commissie voor verzekeringen is ermee belast de toepassing van de bepalingen van dit hoofdstuk te evalueren. Met dat doel bezorgt zij tweejaarlijks een verslag aan de Koning en aan de Kamer van volksvertegenwoordigers. Zij kan de door haar aangestelde deskundigen bij haar werkzaamheden betrekken.

Dit verslag gaat vergezeld van een door het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg verrichte studie, waarin wordt beoordeeld of de tarieven die de verzekeraars hanteren afgestemd zijn op de evolutie van de geneeskundige technieken en van de gezondheidszorg aangaande de belangrijkste betrokken ziektebeelden.]¹

(1)<Ingevoegd bij W [2010-01-21/04](#), art. 9, 017; Inwerkingtreding : onbepaald>

[Art. 138ter-8.](#) [¹ Toegang tot verzekeringen onder de door het Opvolgingsbureau voor de tarifiering voorgestelde voorwaarden.

§ 1. Het Opvolgingsbureau voor de tarifiering bepaalt onder welke voorwaarden en premies de kandidaat-verzekeringnemer toegang heeft tot een levensverzekering, desgevallend invaliditeitsverzekering, die een hypothecair krediet, consumentenkrediet of professioneel krediet waarborgt.

Het Opvolgingsbureau herziet om de twee jaar zijn toegangsvoorwaarden en premies rekening houdend met de meest recente wetenschappelijke gegevens inzake de evolutie van de risico's op overlijden, desgevallend invaliditeit, en de kans op een verslechtering van de gezondheid van personen met een verhoogd risico ingevolge hun gezondheidstoestand.

§ 2. De verzekeraar die de kandidaat-verzekeringnemer weigert of die een premie of een vrijstelling voorstelt die hoger ligt dan die welke van toepassing is krachtens de tariefvoorwaarden die het Opvolgingsbureau voor de tarifiering heeft voorgesteld informeert de kandidaat-verzekeringnemer op eigen initiatief over de toegangsvoorwaarden en tarieven die het Bureau heeft voorgesteld en deelt hem mee dat hij zich eventueel kan wenden tot een andere verzekeraar.

De verzekeraar deelt schriftelijk en op duidelijke, uitdrukkelijke en ondubbelzinnige wijze mee om welke redenen de verzekering geweigerd wordt of waarom een bijpremie of verhoogde vrijstelling wordt voorgesteld en hoe deze precies zijn samengesteld.]¹

(1)<Ingevoegd bij W [2010-01-21/04](#), art. 10, 017; Inwerkingtreding : onbepaald>

[Art. 138ter-9.](#) [¹ § 1. De Koning erkent, onder de voorwaarden die Hij bepaalt, een Compensatiekas die tot taak heeft de last van de bijpremies te verdelen.

§ 2. De Koning keurt de statuten goed en regelt de controle op de activiteit van de Compensatiekas. Hij wijst de handelingen aan die in het Belgisch Staatsblad moeten worden bekendgemaakt. Zo nodig stelt Hij de Compensatiekas in.

§ 3. De verzekeraars die levensverzekeringen als waarborg voor kredieten aanbieden, alsook de hypothecaire kredietgevers, zijn hoofdelijk gehouden aan de Compensatiekas de stortingen te doen die nodig zijn voor het volbrengen van haar opdracht en om haar werkingskosten te dragen.

Indien de kas door de Koning is ingesteld, legt een koninklijk besluit jaarlijks de regels vast voor het berekenen van de stortingen die door de verzekeraars en de hypothecaire kredietgevers moeten worden gedaan.

§ 4. De erkenning wordt ingetrokken indien de Compensatiekas niet handelt overeenkomstig de wetten, verordeningen of haar statuten.

In dat geval kan de Koning alle passende maatregelen nemen tot vrijwaring van de rechten van de verzekeringnemers, de verzekerden en de benadeelden.

Zolang de vereffening duurt, blijft de Compensatiekas aan de controle onderworpen.

Voor deze vereffening benoemt de Koning een bijzonder vereffenaar.]¹

(1)<Ingevoegd bij W [2010-01-21/04](#), art. 11, 017; Inwerkingtreding : onbepaald>

[Art. 138ter-10.](#) [¹ Bemiddelingsorgaan inzake schuldsaldoverzekeringen

Onverminderd de bevoegdheid van de hoven en rechtbanken worden de geschillen met betrekking tot de toepassing van de in artikel 138ter -1 bedoelde gedragscode, eerst voorgelegd aan het bemiddelingsorgaan bedoeld in artikel 138bis -6, derde lid. Indien de Koning geen gebruik maakt van de mogelijkheid het recht op een ziektekostenverzekering te verlengen als bedoeld in het laatste lid van artikel 138bis -6, blijft het bemiddelingsorgaan bestaan voor de geschillen inzake schuldsaldoverzekeringen.]¹

(1)<Ingevoegd bij W [2010-01-21/04](#), art. 12, 017; Inwerkingtreding : onbepaald>

[Art. 138ter-11.](#) [¹ De verzekeraar die een bijpremie aanreket die meer dan 200 % van de basispremie bedraagt, is ertoe gehouden de gestandaardiseerde waarborg aan te bieden aan de verzekeringnemer.

Deze gestandaardiseerde waarborg bedraagt maximaal 200 000 euro indien de kandidaat-verzekerde het hypothecaire krediet alleen aangaat. Indien er een mede-kredietnemer is, kan de kandidaat-verzekerde zich verzekeren tot hetzelfde bedrag, maar beperkt tot 50 % van het ontleend kapitaal.

De Koning kan het in dit artikel vermelde bedrag aanpassen om rekening te houden met de prijzevolutie.]¹

(1)<Ingevoegd bij W [2010-01-21/04](#), art. 13, 017; Inwerkingtreding : onbepaald>

[Art. 138ter-12.](#) [¹ De verzekeraar die een bijpremie aanreket die hoger ligt dan een in een percentage van de basispremie uitgedrukte drempel, is ertoe gehouden de tussenkomst van de compensatiekas te vragen.

De Compensatiekas is ertoe gehouden het deel van de bijpremie te betalen dat deze drempel overschrijdt, zonder dat de bijpremie echter hoger mag liggen dan een in een percentage van de basispremie uitgedrukt maximumbedrag.

De basispremie is gelijkgesteld met de laagste premie die de verzekeringsonderneming aanbiedt voor een persoon van dezelfde leeftijd.

De Koning bepaalt die drempel en dat maximumbedrag zodat ze beantwoorden aan een noodzakelijke solidariteit ten aanzien van de betrokken verzekeringnemers, zonder dat die drempel echter hoger mag liggen dan 200 % van de basispremie. De in artikel 138ter -7 bedoelde evaluatie zal ook daarover rapporteren.

Op vraag van de Compensatiekas bezorgt de verzekeraar een afschrift van het verzekeringsdossier. Hij verstrekt in voorkomend geval de nodige uitleg.]¹

(1)<Ingevoegd bij W [2010-01-21/04](#), art. 14, 017; Inwerkingtreding : onbepaald>

[Art. 138ter-13.](#) [¹ De artikelen 138ter -1 tot 138ter -12 zijn van toepassing op de verzekeringsovereenkomsten die de terugbetaling waarborgen van het kapitaal van een hypothecair krediet dat wordt aangegaan voor de verbouwing of verwerving van de eigen en enige gezinswoning van de verzekeringnemer.

De Koning kan het toepassingsgebied van die artikelen uitbreiden tot andere verzekeringsovereenkomsten die de terugbetaling van het kapitaal van een krediet waarborgen.]¹

(1)<Ingevoegd bij W [2010-01-21/04](#), art. 15, 017; Inwerkingtreding : onbepaald>

TITEL IV. - Slotbepalingen.Art. 139. Strafbepalingen.

§ 1. Met gevangenisstraf van een maand tot vijf jaar en met geldboete van 1.000 tot 10.000 F of met een van die straffen alleen worden gestraft :

1° zij die als verzekeraar of lasthebber van een verzekeraar overeenkomsten pogen te sluiten of sluiten die nietig zijn op grond van de artikelen 43, 51 of 96;

2° zij die als agent, makelaar of tussenpersoon bij het sluiten van zulke overeenkomsten bemiddelen.

[¹ 3° zij die als verzekeraar of lasthebber van een verzekeraar de gedragscode bepaald in artikel 138ter -1 of de ervoor in de plaats komende wettelijke regeling bedoeld in artikelen 138ter -2 tot 138ter -6 niet naleven. Het niet naleven van de gedragscode door een verzekeraar of zijn aangestelde wordt beschouwd als een daad die strijdig is met de eerlijke gebruiken in de zin van Hoofdstuk VII, Afdeling 4 van de wet van 14 juli 1991 betreffende de handelspraktijken en de voorlichting en bescherming van de consument. Deze inbreuken worden opgespoord, vastgesteld en vervolgd in overeenstemming met de regels bepaald in de wetgeving op de handelspraktijken. De regels bepaald in deze wetgeving over de waarschuwingsprocedures, de minnelijke schikking en vordering tot staking zijn eveneens van toepassing.]¹

§ 2. Alle bepalingen van boek 1 van het Strafwetboek, hoofdstuk VII en artikel 85 niet uitgezonderd, zijn van toepassing op de in § 1 bedoelde inbreuken.

§ 3. De ondernemingen zijn burgerrechtelijk aansprakelijk voor de geldboeten waartoe hun bestuurders, directeurs, zaakvoerders of lasthebbers met toepassing van § 1 zijn veroordeeld.

(1)<W [2010-01-21/04](#), art. 16, 017; Inwerkingtreding : onbepaald>

Art. 140.[¹ Toezicht op de naleving van de wet

De Commissie voor het Bank-, Financie- en Assurantiewezen, bedoeld in artikel 44 van de wet van 2 augustus 2002 betreffende het toezicht op de financiële sector en de financiële diensten, wordt belast met het toezicht op de naleving van de bepalingen van deze wet en haar uitvoeringsbesluiten.

In afwijking van het vorige lid wordt de Controledienst voor de ziekenfondsen, bedoeld in artikel 49 van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen belast met het toezicht op de naleving van de bepalingen van deze wet en haar uitvoeringsbesluiten op de maatschappijen van onderlinge bijstand, zoals bedoeld in artikel 43bis, § 5, en 70, §§ 6, 7 en 8, van de wet 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen.

De Commissie voor het Bank-, Financie- en Assurantiewezen en de Controledienst voor de ziekenfondsen sluiten een samenwerkingsovereenkomst. De samenwerkingsovereenkomst regelt onder meer de uitwisseling van informatie en de eenvormige toepassing van de wet.]¹

(1)<W [2010-04-26/07](#), art. 42, 018; Inwerkingtreding : 01-01-2010>

Art. 141. Uitvoeringsbesluiten.

[² De koninklijke besluiten ter uitvoering van deze wet worden genomen op gezamenlijke voordracht van de Minister van Justitie en van de Minister die de verzekeringen in zijn bevoegdheid heeft.]²

Evenwel worden de koninklijke besluiten ter uitvoering van de artikelen 8, 44, 96, 104, 114 tot 116 en 137 genomen op voordracht van de Minister van Economische Zaken alleen.

[¹ De koninklijke besluiten ter uitvoering van de artikelen 138ter -1 tot 138ter -13 worden genomen op gezamenlijk voorstel van de Ministers bevoegd voor Verzekeringen en Volksgezondheid.]¹

[³ Evenwel worden de koninklijke besluiten ter uitvoering van artikel 2, § 3 van deze wet, vastgesteld na overleg in de Ministerraad, genomen op gezamenlijke voordracht van de Minister van Justitie, de Minister die de verzekeringen in zijn bevoegdheid heeft en de Minister van Sociale Zaken.]³

(1)<W [2010-01-21/04](#), art. 17, 017; Inwerkingtreding : onbepaald>

(2)<W [2010-04-26/07](#), art. 43, 018; Inwerkingtreding : 01-01-2010>

(3)<W [2010-04-26/07](#), art. 44, 018; Inwerkingtreding : 01-03-2010>

Art. 142. Wijziging van titel X van boek I van het Wetboek van Koophandel.

Artikel 3 van titel X van boek I van het Wetboek van Koophandel wordt aangevuld met het volgende lid :

"Zij zijn niet van toepassing op de verzekeringen die onder de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst vallen".

[Art. 143.](#) Wijziging van titel VI van boek II van het Wetboek van Koophandel.

In het laatste zinsdeel van artikel 191 van titel VI van boek II van het Wetboek van Koophandel, worden de woorden "van boek I die betrekking hebben op de levensverzekering" vervangen door de woorden "van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst, in zoverre zij betrekking heeft op de persoonsverzekeringen".

[Art. 144.](#) Wijziging van titel X van boek II van het Wetboek van Koophandel.

In het laatste zinsdeel van artikel 276 van titel X van boek II van het Wetboek van Koophandel, worden de woorden "van het boek I die betrekking hebben op de levensverzekering" vervangen door de woorden "van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst, in zoverre zij betrekking heeft op de persoonsverzekeringen".

[Art. 145.](#) Wijziging van de hypotheekwet van 16 december 1851.

Artikel 10 van de wet van 16 december 1851 tot herziening van de rechtsregeling der hypotheeken worden vervangen door de volgende bepaling :

"Artikel 10. Onder voorbehoud van artikel 58 van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst, wordt elke vergoeding die door derden verschuldigd is wegens het tenietgaan, de beschadiging of het waardeverlies van het mer voorrecht of hypotheek bezwaarde goed, aangewend voor de betaling van de bevoorrechte of hypothecaire schuldvorderingen, ieder volgens haar rang, indien de derden de vergoeding niet gebruiken voor de herstelling van dit goed."

[Art. 146.](#) Wijziging van de wet van 9 juli 1975 betreffende de controle der verzekeringsondernemingen.

In artikel 11 van de wet van 9 juli 1975 betreffende de controle der verzekeringsondernemingen wordt de volgende bepaling ingelast voor het eerste lid :

"De onderlinge verzekeringsverenigingen hebben rechtspersoonlijkheid. Deze is verkregen vanaf de dag waarop hun statuten worden bekendgemaakt op de hierna beschreven wijze".

[Art. 147.](#) Opheffingsbepalingen.

1° <Opheffingsbepaling van Titel XI van boek I van de W 1874-06-11/01>

2° <Opheffingsbepaling van de W 1906-12-26/30>

3° <Opheffingsbepaling van art. 20, 9° van de W 1851-12-16/01>

[Art. 148.](#) Overgangsbepalingen.

§ 1. De bepalingen van deze wet zijn op de verzekeringsovereenkomsten die aangegaan zijn voor de inwerkingtreding van die bepalingen, eerst van toepassing vanaf de dag van de wijziging, de vernieuwing, de verlenging of de omzetting van de overeenkomst.

§ 2. De in § 1 bedoelde overeenkomsten die niet gewijzigd, vernieuwd, verlengd of omgezet zijn, vallen onder deze wet vanaf de eerste dag van de vijftentwintigste maand volgend op die waarin de wet is bekendgemaakt.

§ 3. De bepalingen van deze wet zijn op de lopende levensverzekeringsovereenkomsten van toepassing vanaf de inwerkingtreding van de wet.

§ 4. Artikel 30 van deze wet wordt toegepast op de bestaande overeenkomsten vanaf zijn inwerkingtreding. De wijzigingen die voortvloeien uit de aanpassing van de bestaande overeenkomsten aan deze wet, kunnen de opzegging van de overeenkomst niet rechtvaardigen.

[Art. 149.](#) Inwerkingtreding.

De Koning bepaalt voor elk artikel van deze wet de dag waarop het in werking treedt

Voor de meest recente versie van deze wetgeving

Raadpleeg het internet: Justel – geconsolideerde wetgeving

<http://www.ejustice.just.fgov.be/wet/wet.htm>

Wet op de landsverzekeringsovereenkomst

DE VERZEKERINGSWET VAN 11 JUNI 1874

Titel X van het Wetboek van Koophandel

Verzekeringen in het algemeen

Hoofdstuk 1 Algemene bepalingen

artikel 1

De verzekering is een contract waarbij de verzekeraar zich, tegen betaling van een premie, verbindt de verzekerde schadeloos te stellen wegens het verlies of de schade door deze geleden ten gevolge van zekere onvoorzienbare gebeurtenissen of gevallen van overmacht.

Een verwacht voordeel kan worden verzekerd in de bij de wet bepaalde gevallen.

artikel 2

De verenigingen van onderlinge verzekeringen worden beheerst door hun reglementen, door de algemene beginselen van het recht en door de bepalingen van deze titel, in zoverre zij niet strijdig zijn met dat soort van verzekeringen.

Zij worden in rechten vertegenwoordigd door hun bestuurders.

artikel 3

De bepalingen van deze Titel, voor zover daarvan door bijzondere artikelen niet wordt afgeweken, zijn van toepassing op de zeeverzekeringen, alsmede op de verzekeringen betreffende het vervoer te land, op de rivieren en vaarten.

Hoofdstuk II - Personen die een verzekering kunnen aangaan

artikel 4

Een zaak kan worden verzekerd door elke persoon die bij het behoud van die zaak belang heeft wegens een recht van eigendom of een ander zakelijk recht, of wegens de verantwoordelijkheid waartoe hij betreffende de verzekerde zaak gehouden is.

artikel 5

De verzekering kan worden aangegaan voor rekening van een ander, krachtens een algemene of bijzondere lastgeving, of zelfs zonder lastgeving.

In laatstbedoeld geval worden de gevolgen ervan geregeld door de bepalingen betreffende de zaakwaarneming.

Wanneer uit de verzekering niet blijkt dat zij voor een derde werd gesloten, wordt de verzekerde geacht ze voor zichzelf te hebben aangegaan.

artikel 6

Een schuldeiser kan de goedgeheid van zijn schuldenaar laten verzekeren; de verzekeraar kan zich beroepen op het voorrecht van uitwinning, behoudens daarmee strijdige overeenkomst.

De beslagleggende of de pandhoudende schuldeisers, alsook de bevoorrechte en hypothecaire schuldeisers, kunnen in eigen naam de voor de betaling van hun schuldvorderingen verbonden goederen laten verzekeren.

In dit geval komt wegens het schadegeval verschuldigde vergoeding van rechtswege te hunnen opzichte, in de plaats van de verzekerde goederen, die hun pand uitmaakten.

artikel 8

De bepalingen van de vorige twee artikelen hebben slechts gevolg in zover de schuldeisers bij de rangschikking of bij de verdeling in nuttige rang zou geplaatst zijn, indien het verlies van de in beslag genomen, in pand gegeven, met hypotheek bezwaarde of aan voorrecht onderworpen zaken niet had plaats gehad.

Hoofdstuk III - Verplichtingen van de verzekeraar en van de verzekerde

artikel 9

Elke verzwijging, elke valse verklaring vanwege de verzekerde; hoewel zij zonder kwade trouw geschied zijn, maakt de verzekering nietig, wanneer zij de waardering van het gevaar verminderen of het voorwerp ervan veranderen derwijze dat de verzekeraar, indien hij daarvan kennis had gehad, de overeenkomst niet onder dezelfde voorwaarden zou hebben aangegaan.

artikel 10

In al de gevallen waarin de verzekeringsovereenkomst geheel of gedeeltelijk vernietigd wordt, moet de verzekeraar, wanneer de verzekerde te goede trouw heeft gehandeld, de premies teruggeven, hetzij geheel, hetzij voor het gedeelte waarvoor hij geen risico heeft gelopen.

De goede trouw kan niet worden ingeroepen in het geval van § 1 van artikel 12.

artikel 11

Wanneer de overeenkomst vernietigd wordt uit oorzaak van arglist, bedrog of kwade trouw, behoudt de verzekeraar de premie voor zich, onverminderd de publieke vordering, indien daartoe grond bestaat.

artikel 12

De verzekerde zaken, wier gehele waarde door een eerste verzekering gedekt is, kunnen niet het voorwerp uitmaken van een tweede verzekering tegen dezelfde risico's ten voordele van dezelfde persoon.

Wanneer de gehele waarde niet verzekerd is door de eerste overeenkomst, staan de verzekeraars, die de volgende overeenkomsten hebben getekend, voor het overige in, naar de volgorde van de dagtekening der overeenkomsten.

Al de verzekeringen, die dezelfde dag zijn aangegaan, worden geacht tegelijkertijd te zijn aangesloten.

artikel 13

Het geheel of gedeeltelijk verlies wordt omgeslagen over de onderscheidene verzekeringen van dezelfde dagtekening, naar evenredigheid van de bedragen, die door elk hunner verzekerd zijn, en over de onderscheidene verzekeringen van verschillende dagtekening, naar evenredigheid van de waarde waarvoor elk hunner moet instaan.

artikel 14

De elkaar opvolgende verzekeringen van dezelfde waarden, tegen dezelfde risico's en ten voordele van dezelfde personen, hebben nochtans hun gevolg:

1 Wanneer zij geschieden met de toestemming van ieder der verzekeraars; het verlies wordt, in dit geval, omgeslagen alsof beide verzekeringen tegelijkertijd werden aangegaan;

2 Wanneer de verzekerde de eerste verzekeraar ontslaat van elke verbintenis voor de toekomst, onverminderd zijn eigen verbintenissen.

De afstand moet, in laatstbedoeld geval, worden betekend aan de verzekeraar, en daarvan wordt melding gemaakt in de nieuwe polis, op straffe van nietigheid.

artikel 15

De verzekerde kan de premie van de verzekering laten verzekeren.

artikel 16

Generlei verlies of schade, veroorzaakt door de daad of door de grove schuld van de verzekerde, komt ten laste van de verzekeraar; deze kan zelfs de premie behouden of eisen, indien het risico voor hem reeds heeft begonnen te lopen.

artikel 17

In elke verzekering moet de verzekerde alle naarstigheid in het werk stellen teneinde de schade te voorkomen of te verminderen:

dadelijk nadat de schade ontstaan is, moet hij daarvan kennis geven aan de verzekeraar, een en ander op straffe van schadevergoeding indien daartoe grond bestaat.

De onkosten, door de verzekerde gemaakt om de schade te verminderen, komen ten laste van de verzekeraar, ook wanneer het bedrag van die onkosten, gevoegd bij het bedrag van de schade, de verzekerde som te boven gaat en de aangewende pogingen zonder uitslag mochten gebleven zijn.

Niettemin kunnen de rechtbanken en de scheidsmannen, wanneer partijen zich tot hen hebben gericht, die onkosten verminderen of zelfs weigeren ze toe te kennen, indien zij oordelen dat zij hetzij geheel, hetzij gedeeltelijk, op onbedachtzaam werden gemaakt.

artikel 18

De verzekeraar is niet verantwoordelijk voor het verlies en de schade die onmiddellijk volgen uit het eigen gebrek van de zaak, tenzij het tegendeel bedongen is.

artikel 19

De verzekering bevat niet de oorlogsrisico's, noch het verlies of de schade veroorzaakt door oproer, tenzij het tegendeel bedongen is.

artikel 20

In elke verzekering wordt, bij schadegeval, de vergoeding geregeld naar de waarde die de zaak had ten tijde van het schadegeval.

Wanneer de verzekerde waarde vooraf geschat werd door deskundigen, aangaande welke partijen overeengekomen waren, kan de verzekeraar deze schatting niet betwisten, tenzij in geval van bedrog.

De waarde van de zaak kan worden bepaald door alle rechtsmiddelen. De rechter kan zelfs, ingeval de bewijzen ontoereikend zijn, ambtshalve de eed opgedragen aan de verzekerde.

artikel 21

Telkens wanneer de verzekering slechts een gedeelte van de waarde van de zaak dekt, wordt de verzekeraar voor het overige van de waarde beschouwd, tenzij het tegendeel bedongen is.

artikel 22

De verzekeraar, die de schade betaald heeft, treedt in al de rechten van de verzekerde tegenover derden uit hoofde van deze schade, en de verzekerde is verantwoordelijk wegens elke daad die mocht afbreuk doen aan de rechten van de verzekeraar tegenover derden;

In de bij de tweede alinea van artikel 6 geoorloofde verzekeringen, treedt de verzekeraar, die de vergoeding betaald heeft, in de rechtsvordering van de schuldeiser tegen de schuldenaar.

De indeplaatsstelling kan, in geen geval, tot nadeel strekken van de verzekerde die slechts gedeeltelijk schadeloos gesteld is; deze kan zijn rechten voor het overige uitoefenen en behoudt te dien opzichte de voorkeur boven de verzekeraar, overeenkomstig artikel 1252 van het Burgerlijk Wetboek.

artikel 23

De verzekeraar heeft een voorrecht op de verzekerde zaak. Dit voorrecht is vrij van elke inschrijving. Het komt in rang onmiddellijk na de rang van de gerechtskosten.

Het geldt slechts voor een bedrag dat gelijk staat met twee jaarpremies, welke de wijze van betaling van de premie ook weze.

artikel 24

De verzekeraar kan steeds het voorwerp van de verzekering laten herverzekeren.

Hoofdstuk IV - Bewijs van de overeenkomst**artikel 25**

De overeenkomst van verzekering moet door geschrift worden bewezen, welke de waarde van het voorwerp der overeenkomst ook zij.

Niettemin kan het bewijs door getuigen worden toegelaten, wanneer een begin van bewijs door geschrift bestaat.

artikel 26

Dezelfde polis mag verschillende verzekeringen bevatten, hetzij wegens de verzekerde zaken, hetzij wegens het bedrag van de premie, hetzij wegens de verschillende verzekeraars.

artikel 27

De verzekeringspolis vermeldt:

- 1 De datum waarop de verzekering is aangegaan;
- 2 De naam van de persoon die laat verzekeren voor zijn rekening of voor rekening van een ander;
- 3) De risico's welke de verzekeraar op zich neemt en de tijdstippen waarop de risico's moeten aanvangen en een einde nemen.

Hoofdstuk V - Enige gevallen van ontbinding van de overeenkomst**artikel 28**

De verzekering kan geen gevolg hebben wanneer de verzekerde zaak niet aan het risico is blootgesteld geweest of wanneer de schade reeds bestond ten tijde van het sluiten van de overeenkomst.

artikel 29

Indien de verzekeraar failliet gaat wanneer het risico nog geen einde genomen heeft, kan de verzekerde vorderen dat een borg wordt gesteld, of dat, bij gebreke van een borg, de overeenkomst ontbonden wordt. De verzekeraar heeft hetzelfde recht ingeval de verzekerde failliet gaat.

artikel 30

Bij vervreemding van de verzekerde zaak strekt de verzekering van rechtswege, tenzij het tegendeel is bedongen tot voordeel van de nieuwe eigenaar, ten aanzien van al de risico's waarvoor de premie betaald was ten tijde van de vervreemding.

Evenzo strekt zij tot voordeel van de nieuwe eigenaar, tenzij het tegendeel in de polis werd bedongen, wanneer hij in de rechten en verplichtingen van de voorgaande eigenaar jegens de verzekeraars is getreden of wanneer bij onderlinge toestemming van de verzekeraar en de nieuwe eigenaar, de verzekeringsovereenkomst verder wordt uitgevoerd.

artikel 31

De verplichtingen van de verzekeraar nemen een einde wanneer een daad van de verzekerde risico's door het veranderen van een wezenlijke omstandigheid wijzigt of die risico's verzwaaert derwijze dat, indien de nieuwe staat van zaken ten tijde van de overeenkomst had bestaan, de verzekeraar de verzekering niet zou hebben toegestemd.

Deze bepaling kan niet worden ingeroepen door de verzekeraar die, nadat hij van de aan de risico's toegebrachte wijzigingen kennis heeft gekregen, niettemin is voortgegaan met de uitvoering van de overeenkomst.

Hoofdstuk VI - Verjaring**artikel 32**

Een rechtsvordering, die uit een verzekeringspolis ontstaat, is verjaard na verloop van drie jaar, te rekenen van de gebeurtenis die ertoe aanleiding geeft.

In geval van regresvordering van de verzekerde tegen de verzekeraar, loopt de termijn evenwel eerst vanaf de gerechtelijke eis van het slachtoffer, onverschillig of het gaat om een oorspronkelijke eis tot schadeloosstelling dan wel om een latere eis als gevolg van verergering van de schade of het optreden van nieuwe schade.

**Titel XI van het Wetboek van Koophandel
Enige landverzekeringen in het bijzonder**

Opgeheven door de Wet op de landverzekeringsovereenkomst - gedeeltelijk vanaf 21 september 1992, volledig vanaf 1 januari 1993 (art. 33 tot 40) en in alle gevallen sinds 1 januari 1993 voor de levensverzekeringen (art. 41 tot 43)