

BELGISCHE SENAAAT

ZITTING 2001-2002

23 APRIL 2002

Wetsvoorstel tot wijziging van diverse bepalingen inzake verzekeringen met de bedoeling de toekenning van hypotheekleningen voor bepaalde categorieën van personen te vergemakkelijken

(Ingediend door de heer François Roelants du Vivier)

TOELICHTING

Voor de meesten van onze medeburgers is het verwerven van een huis — door het te kopen of te bouwen — een van de belangrijkste verwezenlijkingen in hun leven. De meeste mensen moeten voor deze aanschaf een hypotheeklening sluiten. Voor de instelling die het geld leent is het van belang te weten dat de betrokkene het geld zal kunnen terugbetalen. Daarom zal ze nauwgezet nagaan of het (beroeps- of ander) inkomen van de kandidaat-leners hoog genoeg, stabiel en regelmatig is om de lening nagevoeg zeker te kunnen terugbetalen. De instelling die het geld leent, neemt daarbij zoveel mogelijk voorzorgen: soms wordt een borg gevraagd maar in zowat alle gevallen dekt de instelling zich in tegen het overlijden van de lener door te eisen dat hij een levensverzekering sluit waarvan het kapitaal bij overlijden wordt uitgekeerd aan de instelling.

Volgens de wet van 4 augustus 1992 op het hypothecaire krediet is het sluiten van een dergelijke verze-

SÉNAT DE BELGIQUE

SESSION DE 2001-2002

23 AVRIL 2002

Proposition de loi modifiant diverses dispositions en matière d'assurance dans le but de favoriser l'octroi de prêts hypothécaires pour certaines catégories de personnes

(Déposée par M. François Roelants du Vivier)

DÉVELOPPEMENTS

Pour l'immense majorité de nos concitoyens, l'un des actes les plus essentiels de leur existence est l'acquisition — par achat ou par construction — de l'immeuble familial. Cette acquisition nécessite, également dans l'immense majorité des cas, un recours à l'emprunt hypothécaire. Pour l'organisme prêteur, la conclusion du contrat de prêt hypothécaire est liée à l'évaluation qu'il porte sur les possibilités de remboursement effectif dans le chef des emprunteurs. L'importance quantitative, la stabilité, la régularité des revenus professionnels (ou autres) des candidats emprunteurs sont soigneusement analysées par l'organisme prêteur qui veut évidemment s'assurer d'être remboursé avec une quasi certitude. En vue de s'assurer ce type de certitude, les organismes prêteurs s'entourent d'un maximum de précautions: s'il est parfois demandé aux emprunteurs de fournir des cautions qui répondront du remboursement, la plus usuelle des mesures à laquelle il est recouru consiste à se prémunir contre le décès éventuel de l'emprunteur en exigeant que celui-ci souscrive une assurance-vie dont le produit, en cas de décès, reviendra à l'organisme prêteur.

Bien que la loi du 4 août 1992 relative au crédit hypothécaire ne lie pas de manière automatique et

kering geen *conditio sine qua non* voor het verkrijgen van een hypotheeklening, maar in de praktijk wordt deze verzekering door de kredietinstellingen toch «streng aanbevolen». Deze vereiste kan problemen veroorzaken wanneer de lener aan een ziekte lijdt of geleden heeft. Het meedelen dat men lijdt of geleden heeft aan bepaalde soorten ziekten is een wettelijke verplichting, zowel krachtens de bepalingen van het Burgerlijk Wetboek met betrekking tot het te goeder trouw sluiten van contracten als krachtens de verzekeringswetgeving. Deze verplichting ontnemt sommige kandidaat-leners echter alle kansen op een hypotheeklening, tenzij zij zeer ongunstige voorwaarden aanvaarden. De banken, verzekeringsmaatschappijen en kredietinstellingen staan niet te springen om een levensverzekering toe te kennen aan een persoon die niet helemaal gezond is of was.

Deze houding leidt ertoe dat in sommige gevallen personen eenvoudigweg geen onroerend goed kunnen aanschaffen omdat zij geen hypotheeklening onder normale voorwaarden kunnen sluiten.

Deze toestand werd al aan de kaak gesteld in het Parlement bij de bespreking van een wetsvoorstel dat tot de wijziging van artikel 145 van het Wetboek van de inkomstenbelastingen 1992 heeft geleid. De indieners van het wetsvoorstel (wetsvoorstel tot aanvulling van de artikelen 145.1 en 145.5 van het Wetboek van de inkomstenbelastingen 1992, ingediend door de heer Jan Peeters c.s., stuk Kamer, nr. 50-273/1, 1999-2000), gaven een goede beschrijving van de marginalisering van bepaalde kandidaat-bouwers of -kopers van een onroerend goed. De indiener van het voorliggende wetsvoorstel deelt volledig de volgende analyse: «Sommige belastingplichtigen kunnen echter, buiten hun wil om, om medische redenen, geen levensverzekering sluiten. Momenteel worden steeds meer aanvragen voor een schuldsaldo- of levensverzekering, afgewezen om medische redenen, die verband houden met «nieuwe» kwalen, zoals HIV, MS, tal van chronische aandoeningen, hart- en vaatziekten en allerlei vormen van kanker. Zo wordt bijvoorbeeld tegenwoordig één Belg op vier getroffen door één of andere vorm van kanker. Wetenschappers wijzen erop dat binnen enkele jaren, zelfs één op drie landgenoten met deze ziekten zal geconfronteerd worden. Anderzijds stijgen de overlevingskansen, elk jaar, met ten minste 1% [...]. Alhoewel de overlevingskansen van zulke zware zieken toenemen, worden banken en verzekeringsmaatschappijen strenger, en weigeren zij steeds vaker een levensverzekering te sluiten met deze personen, die daarvoor dubbel gestraft worden: een keer doordat hun overlevende partner de lening volle-

nécessaire tout octroi de crédit hypothécaire à la conclusion de semblable assurance, force est de reconnaître, qu'en pratique, cette forme de couverture est systématiquement «recommandée» par les entreprises prêteuses. Cette exigence peut poser problème si l'emprunteur présente ou a présenté des déficiences médicales. Révéler que l'on est ou que l'on a été victime de certains types de maladies — cette révélation est une exigence légale, tant au regard des dispositions du Code civil relatives à la formation de bonne foi des contrats qu'au regard de la législation sur les assurances — équivaut pour le candidat emprunteur à se couper de toute possibilité d'obtenir un crédit hypothécaire ou, à tout le moins, à n'obtenir celui-ci que dans des conditions extrêmement désavantageuses. En effet, les banques, les compagnies d'assurances et les organismes de crédit rechignent à accorder le bénéfice d'une assurance-vie à des personnes dont la santé est ou a été déficiente.

Cette attitude aboutit donc, dans un certain nombre de cas, à priver purement et simplement certaines personnes de la possibilité d'acquérir un immeuble, faute de pouvoir bénéficier d'un crédit hypothécaire octroyé dans des conditions normales.

Cette situation a déjà été mise en évidence sur le plan parlementaire, notamment lors de la discussion d'une proposition de loi ayant abouti à la modification de l'article 145 du Code des impôts sur les revenus 1992. Les auteurs de la proposition (proposition de loi complétant les articles 145.1 et 145.5 du Code des impôts sur les revenus 1992 déposée par M. Jan Peeters et consorts, doc. Chambre, n° 50-273/1, 1999-2000) y décrivaient fort bien le processus de marginalisation frappant certains candidats bâtisseurs ou acheteurs d'immeubles et l'auteur de la présente proposition partage entièrement l'analyse qui était ainsi faite: «Certains contribuables ne peuvent toutefois contracter une assurance-vie, et ce pour des raisons médicales indépendantes de leur volonté. À l'heure actuelle, un nombre croissant de demandes d'assurances-solde restant dû ou d'assurances-vie sont rejetées pour des raisons médicales liées aux maladies nouvelles comme le virus HIV, la sclérose en plaques, de nombreuses affections chroniques, des maladies cardiovasculaires et diverses formes de cancer. À titre d'exemple, un Belge sur quatre est actuellement atteint par l'une ou l'autre forme de cancer. Les scientifiques soulignent que, dans quelques années, un Belge sur trois sera confronté à cette maladie. D'autre part, les probabilités de survie augmentent chaque année d'au moins 1%. Le taux de survie des patients cancéreux est passé de 40%, il y a 20 ans, à 60% aujourd'hui, la probabilité de guérison atteignant même 80% chez les jeunes ... Bien que les chances de survie de ces personnes gravement mala-

dig zal moeten terugbetalen, en een tweede keer door dat de lening fiscaal niet aftrekbaar is, ...»

De indieners van het wetsvoorstel wezen er toen op dat deze mensen bij de meeste banken wel een hypotheeklening kunnen krijgen zonder dat die gedekt is door een levensverzekering of een schuldsaldoverzekering. Hun hypotheeklening is dan echter niet fiscaal aftrekbaar aangezien daarvoor een levensverzekering vereist is.

De indiener van voorliggend wetsvoorstel onderschrijft volledig het nobele streven om een eind te maken aan deze fiscale ongelijkheid. Hij meent echter dat het daar niet bij kan blijven en dat mensen die een gezondheidsprobleem hebben of hadden en een hypotheeklening willen sluiten hiervoor ook een garantie moeten kunnen inbouwen in de vorm van een levensverzekering of een schuldsaldoverzekering.

De doelstelling van dit voorstel is beperkt. Men kan in de eerste plaats vaststellen dat het niet om alle levensverzekeringen gaat, maar enkel om verzekeringen «die een bijgevoegd contract inhouden dat de uitvoering waarborgt van een krediet dat valt onder de wet van 4 augustus 1992 op het hypothecair krediet» (artikel 2 van het voorstel).

Dit voorstel doet echter geenszins afbreuk aan de voor de verzekeraar essentiële verplichting die de kandidaat-verzekerde heeft om te goeder trouw alle nodige inlichtingen te verstrekken over zijn gezondheidstoestand. Aan het principe van artikel 95 van de wet van 25 juni 1992 wordt dus niet geraakt (artikel 2 van het voorstel).

Het voorstel houdt rekening met de belangen van de verzekeraar en vermeldt expliciet het principe dat bij een verhoogd risico de «normale» premie aangepast, *casu quo* verhoogd kan worden.

Het voorstel is echter vernieuwd in die zin dat de verzekeraar niet langer het recht heeft eenvoudigweg een levensverzekering te weigeren op basis van ongunstige medische informatie uit het dossier van de verzekerde. Het enige probleem dat overblijft is het aanpassen van de premie aan het feit dat er sprake is van een verhoogd risico door de slechte gezondheidstoestand.

Het voorstel houdt een aanvulling in van de bepalingen van het koninklijk besluit van 17 december

des augmentent, les banques et les compagnies d'assurances se montrent de plus en plus strictes et refusent de plus en plus fréquemment de conclure un contrat d'assurance-vie avec ces personnes, qui sont de ce fait doublement pénalisées: une première fois parce que leur partenaire survivant devra rembourser l'emprunt intégralement, une seconde fois parce que l'emprunt n'est pas déductible fiscalement, ...»

Les auteurs de cette initiative législative rappelaient que ces personnes peuvent toujours obtenir auprès de la plupart des banques un prêt hypothécaire, sans que ce dernier soit couvert par une assurance-vie solde restant dû ou une assurance-vie. Cela les empêchait dès lors de bénéficier de déductions fiscales dans le cadre du prêt hypothécaire, ces déductions étant liées à l'existence d'un contrat d'assurance-vie.

Corriger cette imperfection fiscale était assurément une initiative fort louable à laquelle l'auteur de la proposition souscrit entièrement. Cependant, il s'agit d'aller au-delà de ce simple aspect fiscal et de faire en sorte que les personnes présentant ou ayant présenté une altération de leur état de santé puissent malgré tout, dans le cadre d'une demande de crédit hypothécaire, assortir ce dernier d'une garantie sous forme d'une assurance-vie ou d'une assurance-solde restant dû.

La présente proposition a un objectif limité. L'on constatera en premier lieu qu'elle ne concerne pas toutes les assurances-vie, mais uniquement les assurances constituant «un contrat annexé garantissant l'exécution d'un crédit relevant de la loi du 4 août 1992 relative aux crédits hypothécaires» (article 2 de la proposition).

L'on relèvera ensuite que la proposition ne porte nullement atteinte à l'obligation — essentielle pour l'assureur — qu'a le candidat assuré de fournir de bonne foi, c'est-à-dire de manière complète, toutes les informations nécessaires sur son état de santé. Le principe de l'article 95 de la loi du 25 juin 1992 est donc parfaitement respecté (article 2 de la proposition).

La proposition tient parfaitement compte des intérêts de l'assureur et elle rappelle expressément l'application du principe que, pour un risque aggravé, la prime «normale» peut être adaptée, c'est-à-dire augmentée.

Toutefois, et c'est ici qu'intervient la nouveauté, l'assureur perd la possibilité de refuser purement et simplement d'octroyer le bénéfice d'une assurance-vie à son cocontractant uniquement sur base des informations médicales défavorables qui résulteraient du dossier de l'assuré. Le seul problème qui subsiste est donc celui de l'adaptation de la prime à la circonstance que le risque est aggravé en raison de l'état de santé déficient.

À cet égard, la proposition complète les dispositions de l'arrêté royal du 17 décembre 1992 relatif à

1992 betreffende de levensverzekeringsactiviteit, waarvan hoofdstuk IV, afdeling 2, bepalingen inzake tarifiering bevat.

Voorgesteld wordt een van de gespecialiseerde secties van de bij artikel 41 van de wet van 9 juli 1975 betreffende de controle der verzekeringsondernemingen ingestelde Commissie voor verzekeringen, om te vormen tot een echt «Tariferingsbureau» dat de premie zal bepalen waarvoor een verzekeringsmaatschappij een persoon zal moeten dekken die een levensverzekering wenst te sluiten volgens de voorwaarden bepaald in artikel 95*bis*, tweede lid, dat dit wetsvoorstel invoegt in de wet van 25 juni 1992. Dit Tariferingsbureau krijgt de aanvraag van de kandidaat-verzekerde. Bij het bepalen van de premie houdt het bureau rekening met het verhoogde risico dat de verzekerde gezien zijn gezondheidstoestand inhoudt. Om dit risico te beoordelen baseert het bureau zich op het medische dossier. Het bureau kan de betrokken partijen horen indien zij daarom verzoeken en kan eveneens deskundigen horen om nadere inlichtingen te krijgen over de omvang van het risico. Wanneer de premie door het Tariferingsbureau bepaald is, is de verzekeringsmaatschappij verplicht de verzekerde te dekken indien deze het voorstel van het Tariferingsbureau aanvaard heeft.

Voor de meeste van onze medeburgers is het bezit van een onroerend goed het hoogste materiële ideaal. Het zou jammer zijn dat dit voor personen met een zwakke gezondheid al bij voorbaat uitgesloten is. De geneeskunde boekt zoveel vooruitgang dat zelfs ernstige ziekten steeds vaker te genezen zijn of dat de gevolgen ervan ingedijkt kunnen worden. Dat verzekeraars hun voorzorgen nemen is begrijpelijk, maar zij moeten zich aanpassen aan die verheugende ontwikkeling. Dat is een kwestie van sociale gelijkheid waar dit voorstel naar streeft.

*
* *

WETSVOORSTEL

Artikel 1

Deze wet regelt een aangelegenheid als bedoeld in artikel 78 van de Grondwet.

l'activité d'assurance sur la vie dont le chapitre IV, section 2, énonce les règles relatives à la tarification.

Il est proposé de transformer l'une des sections spécialisées de la Commission des assurances instituée par l'article 41 de la loi du 9 juillet 1975 relative au contrôle des entreprises d'assurances en un véritable «Bureau de tarification» qui aura pour mission d'établir la prime en contrepartie de laquelle une entreprise d'assurance sera tenue de couvrir une personne désireuse de souscrire une assurance-vie dans les circonstances médicales particulières visées à l'article 95*bis*, deuxième alinéa, que le texte en projet inscrit dans la loi du 25 juin 1992. Ce Bureau de tarification est saisi par la demande qui lui est adressée par le candidat assuré. Il fixe la prime en tenant compte du risque aggravé que le preneur d'assureur présente en raison de son état de santé. Pour apprécier le risque, le bureau se réfère au dossier médical qui lui est communiqué mais peut, en outre, entendre à leur demande les parties concernées ainsi que tous experts dont les informations pourraient l'éclairer sur l'importance du risque à assurer. Lorsque la prime est fixée par le Bureau de tarification, l'entreprise d'assurance est tenue de couvrir le preneur d'assurance si celui-ci a accepté la proposition du Bureau de tarification.

L'accession à la propriété immobilière est l'idéal matériel le plus communément répandu parmi l'ensemble de nos concitoyens. Il serait regrettable que cette espérance soit définitivement brisée chez ceux qu'un sort funeste a frappés dans leur santé. Les progrès de la médecine sont tels que les maladies même les plus graves sont de plus en plus guérissables ou, à tout le moins, laissent de plus en plus de rémission à ceux qui en sont affectés. La prudence des assureurs, même si elle est compréhensible, doit s'adapter à cette heureuse réalité. C'est une simple question d'équité sociale et c'est ce but que poursuit la présente proposition.

François ROELANTS du VIVIER.

*
* *

PROPOSITION DE LOI

Article 1^{er}

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

Art. 2

In de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst wordt een artikel *95bis* ingevoegd, luidende:

«Art. *95bis*. — De door de verzekerde verstrekte medische inlichtingen mogen geen aanleiding vormen voor de verzekeraar om te weigeren het risico te dekken wanneer de verzekering een bijgevoegd contract inhoudt dat de uitvoering waarborgt van een krediet dat valt onder de wet van 4 augustus 1992 op het hypothecair krediet.

Wanneer bij de medische inlichtingen echter vermeld wordt dat de verzekerde aan een ernstige ziekte lijdt of heeft geleden, kan de verzekeringsmaatschappij de premie aanpassen aan het verhoogde risico. Bij betwisting van het voorgestelde bedrag van de premie wordt deze bepaald door het Tariferingsbureau bedoeld in sectie *2bis* van hoofdstuk IV van het koninklijk besluit van 17 december 1992 betreffende de levensverzekeringsactiviteit.»

Art. 3

In hoofdstuk IV van het koninklijk besluit van 17 december 1992 betreffende de levensverzekeringsactiviteit wordt een afdeling *2bis* ingevoegd, luidende:

«Afdeling *2bis*: Tariferingsbureau

Artikel *28bis*. — § 1. Binnen de Commissie voor verzekeringen ingesteld bij artikel 41 van de wet van 9 juli 1975 betreffende de controle der verzekeringsondernemingen, wordt onder de naam «Tariferingsbureau» een gespecialiseerde sectie opgericht met als opdracht het bedrag van de premie te bepalen waarvoor een verzekeringsmaatschappij een persoon zal moeten dekken die een levensverzekering wenst te sluiten volgens de voorwaarden bepaald in artikel *95bis*, tweede lid, van de wet van 25 juni 1992.

Deze sectie bestaat uit vier leden die de verzekeringsmaatschappijen vertegenwoordigen en vier leden die de consumenten vertegenwoordigen. De Koning benoemt deze leden voor een termijn van zes jaar. Zij worden gekozen uit de leden van de commissie op twee dubbele lijsten die respectievelijk worden voorgesteld door de beroepsverenigingen van verzekeringsondernemingen en door de verenigingen die de belangen van de consument verdedigen.

§ 2. De Koning benoemt, voor een termijn van zes jaar, een voorzitter die gekozen wordt uit de leden van de commissie bedoeld in artikel 41, § 2, vijfde lid, van de wet van 9 juli 1975.

Art. 2

Un article *95bis*, rédigé comme suit, est inséré dans la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre:

«Art. *95bis* — Les informations médicales communiquées par l'assuré ne peuvent pas être une cause de refus d'assurer le risque dans le chef de l'assureur lorsque l'assurance constitue un contrat annexé garantissant l'exécution d'un crédit relevant de la loi du 4 août 1992 relative au crédit hypothécaire.

Toutefois, si les informations médicales font état d'une maladie grave dont l'assuré a été ou est atteint, l'entreprise d'assurance peut appliquer à ses tarifs une prime tenant compte du risque aggravé. En cas de contestation quant au montant de la prime proposée, celle-ci est fixée par le Bureau de tarification visé à la section *2bis* du chapitre IV de l'arrêté royal du 17 décembre 1992 relatif à l'activité d'assurance sur la vie.»

Art. 3

Il est inséré dans le chapitre IV de l'arrêté royal du 17 décembre 1992 relatif à l'activité d'assurance sur la vie, une section *2bis*, rédigée comme suit:

«Section *2bis*: Bureau de tarification

Article *28bis*. — § 1^{er}. Il est créé, au sein de la Commission des assurances instituée par l'article 41 de la loi du 9 juillet 1975 relative au contrôle des entreprises d'assurances, une section spécialisée dénommée «Bureau de tarification» qui a pour mission de déterminer le montant de la prime en contrepartie de laquelle une entreprise d'assurance est tenue de couvrir une personne désireuse de souscrire une assurance-vie dans les circonstances visées à l'article *95bis*, alinéa 2, de la loi du 25 juin 1992.

Cette section se compose de quatre membres représentant les entreprises d'assurances et quatre membres représentant les consommateurs, nommés par le Roi pour un terme de six ans. Ces membres sont choisis parmi les membres de la commission, sur deux listes doubles présentées respectivement par les associations professionnelles des entreprises d'assurances et par les associations susceptibles de représenter les intérêts des consommateurs.

§ 2. Le Roi nomme, pour un terme de six ans, un président choisi parmi la catégorie des membres de la commission visés à l'article 41, § 2, alinéa 5, de la loi du 9 juillet 1975.

De Koning wijst eveneens een plaatsvervanger aan voor elk lid. De plaatsvervangers worden op dezelfde wijze gekozen als de vaste leden.

§ 3. De sectie kan een beroep doen op deskundigen die geen beslissende stem hebben.

De minister die bevoegd is voor Economie kan een waarnemer bij de sectie afvaardigen.

Artikel 28ter. — Iedere persoon die een levensverzekering wenst te sluiten krachtens de voorwaarden van artikel 95bis, tweede lid, van de wet van 25 juni 1992, kan bij het Tariferingsbureau een aanvraag indienen wanneer de verzekeringsmaatschappij waartoe hij zich gericht heeft:

1° ofwel geweigerd heeft hem een verzekering te bieden;

2° ofwel een premie of vrijstelling voorgesteld heeft die hoger ligt dan het door de Koning bepaalde maximum.

De verzekeringsmaatschappij moet de verzekerde ervan op de hoogte brengen dat hij in een dergelijke situatie verkeert.

Artikel 28quater. — De aanvraag moet bij het Tariferingsbureau worden ingediend binnen twee maanden na de weigering of het voorstel bedoeld in artikel 28ter. Zij is onontvankelijk wanneer de aanvrager in de negen maanden die voorafgaan aan de weigering of het voorstel voor hetzelfde risico een aanbod heeft ontvangen van het Tariferingsbureau.

Het Tariferingsbureau bepaalt de premie rekening houdend met het verhoogde risico dat de verzekerde gezien zijn gezondheidstoestand inhoudt. Het Bureau beslist op basis van het medisch dossier en nadat het de betrokken partijen heeft gehoord indien zij daarom verzoeken en nadat het eventuele deskundigen heeft gehoord.

Het Tariferingsbureau doet een voorstel van tarifiering in de maand die volgt op de ontvangst van de aanvraag en van de inlichtingen die nodig zijn om de tarifiering te bepalen. Het voorstel wordt binnen acht dagen ter kennis gebracht van de aanvrager. Het voorstel blijft een maand geldig vanaf de datum van verzending.

Artikel 28quinquies. — De verzekeringsmaatschappij mag niet weigeren een verzekerde te dekken die het voorstel van het Tariferingsbureau heeft aanvaard krachtens de voorwaarden bedoeld in artikel 28quater.»

29 januari 2002.

Le Roi désigne également pour chaque membre un suppléant. Les suppléants sont choisis de la même manière que les membres effectifs.

La section peut s'adjoindre des experts n'ayant pas voix délibérative.

Le ministre qui a l'Économie dans ses attributions, peut déléguer un observateur auprès de la section.

Article 28ter. — Toute personne désireuse de souscrire une assurance-vie dans les conditions de l'article 95bis, alinéa 2, de la loi du 25 juin 1992 peut introduire une demande auprès du Bureau de tarification lorsque l'entreprise d'assurance à laquelle elle s'est adressée :

1° soit a refusé de lui accorder une couverture d'assurance;

2° soit a proposé une prime ou une franchise supérieure au maximum défini par le Roi.

L'entreprise d'assurance est tenue d'informer le preneur d'assurance qu'il se trouve dans un tel cas.

Article 28quater. — La demande doit être introduite auprès du Bureau de tarification dans les deux mois à dater du refus ou de la proposition de tarification visée à l'article 28ter. Elle n'est pas recevable lorsque le demandeur a reçu une offre du Bureau de tarification, pour le même risque, dans les neuf mois précédant ce refus ou cette proposition.

Le Bureau de tarification fixe la prime en tenant compte du risque aggravé que le preneur d'assurance présente en raison de son état de santé. Le Bureau se prononce sur base du dossier médical qui lui est communiqué, après avoir entendu les parties concernées, à leur demande, ainsi que les experts éventuels.

Le Bureau de tarification fait une proposition de tarification dans le mois de la réception de la demande et des renseignements nécessaires à l'établissement de la tarification. La proposition est notifiée au demandeur dans les huit jours. Elle est valable pendant un mois à compter de son expédition.

Article 28quinquies. — L'entreprise d'assurance ne peut refuser de couvrir le preneur d'assurance qui a accepté la proposition du Bureau de tarification dans les conditions visées à l'article 28quater.»

29 janvier 2002.

François ROELANTS du VIVIER.