

## LOIS, DECRETS, ORDONNANCES ET REGLEMENTS WETTEN, DECRETEN, ORDONNANTIES EN VERORDENINGEN

SERVICE PUBLIC FEDERAL ECONOMIE,  
P.M.E., CLASSES MOYENNES ET ENERGIE

F. 2007 — 3428 [C — 2007/11379]

20 JUILLET 2007. — Loi modifiant, en ce qui concerne les contrats privés d'assurance maladie, la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre (1)

ALBERT II, Roi des Belges,  
A tous, présents et à venir, Salut.

Les Chambres ont adopté et Nous sanctionnons ce qui suit :

**Article 1<sup>er</sup>.** La présente loi règle une matière visée à l'article 78 de la Constitution.

**Art. 2.** Un chapitre IV, rédigé comme suit, est inséré dans le titre III de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre :

« Chapitre IV. — *Des contrats d'assurance maladie*

*Section I<sup>re</sup>.* — Dispositions préliminaires

Art. 138bis-1

Définitions

§ 1<sup>er</sup>. Par contrat d'assurance maladie, il faut entendre :

1° l'assurance soins de santé qui garantit, en cas de maladie ou en cas de maladie et d'accident, des prestations relatives à tout traitement médical préventif, curatif ou diagnostique nécessaire à la préservation et/ou au rétablissement de la santé;

2° l'assurance incapacité de travail qui, en cas de maladie ou en cas de maladie et d'accident, indemnise totalement ou partiellement la diminution ou la perte de revenus professionnels due à l'incapacité de travail d'une personne;

3° l'assurance invalidité qui garantit une prestation en cas de maladie ou en cas de maladie et d'accident;

4° l'assurance soins non obligatoire qui prévoit des prestations en cas de perte totale ou partielle d'autonomie,

Sont exclues de la définition du contrat d'assurance maladie :

a) les assurances voyage et assistance temporaires qui garantissent les prestations visées à l'alinéa 1<sup>er</sup>;

b) l'assurance accidents de travail loi et les assurances accidents complémentaires qui y sont liées;

c) les assurances accident;

d) les prestations de solidarité visées à l'article 1<sup>er</sup> de l'arrêté royal du 14 novembre 2003 fixant les prestations de solidarité liées aux régimes de pension complémentaires sociaux;

e) les prestations de solidarité visées à l'article 1<sup>er</sup> de l'arrêté royal du 15 décembre 2003 fixant les prestations de solidarité liées aux conventions sociales de pension.

§ 2. On entend par contrat d'assurance maladie collectif, l'assurance soins de santé et/ou l'assurance incapacité de travail et/ou l'assurance invalidité et/ou l'assurance soins collective conclue par un ou plusieurs preneurs d'assurance au profit de plusieurs personnes liées professionnellement au preneur d'assurance au moment de l'affiliation. Ces personnes sont appelées assuré principal' dans ce chapitre.

Le preneur d'assurance peut aussi contracter une assurance collective soins de santé et/ou incapacité de travail et/ou invalidité et/ou soins au bénéfice des membres de la famille de l'assuré principal. Ces personnes sont appelées « coassuré » dans ce chapitre.

*Section II.* — Des contrats d'assurance maladie individuels

Art. 138bis-2

Champ d'application

Les dispositions de la présente section sont applicables aux contrats d'assurance maladie individuels.

FEDERALE OVERHEIDSDIENST ECONOMIE,  
K.M.O., MIDDENSTAND EN ENERGIE

N. 2007 — 3428 [C — 2007/11379]

20 JULI 2007. — Wet tot wijziging, wat de private ziekteverzekeringsovereenkomsten betreft, van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst (1)

ALBERT II, Koning der Belgen,

Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

De Kamers hebben aangenomen en Wij bekrachtigen hetgeen volgt :

**Artikel 1.** Deze wet regelt een aangelegenheid als bedoeld in artikel 78 van de Grondwet.

**Art. 2.** In titel III van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst wordt een hoofdstuk IV ingevoegd, luidende :

« Hoofdstuk IV. — *Ziekteverzekeringsovereenkomsten*

*Afdeling I.* — Inleidende bepalingen

Art. 138bis-1

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. Onder collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst wordt verstaan de collectieve ziektekostenverzekering en/of arbeidsongeschiktheidsverzekering en/of invaliditeitsverzekering en/of zorgverzekering die gesloten is door één of meerdere verzekeringnemers ten behoeve van meerdere personen die op het moment van de aansluiting bij de verzekering beroepsmatig met de verzekeringnemer verbonden zijn. Deze personen worden in dit hoofdstuk de hoofdverzekerde' genoemd.

De verzekeringnemer kan ook een collectieve ziektekosten- en/of arbeidsongeschiktheids- en/of invaliditeits- en/of zorgverzekering ten behoeve van de leden van het gezin van de hoofdverzekerde sluiten. Deze personen worden in dit hoofdstuk de « medeverzekerde » genoemd.

*Afdeling II.* — Individuele ziekteverzekeringsovereenkomsten

Art. 138bis-2

Toepassingsgebied

De bepalingen van deze afdeling zijn van toepassing op de individuele ziekteverzekeringsovereenkomsten.

Ces dispositions sont applicables au preneur d'assurance et aux membres de sa famille qui sont affiliés à son assurance maladie.

Art. 138bis-3

Durée du contrat d'assurance

§ 1<sup>er</sup>. Sans préjudice de l'application des articles 6, 7, 11, 14, 15, 16, 17, 24 et hormis le cas de fraude, les contrats d'assurance maladie visés à l'article 138bis-1, § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, 3<sup>o</sup> et 4<sup>o</sup> sont conclus à vie. Les contrats d'assurance maladie visés à l'article 138bis-1, § 1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup>, valent jusqu'à l'âge de 65 ans ou un âge antérieur, si cet âge est l'âge normal auquel l'assuré met complètement et définitivement fin à son activité professionnelle.

§ 2. Sans préjudice de l'application de l'article 30, § 3, les contrats peuvent être conclus pour une durée limitée à la demande expresse du preneur d'assurance et s'il y va de son intérêt.

§ 3. Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux contrats d'assurance maladie offerts à titre accessoire par rapport au risque principal, dont la durée n'est pas à vie.

Art. 138bis-4

Modifications tarifaires et contractuelles

§ 1<sup>er</sup>. Sauf accord réciproque des parties et à la demande exclusive du preneur d'assurance, ainsi que dans les cas visés aux §§ 2, 3 et 4, l'assureur ne peut apporter de modifications aux bases techniques de la prime ni aux conditions de couverture après que le contrat d'assurance maladie a été conclu.

La modification des bases techniques de la prime et/ou des conditions de couverture moyennant l'accord réciproque des parties, prévue à l'alinéa 1<sup>er</sup>, ne peut s'effectuer que dans l'intérêt du preneur d'assurance.

§ 2. La prime, la franchise et la prestation peuvent être adaptées à la date de l'échéance annuelle de la prime sur la base de l'indice des prix à la consommation. Dans la mesure où la Commission bancaire, financière et des Assurances, visée à l'article 44 de la loi du 2 août 2002 relative à la surveillance du secteur financier et aux services financiers, ci-après dénommée « la CBFA » y consent en fonction de la constatation d'une variation durable des coûts, la prime, la franchise et la prestation peuvent également être adaptées sur la base de paramètres représentatifs et objectifs, lorsque la CBFA constate une différence entre l'évolution de l'indice des prix à la consommation et l'évolution desdits paramètres.

La CBFA fixe les paramètres objectifs en concertation avec le Centre fédéral d'expertise des soins de santé. Celui-ci vérifie la validité de la méthodologie de sélection et de calcul des valeurs des paramètres objectifs. La CBFA procède au calcul périodique de ces valeurs. S'il l'estime nécessaire, le Roi fixe les paramètres objectifs par arrêté délibéré en Conseil des Ministres.

§ 3. Sauf convention contraire dans le contrat d'assurance et, dans les limites prévues à l'alinéa 2, le montant de la prime et/ou les conditions de couverture peuvent être adaptés en cas de modification durable du coût réel des prestations garanties ayant une influence significative sur le coût ou l'étendue des prestations garanties et/ou en cas de circonstances, y compris les modifications légales ou réglementaires, ayant également une influence significative sur le coût ou l'étendue des prestations garanties.

L'adaptation contractuelle ou tarifaire envisagée est directement proportionnelle à l'ampleur de l'augmentation du coût réel des prestations garanties et/ou aux circonstances, y compris les modifications légales ou réglementaires. Cette modification ne peut en outre porter que sur les éléments du contrat sur lesquels l'influence significative de ces événements s'exerce.

Deze bepalingen gelden voor de verzekeringnemer en de leden van zijn gezin die bij zijn ziekteverzekering zijn aangesloten.

Art. 138bis-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<sup>o</sup>, 3<sup>o</sup> en 4<sup>o</sup>, bedoelde ziekteverzekeringsovereenkomsten voor het leven aangegaan. De in artikel 138bis-1, § 1, 2<sup>o</sup>, 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 verzekeringnemer 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.

Art. 138bis-4

Wijziging van het tarief en de voorwaarden van de overeenkomst

§ 1. Behoudens wederzijds akkoord van de partijen en op uitsluitend verzoek van de verzekeringnemer alsmede in de in §§ 2, 3 en 4 vermelde gevallen, kan de verzekeraar, nadat een ziekteverzekeringsovereenkomst gesloten is, de technische grondslagen van de premie en de dekkingsvoorwaarden 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 verzekeringnemer.

§ 2. De premie, de vrijstelling en de prestatie mogen worden aangepast op de jaarlijkse premievervaldag, op grond van het indexcijfer van de consumptieprijzen. In de mate dat 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, hierna te noemen « de CBFA » het toestaat op grond van de vaststelling van een duurzame prijschommeling, mogen de premie, de vrijstelling en de prestatie eveneens worden aangepast op grond van representatieve en objectieve parameters, wanneer de CBFA een verschil vaststelt tussen de evolutie van het indexcijfer van de consumptieprijzen en de evolutie van die parameters.

De CBFA bepaalt de objectieve parameters in overleg met het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg. Dat Kenniscentrum onderzoekt de geldigheid van de methodologie voor de selectie en de berekening van de waarden van de objectieve parameters. De CBFA berekent die waarden op gezette tijden. Zo de Koning dat nodig acht, legt Hij de objectieve parameters vast, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad.

§ 3. Zelfs de verzekeringsovereenkomst uitdrukkelijk anders bepaalt en binnen de bij het tweede lid bepaalde perken, mag worden overgegaan tot een aanpassing van de premie en/of de dekkingsvoorwaarden bij een duurzame wijziging van de reële kosten van de gewaarborgde prestaties die een betekenisvolle invloed heeft op de kosten of de omvang van de gewaarborgde prestaties en/of in omstandigheden, met inbegrip van de wettelijke of regelgevende wijzigingen, die eveneens een betekenisvolle invloed hebben op de kosten of de omvang van de gewaarborgde prestaties.

De overwogen contractuele of tarifaire aanpassing is rechtstreeks evenredig met de omvang van de verhoging van de reële kosten van de gewaarborgde prestaties en/of omstandigheden met inbegrip van de wettelijke of regelgevende wijzigingen. Die aanpassing mag overigens alleen betrekking hebben op de elementen van de overeenkomst waar de betekenisvolle invloed van die gebeurtenissen wordt op uitgeoefend.

L'influence doit être reconnue comme significative par la CBFA en concertation avec le Centre fédéral d'expertise des soins de santé. La CBFA veille également au respect des limites fixées à l'alinéa 2. Le Roi peut fixer les règles à suivre en vue d'obtenir la décision de la CBFA.

La CBFA est censée avoir reconnu le caractère significatif et la proportionnalité lorsqu'elle n'a pas répondu dans un délai de trente jours à compter de la réception de la demande de reconnaissance. Ce délai est suspendu pendant un délai maximum de trente jours, dans lequel le Centre fédéral d'expertise des soins de santé doit rendre son avis à la CBFA.

§ 4. Le montant de la prime, la période de carence et les conditions d'assurance peuvent être adaptés de manière raisonnable et proportionnelle

– aux modifications intervenues dans la profession de l'assuré, en ce qui concerne l'assurance soins de santé, l'assurance incapacité de travail, l'assurance invalidité et l'assurance soins et/ou

– aux modifications intervenues dans le revenu de l'assuré, en ce qui concerne l'assurance incapacité de travail et l'assurance invalidité, ou encore

– lorsque celui-ci change de statut dans le système de sécurité sociale, en ce qui concerne l'assurance soins de santé et l'assurance incapacité de travail,

pour autant que ces modifications aient une influence significative sur le risque et/ou le coût ou l'étendue des prestations garanties.

Art. 138bis-5

#### Incontestabilité

Dès qu'un délai de deux ans s'est écoulé à compter de l'entrée en vigueur du contrat d'assurance maladie, l'assureur ne peut invoquer l'article 7 en ce qui concerne les omissions ou inexactitudes non intentionnelles dans les déclarations du preneur d'assurance ou de l'assuré, lorsque ces omissions ou inexactitudes se rapportent à une maladie ou une affection dont les symptômes s'étaient déjà manifestés au moment de la conclusion du contrat et qui n'a pas été diagnostiquée dans le même délai de deux ans.

L'assureur ne peut invoquer une omission ou inexactitude non intentionnelle lorsque la maladie ou une affection ne s'était encore manifestée d'aucune manière au moment de la conclusion du contrat d'assurance.

Art. 138bis-6

#### Malades chroniques et personnes handicapées

Pendant une période de deux ans à compter de l'entrée en vigueur de cet article, le candidat preneur d'assurance, qui souffre d'une maladie chronique ou d'un handicap et qui n'a pas atteint l'âge de soixante-cinq ans, a droit à une assurance soins de santé, étant entendu que les coûts liés à la maladie ou au handicap qui existe au moment de la conclusion du contrat d'assurance peuvent, sans préjudice à l'application de l'article 138bis-5, être exclus de la couverture. La prime doit être celle qui serait réclamée à la même personne si elle n'était pas malade chronique ou handicapée.

Sans préjudice de l'application des articles 5 et 95 en ce qui concerne l'information relative aux données génétiques, un document qui établit avec précision la maladie ou le handicap visé ainsi que les coûts exclus de la couverture ou qui font l'objet d'une couverture limitée, est joint au contrat d'assurance. Le modèle du document est arrêté par le Roi.

Sans préjudice de la compétence des cours et tribunaux, les litiges portant sur les coûts exclus de la couverture ou faisant l'objet d'une couverture limitée sont d'abord soumis à un organe de conciliation constitué par le Roi par arrêté délibéré en Conseil des ministres.

De invloed dient als betekenisvol erkend te worden door de CBFA in samenspraak met het Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg. De CBFA ziet er ook op toe dat de bij het tweede lid bepaalde grenzen in acht worden genomen. De Koning kan de regels vaststellen die gevolgd moeten worden om de beslissing van de CBFA te bekomen.

De CBFA wordt geacht het betekenisvol karakter en de proportionaliteit te hebben erkend wanneer zij niet heeft geantwoord binnen een termijn van dertig dagen na het ontvangen van de aanvraag tot erkenning. Deze termijn wordt geschorst gedurende een termijn van maximaal dertig dagen, waarbinnen het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg zijn advies aan de CBFA moet bezorgen.

§ 4. De premie, de vrijstellingstermijn en de dekkingsvoorwaarden mogen op redelijke wijze en proportionele wijzen worden aangepast aan :

– wijzigingen in het beroep van de verzekerde, wat de ziektekostenverzekering, de arbeidsongeschiktheidsverzekering, de invaliditeitsverzekering en de zorgverzekering betreft en/of

– het inkomen van de verzekerde wat de arbeidsongeschiktheidsverzekering en de invaliditeitsverzekering, betreft alsook

– wanneer hij 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.

Art. 138bis-5

#### 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

#### Chronisch zieken en personen met een handicap

Gedurende een periode van twee jaar, te rekenen van de inwerkingtreding van dit artikel, heeft elke kandidaat-verzekeringnemer, die chronisch ziek of gehandicapt is en de leeftijd van vijfenzeftig 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.

L'obligation d'offrir une assurance soins de santé aux candidats preneurs d'assurance qui sont malades chroniques ou handicapés fera l'objet, au plus tard dix-huit mois après l'entrée en vigueur du présent article, d'une évaluation, à laquelle participeront la CBFA, l'Union professionnelle des entreprises d'assurances (Assuralia) et des associations de patients. Avant l'expiration de la période de deux ans visée à l'article 1<sup>er</sup> le Roi détermine, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, si cette obligation est maintenue au delà de cette période de deux ans.

Art. 138bis-7

§ 1<sup>er</sup>. Le preneur d'assurance informe l'assureur, par écrit ou par voie électronique, du moment où un membre de la famille assuré quitte le contrat d'assurance ainsi que du nouveau lieu de résidence de celui-ci.

Sur la base de ces données, l'assureur soumet à l'assuré, dans les trente jours, une offre d'assurance conforme aux articles 138bis-3 et 138bis-4. L'assureur informe l'assuré que l'offre vaut également pour les membres de sa famille. Il ne peut invoquer le fait que le risque est déjà réalisé.

L'assuré dispose d'un délai de soixante jours pour accepter la proposition d'assurance par écrit ou par voie électronique. Le droit d'accepter l'offre s'éteint à l'expiration de ce délai.

§ 2. Le contrat d'assurance que l'assuré a accepté commence à courir au moment où celui-ci perd le bénéfice de l'assurance précédente.

Section III. — Poursuite individuelle  
d'un contrat d'assurance maladie collectif

Art. 138bis-8

Conditions d'octroi

§ 1<sup>er</sup>. Sauf si elle perd le bénéfice du contrat d'assurance maladie collectif pour les raisons visées aux articles 6, 7, 14, 16 et 24 et, de manière générale, en cas de fraude, toute personne affiliée à une assurance collective a le droit de poursuivre, en tout ou en partie, cette assurance individuellement lorsqu'elle perd le bénéfice de l'assurance collective, sans devoir subir un examen médical supplémentaire ni devoir remplir un nouveau questionnaire médical.

A cet effet, l'assuré principal doit, durant les deux années précédant la perte du contrat d'assurance maladie collectif qui est poursuivi, avoir été affilié de manière ininterrompue à un ou plusieurs contrats d'assurance maladie successifs souscrits auprès d'une entreprise d'assurances au sens de la présente loi.

§ 2. Le preneur d'assurance ou, en cas de faillite ou de liquidation, le curateur ou le liquidateur du preneur d'assurance informe l'assuré principal, par écrit ou par voie électronique, au plus tard dans les trente jours suivant la perte du bénéfice de l'assurance collective, du moment précis de cette perte et de la possibilité de poursuivre le contrat individuellement. De plus, il informe l'assuré principal du délai dans lequel celui-ci et, le cas échéant, le coassuré peuvent exercer leur droit à la poursuite individuelle. Le preneur d'assurance ou, en cas de faillite ou de liquidation, le curateur ou le liquidateur transmet en même temps à l'assuré principal les coordonnées de l'entreprise d'assurances concernée.

L'assuré principal et, le cas échéant, le coassuré disposent d'un délai de trente jours pour informer par écrit ou par voie électronique l'assureur de leur intention de poursuivre le contrat d'assurance maladie collectif, en tout ou en partie, individuellement. Le délai commence à courir le jour de réception du courrier par lequel le preneur d'assurance ou, en cas de faillite ou de liquidation, le curateur ou le liquidateur du preneur d'assurance informe l'assuré principal par écrit ou par voie électronique qu'il peut décider de poursuivre individuellement le contrat d'assurance maladie collectif dont il a perdu le bénéfice. Ce délai expire en tout cas après cent cinq jours après jours à compter du jour de la perte du bénéfice de l'assurance maladie collective.

De verplichting om een ziektekostenverzekering aan te bieden aan chronisch zieke of gehandicapte kandidaat-verzekeringnemers zal uiterlijk achttien maanden na de inwerkingtreding van dit artikel het voorwerp uitmaken van een evaluatie, waaraan de CBFA, de Beroepsvereniging van de verzekeringsondernemingen (Assuralia) en patiëntenverenigingen zullen deelnemen. De Koning bepaalt voor het verstrijken van de periode van twee jaar bedoeld in het eerste lid, bij een besluit vastgelegd na overleg in de Ministerraad, of deze verplichting na deze periode van twee jaar behouden blijft.

Art. 138bis-7

§ 1. De verzekeringnemer brengt de verzekeraar, schriftelijk of elektronisch op de hoogte van het tijdstip waarop een verzekerd gezinslid de verzekeringsovereenkomst verlaat en van diens nieuwe verblijfplaats.

Op basis van deze gegevens doet de verzekeraar de verzekerde binnen de dertig dagen een verzekeringsaanbod dat in overeenstemming is met de artikelen 138bis-3 en 138bis-4. De verzekeraar informeert de verzekerde dat het aanbod ook geldt voor de leden van zijn gezin. Hij kan niet inroepen dat het risico reeds verwezenlijkt is.

De verzekerde, 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 verzekerde heeft aanvaard, gaat in op het tijdstip waarop hij het voordeel van de vorige verzekering verliest.

Afdeling III. — Individuele voortzetting  
van een collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst

Art. 138bis-8

Toekenningsvoorwaarden

§ 1. Behalve in geval hij het voordeel van de collectieve 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 collectieve verzekering is aangesloten het recht om deze verzekering individueel geheel of gedeeltelijk voort te zetten wanneer hij het voordeel van de collectieve 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 collectieve 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 collectieve 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 collectieve 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 collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst waarvan hij het voordeel verloren heeft, individueel voort te zetten. Deze termijn verstrijkt in elk geval honderdenvijf dagen na het verlies van het voordeel van de collectieve ziekteverzekering.

L'assureur dispose d'un délai de quinze jours pour soumettre à l'assuré principal et, le cas échéant, au coassuré, par écrit ou par voie électronique, une offre d'assurance conforme aux articles 138bis-3 et 138bis-4. L'assureur ne peut invoquer le fait que le risque est déjà réalisé.

En même temps qu'il adresse son offre, l'assureur informe l'assuré principal et, le cas échéant, le coassuré sur les conditions de garantie, notamment les prestations couvertes, les exclusions, le délai de déclaration. Il rappelle également à l'assuré principal et, le cas échéant, au coassuré le délai de trente jours dont il dispose pour accepter l'offre soit par écrit, soit par voie électronique.

L'assuré principal et, le cas échéant, le coassuré disposent d'un délai de trente jours pour accepter l'offre d'assurance par écrit ou par voie électronique. Ce délai commence à courir le jour de la réception de l'offre de l'assureur visée à l'alinéa 3. Le droit à la poursuite individuelle s'éteint à l'expiration de ce délai.

§ 3. Lorsque le coassuré perd le bénéfice de l'assurance collective pour une autre raison que la perte du bénéfice de cette assurance par l'assuré principal, le coassuré dispose d'un délai de cent cinq jours, à partir du moment où il perd le bénéfice précité, pour informer l'assureur, par écrit ou par voie électronique, de son intention d'exercer son droit à la poursuite individuelle.

L'assureur dispose d'un délai de quinze jours pour lui faire, par voie électronique ou par écrit, une offre d'assurance conforme aux articles 138bis-3 et 138bis-4. L'assureur ne peut invoquer le fait que le risque est déjà réalisé.

Le coassuré dispose d'un délai de trente jours pour accepter l'offre d'assurance par écrit ou par voie électronique. Ce délai commence à courir le jour de la réception de l'offre de l'assureur visée au deuxième alinéa. Le droit à la poursuite individuelle s'éteint à l'expiration de ce délai.

§ 4. Le contrat d'assurance accepté par l'assuré prend cours au moment où il perd l'avantage de l'assurance collective.

#### Art. 138bis-9

##### Information à fournir par l'assureur

§ 1<sup>er</sup>. L'assureur informe le preneur d'assurance de la possibilité pour l'assuré de payer individuellement une prime complémentaire. Le preneur d'assurance transmet cette information sans délai à l'assuré principal.

Le paiement de ces primes complémentaires, pour autant qu'elles aient été payées année par année sans interruption, a pour effet qu'en cas de poursuite individuelle la prime visée à l'article 138bis-11 est fixée en tenant compte de l'âge de l'assuré au moment où il a commencé à payer les primes complémentaires.

L'âge retenu pour le calcul de la prime visée à l'article 138bis-11 est relevé proportionnellement, en cas d'interruption temporaire du paiement des primes complémentaires visées à l'alinéa 2, en fonction de cette interruption.

§ 2. Si l'assureur a négligé de remplir le devoir d'information visé au § 1<sup>er</sup>, la prime du contrat d'assurance maladie poursuivi individuellement est, par dérogation à l'article 138bis-11, calculée en tenant compte de l'âge de l'assuré principal ou du coassuré au moment de son affiliation à l'assurance collective. Il appartient à l'assureur de démontrer qu'il a rempli le devoir d'information visé au § 1<sup>er</sup>.

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 inroepen 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 aangifetermijn. 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 collectieve 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 honderdenvijf 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 collectieve verzekering verliest.

#### Art. 138bis-9

##### 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 begonnen 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 collectieve verzekering. De bewijslast inzake de nakoming van de in § 1 bedoelde informatieplicht berust bij de verzekeraar.

Si le preneur d'assurance a omis de transmettre l'information visée au § 1<sup>er</sup> à l'assuré principal, le preneur est tenu de verser à l'assureur la différence entre la prime calculée sur la base de l'âge atteint au moment de l'exercice du droit de la poursuite individuelle du contrat et la prime calculée sur la base de l'âge de l'assuré principal au moment de son affiliation à l'assurance collective. La prime relative au contrat d'assurance maladie poursuivi individuellement qui est réclamée à l'assuré principal est également dans ce cas, par dérogation à l'article 138bis-11, calculée en tenant compte de l'âge de l'assuré principal au moment de son affiliation à l'assurance collective. Il appartient au preneur d'assurance de démontrer qu'il a transmis l'information visée au § 1<sup>er</sup>.

## Art. 138bis-10

## Garanties

§ 1<sup>er</sup>. Le contrat d'assurance maladie poursuivi individuellement offre au moins des garanties similaires à celles offertes par le contrat d'assurance maladie collectif poursuivi.

Les garanties de l'assurance soins de santé individuelle sont considérées comme similaires si les éléments suivants de l'assurance soins de santé collective sont repris :

1° le choix de la chambre : le remboursement intégral ou partiel ou le non-remboursement des frais supportés dans une chambre individuelle, double ou commune;

2° la formule de remboursement : le remboursement (partiel) des frais réels ou le remboursement des frais sur la base du niveau de remboursement INAMI dans le cadre de l'assurance soins de santé légale, ou la possibilité d'une intervention forfaitaire;

3° la pré- et posthospitalisation : la prise en charge ou non des frais ambulatoires liés à l'hospitalisation et qui surviennent dans un délai déterminé avant ou après l'hospitalisation; si ces frais sont couverts, ce délai doit être d'une durée minimale d'un mois avant et de trois mois après l'hospitalisation;

4° les maladies graves : la prise en charge ou non des frais ambulatoires liés aux maladies graves.

Les garanties de l'assurance incapacité de travail individuelle sont considérées comme similaires si elles prévoient, comme l'assurance incapacité de travail collective, le versement d'un même pourcentage de la perte de revenus subie ou un même montant fixe, toutefois limité le cas échéant à la perte de revenus subie. L'assurance incapacité de travail individuelle, qui poursuit l'assurance incapacité de travail collective, vaut jusqu'à l'âge légal de la pension ou un âge antérieur, s'il s'agit de l'âge normal auquel l'assuré cesse complètement et définitivement son activité professionnelle.

Les garanties de l'assurance invalidité individuelle sont considérées comme similaires si elles prévoient le versement d'un même montant fixe ou une indemnisation calculée sur la base des mêmes paramètres que ceux qui sont pris en compte dans le cadre de l'assurance invalidité collective.

Les garanties de l'assurance dépendance individuelle sont considérées comme similaires si elles prévoient, comme l'assurance soins collective, le versement d'un même montant fixe ou une indemnisation identique des frais dus à la perte totale ou partielle d'autonomie.

§ 2. Sans préjudice de l'article 138bis-3, § 1<sup>er</sup>, la poursuite individuelle du contrat d'assurance maladie collectif a lieu sans imposer un nouveau délai d'attente. La garantie ne peut pas être limitée et aucune prime supplémentaire ne peut être imposée en raison de l'évolution de l'état de santé de l'assuré au cours du contrat d'assurance maladie collective.

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 collectieve 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 collectieve verzekering. De bewijslast inzake het bezorgen van de in § 1 bedoelde informatie berust bij de verzekeringnemer.

## Art. 138bis-10

## Waarborgen

§ 1. De individueel voortgezette ziekteverzekeringsovereenkomst biedt minstens waarborgen die gelijksoortig zijn met die welke geboden worden door de voortgezette collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst.

De waarborgen van de individuele ziektekostenverzekering worden als gelijksoortig beschouwd indien de volgende elementen van de collectieve 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 voortvallen 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 collectieve arbeidsongeschiktheidsverzekering, voorzien in de uitkering van eenzelfde percentage van het geleden inkomensverlies, dan wel in eenzelfde vast bedrag, dat in voorkomend geval beperkt wordt tot het effectief geleden inkomensverlies. De individuele arbeidsongeschiktheidsverzekering, die de collectieve 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 collectieve invaliditeitsverzekering.

De waarborgen van de individuele zorgverzekering worden als gelijksoortig beschouwd indien ze net als de collectieve 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 collectieve 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 collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst.

## Art. 138bis-11

## Prime

Pour le calcul de la prime du contrat d'assurance maladie poursuivi individuellement, il est tenu compte uniquement :

1° de l'âge de l'assuré au moment de la poursuite individuelle du contrat, sans préjudice de l'article 138bis-9, § 1<sup>er</sup>;

2° des éléments d'évaluation du risque, tels qu'ils existaient et furent évalués lors de l'affiliation au contrat d'assurance maladie collective poursuivi;

3° du régime de sécurité sociale et du statut auxquels l'assuré est assujéti;

4° en ce qui concerne l'assurance soins de santé, de l'assurance invalidité et de l'assurance soins, ainsi que de la profession de l'assuré;

5° en ce qui concerne l'assurance incapacité de travail, de la profession et du revenu professionnel de l'assuré.

**Art. 3.** Pour ce qui est des contrats d'assurance maladie existants visés à l'article 138bis-2 de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre, qui, au moment de l'entrée en vigueur de la présente loi, ne satisfont pas aux exigences de l'article 138bis-3, l'entreprise d'assurances propose au preneur d'assurance, au plus tard deux ans après l'entrée en vigueur de la présente loi, un nouveau contrat d'assurance maladie conforme à ces exigences. Le preneur d'assurance décide dans les trente jours de la réception de la proposition, d'y souscrire ou de maintenir la durée de son assurance maladie en cours.

Pour ce qui est des contrats d'assurance maladie collectifs existants, une période transitoire de deux ans est applicable à partir de l'entrée en vigueur de la présente loi.

**Art. 4.** La présente loi entre en vigueur le même jour que la loi visant à instaurer pour les mutualités dans la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités un régime similaire à celui prévu par le titre III, chapitre IV, sections première et 2, de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre, inséré par la loi du 20 juillet 2007.

Promulguons la présente loi, ordonnons qu'elle soit revêtue du sceau de l'Etat et publiée par le *Moniteur belge*.

Donné à Bruxelles, le 20 juillet 2007.

ALBERT

Par le Roi :

La Vice-Première Ministre et Ministre de la Justice,  
Mme L. ONKELINX

Le Ministre de l'Economie,  
M. VERWILGHEN

Scellé du sceau de l'Etat :

La Ministre de la Justice,  
Mme L. ONKELINX

Notes

(1) *Session ordinaire 2006-2007.*

Chambre des représentants.

*Documents parlementaires.* — Projet de loi, n° 51-2689/1. — Amendements, n° 51-2689/2-3. — Rapport fait au nom de la Commission, n° 51-2689/4. — Texte adopté par la Commission, n° 51-2689/5. — Texte adopté en séance plénière et transmis au Sénat, n° 51-2689/6.

Sénat.

*Documents parlementaires.* — Projet évoqué par le Sénat, n° 3-2355/1. Rapport fait au nom de la Commission, n° 3-2355/2. — Décision de ne pas amender, n° 3-2355/3.

## Art. 138bis-11

## 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 collectieve 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;

**Art. 3.** Voor de bestaande ziekteverzekeringsovereenkomsten zoals bedoeld in artikel 138bis-2 van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst, die op het ogenblik van de inwerking-treding van deze wet niet beantwoorden aan de vereisten van artikel 138bis-3, biedt de verzekeringsonderneming de verzekeringnemer, uiterlijk twee jaar na de inwerking-treding van deze wet, aan deze vereisten beantwoordende nieuwe ziekteverzekeringsovereenkomst aan. De verzekeringnemer beslist binnen dertig dagen na de ontvangst van het aanbod om hierop in te gaan dan wel om de duurtijd van zijn lopende ziekteverzekeringsovereenkomst te behouden.

Voor de bestaande collectieve ziekteverzekeringsovereenkomsten geldt een overgangperiode van twee jaar vanaf de inwerking-treding van deze wet.

**Art. 4.** Deze wet treedt in werking op dezelfde dag als de wet tot invoering in de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen van een analoge regeling voor de ziekenfondsen als die bepaald bij titel III, hoofdstuk IV, afdeling 1 en 2, van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst, ingevoegd bij de wet van 20 juli 2007.

Kondigen deze wet af, bevelen dat zij met 's Lands zegel zal worden bekleed en door het *Belgisch Staatsblad* zal worden bekendgemaakt.

Gegeven te Brussel, 20 juli 2007.

ALBERT

Van Koningswege :

De Vice-Eersteminister en Minister van Justitie,  
Mevr. L. ONKELINX

De Ministre van Economie,  
M. VERWILGHEN

Met 's Lands zegel gezegeld :

De Minister van Justitie,  
Mevr. L. ONKELINX

Nota's

(1) *Gewone zitting 2006-2007.*

Kamer van volksvertegenwoordigers.

*Parlementaire stukken.* — Wetsontwerp, nr. 51-2689/1. — Amendementen, nr. 51-2689/2-3. — Verslag namens de Commissie, nr. 51-2689/4. — Tekst aangenomen door de Commissie, nr. 51-2689/5. — Tekst aangenomen in de plenaire vergadering en overgezonden aan de Senaat, nr. 51-2689/6.

Senaat.

*Parlementaire stukken.* — Ontwerp geëvoceerd door de Senaat, nr. 3-2355/1. — Verslag namens de Commissie, nr. 3-2355/2. — Beslissing om niet te amenderen, nr. 3-2355/3.