

ASSURANCES

Assurances terrestres – Assurances de personnes – Assurance maladie

Arrêté royal du 1er février 2010 déterminant les indices spécifiques visés à l'article 138bis-4, § 3, de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre

La loi du 17 juin 2009 ayant modifié, en ce qui concerne les contrats d'assurance maladie, la loi sur le contrat d'assurance terrestre prévoit (art. 138bis-4, § 3) l'instauration d'un indice médical destiné à encadrer, aux côtés de l'indice des prix à la consommation, l'adaptation de la prime, de la franchise ou de la prestation en cours de contrat.

L'arrêté royal du 1^{er} février 2010, publié au *Moniteur belge* du 8 février 2010, définit la méthode de construction de cet indice médical pour les contrats non liés à une activité professionnelle. Celle-ci repose sur les étapes suivantes:

- 1) obligation pour chaque assureur de rattacher ses différents contrats à un type de garantie ('chambre particulière'; 'chambre double et commune'; 'soins ambulatoires'; 'soins dentaires') et à l'une des catégories d'âge identifiées dans l'arrêté royal;
- 2) communication trimestrielle par l'assureur à la CBFA et au SPF Économie de la charge brute des sinistres par type de garantie et par catégorie d'âge, sous forme d'un tableau 'anonymisé' dont le contenu doit être certifié par le réviseur agréé par la CBFA;
- 3) vérification par la CBFA du caractère suffisamment représentatif des données reçues au regard de l'encaissement du marché belge (75% minimum);
- 4) établissement trimestriel par le SPF Économie d'un tableau global (agrégé) par garantie et catégorie d'âge, à publier au *Moniteur belge* et sur les sites de ce service fédéral et de la CBFA.

Les données de ce premier tableau global constitueront le chiffre index de départ 100.

Une circulaire de la CBFA (2010-04 du 2 février 2010; www.cbfa.be) règle la collecte des données visée par la deuxième étape décrite ci-dessus.

Les premiers tableaux, relatifs aux indices spécifiques des quatre trimestres de l'année 2009, ont été publiés au *Moniteur belge* du 26 février 2010.

ASSURANCES

Assurance et coassurance – Droit européen – Concurrence

Règlement (UE) n° 267/2010 de la Commission du 24 mars 2010 concernant l'application de l'article 101, paragraphe 3, du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne à certaines catégories d'accords, de décisions et de pratiques concertées dans le secteur des assurances (JO L 83, p. 1)

La Commission européenne a adopté, le 24 mars 2010, un nouveau règlement qui exempte certaines catégories d'accords dans le domaine de l'assurance, de l'application de l'article 101, paragraphe 1, du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE) (ex-art. 81, par. 1, du traité CE), relatif à l'interdiction des ententes anticoncurrentielles.

Ce règlement constitue le troisième du genre en assurance, après ceux du 21 décembre 1992 et du 27 février 2003. Il reconduit, pour une période de sept ans courant à partir du 1^{er} avril 2010, l'exemption pour deux des quatre catégories d'accords couvertes par les règlements antérieurs: la réalisation en commun de compilations de données historiques (portant sur le coût moyen du risque), de tables de mortalité ou de fréquence de sinistres en assurance de personnes, ou d'études sur l'impact probable de circonstances générales extérieures; la couverture en commun de certains types de risques (groupements de coassurance et de coréassurance).

Quelques modifications sont apportées aux conditions d'exemption de ces deux catégories d'accords. S'agissant de la première catégorie, l'accès aux compilations, tables ou études est élargi, sauf exception à des fins de protection de la sécurité publique, aux associations de consommateurs ou de clients, sur demande dûment justifiée. S'agissant de la seconde catégorie, les modalités de calcul de la part du groupement, visant à vérifier que celui-ci n'excède pas le seuil de 20% (groupement de coassurance) ou de 25% (groupement de coréassurance), ont été adaptées aux règles horizontales en vigueur au niveau européen et impliquent dorénavant la prise en compte du volume d'affaires souscrites par les membres du groupement non seulement à l'intérieur, mais aussi à l'extérieur de celui-ci. La définition des "risques nouveaux", pour lesquels l'exemption bénéficie au groupement pendant une période de trois ans quelle que soit la part de marché détenue par celui-ci, a été assouplie.

La Commission européenne a décidé, en revanche, de ne pas renouveler l'exemption pour les deux autres catégories d'accords visées par les règlements antérieurs, à savoir les accords relatifs aux conditions-types d'assurance et ceux qui portent sur l'agrégation commune d'équipements de sécurité, estimant que ces accords ne sont pas propres à l'assurance et qu'une exemption par catégorie ne se justifie plus à leur égard. Le retrait de cette exemption ne signifie cependant pas une interdiction systématique de poursuivre de telles formes de concertation, mais implique dorénavant que les assureurs évaluent eux-mêmes, sous leur propre responsabilité et à la lumière des lignes directrices de la Commission européenne relatives, notamment, aux accords de coopération horizontale, si leur accord satisfait aux conditions à respecter, en vertu de l'article 101, paragraphe 3, du TFUE, pour échapper à l'interdiction des ententes anticoncurrentielles et aux sanctions (administratives et civiles) qui peuvent en découler.

Dans une communication également datée du 24 mars 2010 [COM(2010)100], la Commission expose les raisons de ce renouvellement partiel du règlement d'exemption en assurance.

Jean-Marc Binon

Référéndaire à la Cour de justice de l'Union européenne
Maître de conférences invité à l'Université catholique de Louvain

Rechtspraak/ Jurisprudence

HOF VAN CASSATIE 11 JANUARI 2010

VERZEKERINGEN

Landverzekering – Landverzekeringscontract in het algemeen – Subrogatierecht van de verzekeraar – Begrip aansprakelijke derde – Opzettelijke schadegeval – Minderjarige

Zaak: nr. C070434F/1

In de rechtsleer en praktijk bestond geen eensgezindheid over de vraag of een aansprakelijkheidsverzekeraar die tot dekking van de aansprakelijkheid van de ouder(s) het slachtoffer vergoedt, een subrogatievordering kan instellen tegen de minderjarige die bij deze ouder(s) inwoont en het schadegeval opzettelijk heeft veroorzaakt. In het arrest van 11 januari 2010 (C070434F/1) herstelt het Hof van Cassatie de rechtszekerheid.

Het Hof beslist vooreerst dat de bij zijn ouders inwonende minderjarige die een opzettelijke daad heeft begaan en die als verzekerde wordt aangewezen in de door zijn ouders gesloten verzekeringsovereenkomst BA privéleven (familiale verzekering) een verzekerde is in de zin van artikel 88, eerste lid, van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst. Hij is verzekerde zelfs als de verzekeraar geen dekking aan hem heeft verleend maar de benadeelde alleen heeft vergoed tot dekking van de aansprakelijkheid van zijn verzekerde ouders.

Vervolgens beslist het Hof dat uit het feit dat de verzekeraar niet tot dekking van de aansprakelijkheid van de minderjarige heeft uitgekeerd, niet kan worden afgeleid dat die minderjarige een derde is in de zin van artikel 41, eerste lid, van voornoemde wet van 25 juni 1992.

Aangezien de minderjarige geen aansprakelijke derde is in de zin van artikel 41, dient hieruit te worden besloten dat die BA-verzekeraar tegen deze minderjarige geen subrogatievordering kan instellen.

Gezien de algemene wijze waarop het Hof de beslissing formuleert, kan worden aangenomen dat het principe geldt voor alle aansprakelijkheidsverzekeringen.

Dit arrest doet geen uitspraak over het recht om een subrogatievordering in te stellen tegen een minderjarige die niet verzekerd is in of onder de overeenkomst op grond waarvan de verzekeraar heeft vergoed.

Voor wat betreft de familiale verzekering onderstreept deze beslissing het belang om bij het uitwerken van regelingen van co-ouderschap zekerheid te hebben over de vraag in welke polis(sen) de minderjarige een verzekerde is.

Caroline Van Schoubroeck
Hoofddocent K.U.Leuven