

rences de traitement. Ces protocoles devront être traduits dans des conventions collectives de travail au plus tard le 1^{er} janvier 2023. De leur côté, les employeurs devront, durant cette même période, s'inscrire dans un tel trajet pour mettre fin à ces différences de traitement au niveau de leur entreprise, à moins qu'ils préfèrent attendre le résultat de négociations sectorielles pour adapter leur plan de pension complémentaire.

La matière des pensions complémentaires a par ailleurs fait l'objet d'une série de retouches, parfois importantes, par la loi du 8 mai 2014 concernant les pensions complémentaires, d'autres compléments aux avantages accordés pour les diverses branches de la sécurité sociale et la compétence du tribunal du travail (*M.B.*, 2 juin 2014), et par la loi du 15 mai 2014 portant des dispositions diverses (*M.B.*, 19 juin 2014).

La loi du 8 mai 2014 centralise la compétence de première instance en matière de pensions complémentaires au niveau du tribunal du travail. La loi du 15 mai 2014 comporte, pour sa part, des mesures consistant, notamment, à uniformiser les délais de prescription en la matière (cinq ans; art. 2 à 8), à renforcer l'information des travailleurs sur les données relatives à leur pension complémentaire (art. 9 à 34), à encadrer davantage les pensions complémentaires pour dirigeants d'entreprise indépendants (art. 35 à 56), à préciser la notion de « sortie » d'un régime dans certaines situations particulières telles que les régimes « multi-organismes » ainsi que les conditions d'apurement de la garantie de rendement à charge de l'organisateur (art. 57 à 61) et à clarifier la notion d'« âge de la retraite » dans le contexte des pensions complémentaires (art. 62 à 72) de même que le statut des travailleurs âgés qui demeurent au service de l'entreprise (art. 81). L'entrée en vigueur de cette loi varie en fonction des dispositions concernées.

J.-M.B.

Arrêté royal du 10 avril 2014 réglementant certains contrats d'assurance visant à garantir le remboursement du capital d'un crédit hypothécaire

ASSURANCES

Assurances terrestres – Assurances de personnes – Assurances vie – Assurances du solde restant dû pour les personnes présentant un risque de santé accru

VERZEKERINGEN

Landverzekering – Persoonsverzekering – Levensverzekeringen – Schuldsaldoverzekeringen voor personen met een verhoogd gezondheidsrisico

Cet arrêté royal du 10 avril 2014 (*M.B.*, 10 juin 2014) permet l'entrée en vigueur et porte exécution des articles 212 à 224 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances (*M.B.*, 30 avril 2014), lesquels ont repris, en substance, les articles 138^{ter}-1 à 138^{ter}-13 de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre (rem-

placée par cette dernière loi), qui avaient été introduits par la loi du 21 janvier 2010 relative aux assurances du solde restant dû pour les personnes présentant un risque de santé accru (*M.B.*, 3 février 2010).

Le champ d'application de l'arrêté royal est limité aux assurances garantissant le remboursement du capital d'un crédit hypothécaire contracté en vue de la transformation ou de l'acquisition de l'habitation propre et unique du candidat preneur d'assurance (art. 1^{er}, 1^o).

Plutôt que d'établir, comme l'y autorise l'article 212, § 1, de la loi du 4 avril 2014, un « questionnaire médical standardisé », dont l'élaboration avait dans un premier temps été confiée, sans succès, à la Commission des assurances (ex-art. 138^{ter}-1, § 1, de la loi du 25 juin 1992), l'arrêté royal prévoit que l'entreprise d'assurance ne peut utiliser qu'un questionnaire médical approuvé par le Bureau du suivi de la tarification visé à l'article 217 de la loi du 4 avril 2014, à l'égard de tout candidat à l'assurance (indépendamment du fait que ce dernier présente, ou non, un risque de santé accru) (art. 4). Ce questionnaire doit être conforme à la législation relative à la protection de la vie privée. Les questions qu'il comporte doivent être précises et porter exclusivement sur des événements susceptibles d'attester du caractère accru d'un risque de santé dans le chef du candidat assuré. Elles ne peuvent, en outre, faire aucune référence aux aspects strictement privés de la vie de ce candidat assuré, tels que sa sexualité, ses hobbies, ses voyages à l'étranger ou encore sa vie professionnelle (art. 5).

L'arrêté royal détaille l'obligation de motivation qui pèse sur l'assureur lorsque celui-ci décide de refuser l'assurance, de réclamer une surprime ou de prévoir une exclusion spécifique de garantie en raison d'un risque de santé accru (art. 2 et 6 à 9). Par ailleurs, sur demande écrite du candidat assuré ou de l'assuré, l'assureur est tenu de fournir à l'intéressé des informations sur les études concrètes et/ou statistiques ayant motivé sa décision ainsi que sur la relation entre la surmortalité attendue et le niveau de la surprime réclamée. En revanche, il n'est pas obligé d'accéder à des demandes visant à obtenir des informations telles que les statistiques internes ou les règles d'acceptation et de tarification propres à l'entreprise d'assurance (art. 10).

L'arrêté royal précise les conditions de fonctionnement du Bureau du suivi de la tarification. Ce Bureau, qui devra se doter d'un règlement d'ordre intérieur, devra (après réexamen éventuel par le réassureur conformément aux articles 214 à 216 de la loi du 4 avril 2014) traiter les demandes d'examen pour les cas de refus, d'exclusion spécifique de garantie ou de surprime supérieure à 75% de la prime de base (à savoir, aux termes de l'art. 223, al. 3, de la loi du 4 avril 2014 et de l'art. 1^{er}, 2^o, de l'arrêté royal, la prime la plus avantageuse proposée par l'assureur pour une personne du même âge). Il devra faire une

« proposition contraignante » aux parties concernées dans les quinze jours de la réception du dossier complet. Si cette proposition ne mène pas à une surprime plus favorable pour le candidat à l'assurance, l'assureur peut confirmer son offre initiale. Dans le cas contraire, il peut soit formuler une offre correspondant à la proposition du Bureau, soit refuser l'assurance (art. 12 à 15).

L'arrêté royal fixe les conditions d'agrément, de contrôle et d'intervention de la Caisse de compensation visée à l'article 220 de la loi du 4 avril 2014, dont la mission consiste à répartir la charge des surprimes afférentes aux risques de santé accrus sur la base d'une solidarité financière impliquant les assureurs vie et les organismes de crédit hypothécaire (art. 18 à 28). Il est notamment prévu que cette Caisse n'intervienne que si la surprime réclamée est supérieure à 125% de la prime de base, sans que son intervention ne puisse dépasser 800% de cette prime (art. 28).

Enfin, l'arrêté royal fixe l'entrée en vigueur des articles 212 à 224 de loi du 4 avril 2014 au 10 juin 2014 (art. 30). Quant à ses propres dispositions, elles entreront en vigueur le jour de la publication au *Moniteur belge* du règlement d'ordre intérieur du Bureau du suivi de la tarification et, au plus tard, le 1^{er} janvier 2015 (art. 31).

J.-M.B.

Rechtspraak/Jurisprudence

Cour de cassation 3 mars 2014

Cour de cassation 8 mai 2014

Affaire: C. 13.0224.F et C. 13.0451.N

ASSURANCES

Assurance terrestre – Exécution du contrat – Déchéance prestation d'assurance – Sinistre intentionnel – Cause de déchéance et non d'exclusion

VERZEKERINGEN

Landverzekering – Uitvoering van de overeenkomst – Verval van de verzekeringsprestatie – Opzettelijke schadegeval – Verval van dekking en geen uitsluiting

La Cour de cassation vient de rappeler à deux reprises la distinction entre déchéance et exclusion en cas de sinistre intentionnel.

Dans le premier cas (C.13 0224.F), le preneur d'assurance et bénéficiaires d'un contrat d'assurance sur la vie sur la tête de son épouse avait mis fin à ses jours après avoir tué son épouse.

Pour refuser la couverture aux héritiers légaux désignés comme bénéficiaire à titre subsidiaire, l'assureur affirmait que l'article 8, alinéa 1^{er}, de la loi du 25 juin 1992 qui permet de refuser sa garantie « à quiconque a causé intentionnellement le sinistre » ne lui imposait pas de fournir sa garantie à tout autre bénéficiaire étranger au

fait intentionnel et lui permettait au contraire d'écarter, par une disposition contractuelle, sa garantie pour cet autre bénéficiaire.

Suivant cette logique, l'assureur avait introduit dans ses conditions générales les clauses suivantes:

- « Sont exclus les accidents [...] causés par un acte intentionnel de l'assuré ou du bénéficiaire de la police, par suicide ou tentative de suicide, par la participation volontaire à des crimes ou délits » (art. 4);
- « Déchéance. L'assuré et le bénéficiaire seront déchus de tout droit découlant de la police et l'assureur pourra leur réclamer le remboursement de toutes sommes déjà payées: lorsque le preneur d'assurance, l'assuré ou le bénéficiaire aura provoqué intentionnellement l'accident ou aggravé les suites de celui-ci, soit directement, soit en refusant de suivre ou de faire suivre le traitement médical prescrit (...) Lorsqu'il y a plusieurs bénéficiaires, la police ne sortira ses effets qu'en faveur des bénéficiaires n'ayant pris aucune participation à un des événements visés au premier alinéa ci-dessus » (art. 6).

L'assureur refusait sa couverture sur base de la clause d'exclusion (art. 4), en considérant que les héritiers légaux, ne pouvaient bénéficier de la police souscrite sur la tête de l'assurée au motif que le premier bénéficiaire, l'époux de celle-ci, avait intentionnellement provoqué le décès de son épouse.

Les héritiers légaux avaient fait valoir que les dispositions contractuelles étaient contradictoires (clause d'exclusion et clause de déchéance), devaient être réputées non écrites et que l'assureur ne pouvait s'en prévaloir, de sorte que le régime légal de la déchéance prévu par l'article 8, alinéa 1^{er}, de la loi du 25 juin 1992 devait trouver à s'appliquer (art. 14 de l'arrêté royal du 22 février 1991 portant règlement général relatif au contrôle des entreprises d'assurances, 19bis de la loi du 9 juillet 1975 relative au contrôle des entreprises d'assurances et 1162 du Code civil).

L'arrêt de cour d'appel avait toutefois rejeté l'argument de contrariété entre les deux clauses au motif que si « ... l'utilisation à deux reprises du terme 'acte intentionnel' est malencontreuse... l'interprétation contextuelle permet de distinguer deux entendements différents du même terme. »

Selon l'arrêt attaqué, « dans le premier cas l'acte intentionnel qui entraîne l'exclusion est soit un acte délictueux, soit un suicide ou une tentative de suicide, tandis que dans le second cas, il est entendu de manière plus générale comme étant 'avoir provoqué intentionnellement l'accident ou aggravé les suites de celui-ci soit directement, soit en refusant de suivre ou de faire suivre un traitement médical'.