

Rolnummers 4843 en 4846
Arrest nr. 90/2011 van 31 mei 2011

A R R E S T

In zake : de beroepen tot vernietiging van artikel 12 en van de artikelen 6, 12, 13 en 15 van de wet van 17 juni 2009 « tot wijziging, wat de ziekteverzekeringsovereenkomsten betreft, van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst en van de wet van 20 juli 2007 tot wijziging, wat de private ziekteverzekeringsovereenkomsten betreft, van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst », ingesteld respectievelijk door de vzw « Belgische Verbruikersunie Test-Aankoop » en anderen en door de Beroepsvereniging van verzekeringsondernemingen Assuralia.

Het Grondwettelijk Hof,

samengesteld uit de voorzitters R. Henneuse en M. Bossuyt, en de rechters E. De Groot, L. Lavrysen, J.-P. Snappe, J.-P. Moerman, E. Derycke, J. Spreutels, T. Merckx-Van Goey en P. Nihoul, bijgestaan door de griffier P.-Y. Dutilleux, onder voorzitterschap van voorzitter R. Henneuse,

wijst na beraad het volgende arrest :

*

* *

I. Onderwerp van de beroepen en rechtspleging

a. Bij verzoekschrift dat aan het Hof is toegezonden bij op 7 januari 2010 ter post aangetekende brief en ter griffie is ingekomen op 8 januari 2010, heeft de vzw « Belgische Verbruikersunie Test-Aankoop », met maatschappelijke zetel te 1060 Brussel, Hollandstraat 13, Ann Fasseel, wonende te 9310 Meldert, Huizekensstraat 32, en Corinne Chaudron, wonende te 1471 Loupoigne, chaussée de Charleroi 130, beroep tot vernietiging ingesteld van artikel 12 van de wet van 17 juni 2009 « tot wijziging, wat de ziekteverzekeringsovereenkomsten betreft, van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst en van de wet van 20 juli 2007 tot wijziging, wat de private ziekteverzekeringsovereenkomsten betreft, van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst » (bekendgemaakt in het *Belgisch Staatsblad* van 8 juli 2009, tweede editie).

b. Bij verzoekschrift dat aan het Hof is toegezonden bij op 8 januari 2010 ter post aangetekende brief en ter griffie is ingekomen op 11 januari 2010, heeft de Beroepsvereniging van verzekeringsondernemingen Assuralia, met zetel te 1000 Brussel, de Meeûsquare 29, beroep tot vernietiging ingesteld van de artikelen 6, 12, 13 en 15 van voormelde wet van 17 juni 2009.

Die zaken, ingeschreven onder de nummers 4843 en 4846 van het Hof, werden samengevoegd.

Memories zijn ingediend door :

- de Beroepsvereniging van verzekeringsondernemingen Assuralia, in de zaak nr. 4843;
- de Ministerraad, in de twee zaken.

De verzoekende partijen hebben respectievelijk memories van antwoord ingediend en de Ministerraad heeft een memorie van wederantwoord in elk van de zaken ingediend.

Op de openbare terechtzitting van 2 februari 2011 :

- zijn verschenen :

. Mr. F. Krenc, advocaat bij de balie te Brussel, voor de verzoekende partijen in de zaak nr. 4843;

. Mr. B. Martel, tevens *loco* Mr. K. Leus, advocaten bij de balie te Brussel, voor de verzoekende partij in de zaak nr. 4846 en voor de tussenkomenende partij in de zaak nr. 4843;

. Mr. M. Kaiser, Mr. E. Jacobowitz en Mr. A. Poppe, *loco* Mr. X. Leurquin, advocaten bij de balie te Brussel, voor de Ministerraad, in de twee zaken;

- hebben de rechters-verslaggevers J. Spreutels en E. De Groot verslag uitgebracht;
- zijn de voornoemde advocaten gehoord;

- zijn de zaken in beraad genomen.

De bepalingen van de bijzondere wet van 6 januari 1989 op het Grondwettelijk Hof met betrekking tot de rechtspleging en het gebruik van de talen werden toegepast.

II. *In rechte*

- A -

Ten aanzien van de zaak nr. 4843

Wat het onderwerp van het beroep betreft

A.1. De Ministerraad is van mening dat de middelen van het vernietigingsberoep enkel betrekking hebben op het tweede lid van artikel 21*octies*, § 2, van de wet van 9 juli 1975 « betreffende de controle der verzekeringsondernemingen », dat werd ingevoegd bij artikel 12 van de wet van 17 juni 2009 « tot wijziging, wat de ziekteverzekeringsovereenkomsten betreft, van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst en van de wet van 20 juli 2007 tot wijziging, wat de private ziekteverzekeringsovereenkomsten betreft, van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst ».

De Ministerraad wijst erop dat de bestreden bepaling de vorige versie van artikel 21*octies*, § 2, van de wet van 9 juli 1975 slechts uit twee oogpunten wijzigt : zij verdeelt die tekst in alinea's en zij voegt de twee zinnen in die voortaan het tweede lid van die paragraaf vormen, dat het enige nieuwe « normatief element » is dat bij de bestreden bepaling wordt ingevoegd.

Wat het belang van de verzoeksters betreft

A.2.1. In het verzoekschrift tot vernietiging doet de vereniging zonder winstoogmerk « Belgische Verbruikersunie Test-Aankoop VZW » van haar belang blijken om de vernietiging van artikel 12 van de wet van 17 juni 2009 te vorderen door de omstandigheid dat zij tot doel heeft de belangen van de consument en de mensenrechten in het algemeen, alsook de strijd tegen elke discriminatie te bevorderen, te verdedigen en te vertegenwoordigen, en dat zij in die hoedanigheid initiatieven kan nemen en activiteiten kan ontwikkelen die met dat doel verbonden zijn, onder andere in rechte optreden. Zij merkt op dat de bestreden bepaling betrekking heeft op de belangen van de consumenten die een ziekteverzekeringsovereenkomst hebben gesloten of die de intentie hebben om zulk een overeenkomst te sluiten.

Ann Fasseel en Corinne Chaudron doen blijken van hun belang om de vernietiging van dezelfde wetsbepaling te vorderen door de omstandigheid dat zij een « hospitalatieverzekeringsovereenkomst » hebben gesloten en dat die bepaling rechtstreeks betrekking heeft op dat type van overeenkomst.

A.2.2. De Ministerraad betwist het belang van de verzoeksters om de vernietiging van artikel 12 van de wet van 17 juni 2009 te vorderen.

Hij wijst in de eerste plaats erop dat de wet van 9 juli 1975 die door de bestreden bepaling wordt gewijzigd, het toezicht op de verzekeringsondernemingen organiseert om de rechten van de verzekerden te beschermen. Hij beweert dat het ter uitvoering is van artikel 15 van de richtlijn 73/239/EEG van 24 juli 1973 « tot coördinatie van de wettelijke en bestuursrechtelijke bepalingen betreffende de toegang tot het directe verzekeringsbedrijf, met uitzondering van de levensverzekeringsbranche, en de uitoefening daarvan » en van artikel 56 van de richtlijn 91/674/EEG van de Raad van 19 december 1991 « betreffende de jaarrekening en de geconsolideerde jaarrekening van verzekeringsondernemingen » dat de bestreden bepaling de Commissie voor het Bank-, Financier- en Assurantiewezen (CBFA) machtigt tot het uitoefenen van een « preventief prudentieel toezicht » dat ertoe strekt het faillissement van een verzekeringsonderneming te voorkomen, teneinde een correcte uitvoering van de overeenkomsten die zij met de verzekerden heeft gesloten, te waarborgen. Hij onderstreept dat de

verzoeksters de begunstigden zijn van die bevoegdheid van de CBFA, die niet kan worden aangewend als een machtiging tot eenzijdige tariefverhoging, maar moet worden opgevat als het ultieme middel om het financiële evenwicht van de verzekeringsondernemingen te waarborgen in het belang van de verzekerden. De Ministerraad preciseert dat het de CBFA zal toekomen zich uit te spreken over het op grond van de bestreden bepaling geformuleerde verzoek van een verzekeringsonderneming. Uit het voorgaande leidt hij af dat de bestreden bepaling de bescherming van de belangen van de verzoeksters versterkt.

De Ministerraad voegt eraan toe dat de verzoeksters geen kritiek hebben op de bevoegdheid die bij artikel 21octies, § 2, eerste lid, van de wet van 9 juli 1975 aan de CBFA wordt verleend terwijl het toezicht dat zij op grond van die bepaling uitoefent, vergelijkbaar is met hetwelk haar wordt toegekend bij artikel 21octies, § 2, tweede lid, van de wet van 9 juli 1975. Hij voegt eraan toe dat de mogelijkheid, voor de verzekeringsonderneming, om zelf het optreden van de CBFA te vragen, het voor de verzekerden nadelige risico van faillissement zal verminderen.

A.2.3. In hun memorie van antwoord antwoorden de verzoeksters de Ministerraad in de eerste plaats dat het niet is omdat de wet van 9 juli 1975 wordt verondersteld de verzekerden te beschermen dat een van de bepalingen ervan hun rechten niet zou kunnen aantasten of niet ongrondwettig zou kunnen worden geacht. Zij doen opmerken dat artikel 21octies, § 2, tweede lid, van die wet enkel de verzekeringsondernemingen betreft en geen enkel recht invoert voor de verzekerden.

Zij voegen eraan toe dat het toezicht vanwege de CBFA - dat slechts « prudentieel » is - nauwelijks effectief is in de praktijk en geen rekening houdt met de belangen van de verzekerden. Zij wijzen eveneens erop dat de bestreden bepaling niet aangeeft dat de nieuwe bevoegdheid van de CBFA slechts een uitzonderlijk en ultiem middel is om het financieel evenwicht van de verzekeringsondernemingen te waarborgen.

De verzoeksters antwoorden vervolgens dat, in tegenstelling tot hetgeen de Ministerraad beweert, het beroep tot vernietiging ook betrekking heeft op artikel 21octies, § 2, eerste lid, van de wet van 9 juli 1975, zoals het bij de bestreden bepaling wordt ingevoegd. Zij preciseren dat de omstandigheid dat die tekst een reeds bestaande regel overneemt, hun niet een belang ontnemt om de vernietiging ervan te vorderen. De verzoeksters zetten daarnaast uiteen dat de bevoegdheid die de CBFA afleidt uit het tweede lid van artikel 21octies, § 2, van de wet van 9 juli 1975, ruimer is dan de bevoegdheid die zij afleidt uit het eerste lid van die bepaling, en dat het heel waarschijnlijk is dat de CBFA, op verzoek van de verzekeringsondernemingen, van haar nieuwe bevoegdheid veel vaker gebruik zal maken dan van de bevoegdheid die zij reeds had vóór de aanneming van de bestreden bepaling.

Wat betreft de ontvankelijkheid van de memorie die werd ingediend met toepassing van artikel 87, § 2, van de bijzondere wet van 6 januari 1989 op het Grondwettelijk Hof

A.3. De Beroepsvereniging van verzekeringsondernemingen Assuralia is van mening dat zij en haar leden rechtstreeks en ongunstig worden geraakt door de wet van 17 juni 2009.

Zij wijst erop dat het Hof haar belang om in rechte te treden reeds heeft erkend en zet in de eerste plaats uiteen dat een beroepsvereniging, krachtens de wet van 31 maart 1898 op de beroepsverenigingen, de vereiste hoedanigheid heeft om bepalingen aan te vechten die de belangen van haar leden rechtstreeks en ongunstig raken. Zij preciseert dat zij alle Belgische en buitenlandse verzekeringsondernemingen vertegenwoordigt die ziekteverzekeringsovereenkomsten aanbieden op de Belgische markt. Zij voegt eraan toe dat haar doel bestaat in de studie, de bescherming en de ontwikkeling van de beroepsbelangen van haar leden en dat haar statuten preciseren dat zij een functie heeft van vertegenwoordiging, coördinatie, studie en overleg, informatie en sensibilisering.

Assuralia zet vervolgens uiteen dat het collectief belang van haar leden rechtstreeks wordt geraakt door de bestreden bepaling en rechtstreeks zal worden geraakt door de beslissing die het Hof zal nemen met betrekking tot het vernietigingsberoep. Zij preciseert dat die bepaling de activiteiten van haar leden rechtstreeks en ongunstig raakt doordat die leden de voorwaarden en tarieven van hun producten zullen moeten aanpassen om rekening te houden met de beperkende en dwingende tariefregels die de bestreden bepaling bevat die ertoe strekt de vrijheid van handel en nijverheid van de verzekeringsondernemingen te beperken. Assuralia voert ook aan dat de door de verzoeksters uiteengezette middelen van ongrondwettigheid haar en haar leden rechtstreeks en ongunstig raken omdat, indien die middelen gegrond zouden worden verklaard, de - voor het leven gesloten - ziekteverzekeringsovereenkomsten niet meer zouden kunnen worden gewijzigd in de gevallen die in de

bestreden bepaling zijn omschreven. Zij merkt op dat, indien artikel 12 van de wet van 17 juni 2009 zou worden vernietigd, alle beperkingen en verplichtingen die artikel 6 van dezelfde wet aan de verzekeringsondernemingen oplegt, zouden blijven gelden, terwijl de bestreden bepaling zou zijn opgevat als een compensatie van dat artikel 6 waarmee zij onlosmakelijk verbonden is.

Wat betreft het eerste middel, dat is afgeleid uit de schending van de artikelen 10, 11 en 16 van de Grondwet, van het « beginsel van rechtszekerheid » en van het « beginsel van de bindende kracht van overeenkomsten », in samenhang gelezen met artikel 1 van het Eerste Aanvullend Protocol bij het Europees Verdrag voor de rechten van de mens

A.4.1. De verzoeksters wijzen erop dat de bevoegdheid tot eenzijdige wijziging van een lopende verzekeringsovereenkomst, die de bestreden bepaling toekent aan de verzekeringsonderneming en aan de CBFA, het evenwicht tussen de partijen bij de overeenkomst kan verbreken en kan ingaan tegen de verwachtingen van de verzekerde.

Zij stellen dat het « beginsel van de bindende kracht van overeenkomsten » dat is uitgedrukt in artikel 1134 van het Burgerlijk Wetboek, een grondwettelijke waarde heeft. Zij bevestigen daarnaast dat het « beginsel van rechtszekerheid » een algemeen rechtsbeginsel met grondwettelijke waarde is en dat, volgens een arrest van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens van 2 juli 2009 (*Jordan Jordanov t. Bulgarije*), alle artikelen van het Europees Verdrag voor de rechten van de mens dat beginsel uitdrukken, dat een van de fundamentele elementen van de rechtsstaat vormt. Zij zijn van mening dat de twee voormelde beginselen ten grondslag liggen aan de door het middel beoogde bepalingen en in aanmerking moeten worden genomen bij het onderzoek van de bestaanbaarheid van een wetskrachtige bepaling met de artikelen 10 en 11 van de Grondwet.

De verzoeksters voegen eraan toe dat het gebruik van de nieuwe bevoegdheid van de verzekeringsonderneming en van de CBFA afbreuk kan doen aan de legitieme verwachtingen van de verzekerde, die steunen op artikel 1 van het Eerste Aanvullend Protocol bij het Europees Verdrag voor de rechten van de mens.

De verzoeksters zijn van mening dat de uitoefening van die bevoegdheid niet is afgebakend. Zij betreuren dat het woord « verlieslatend » niet wordt gedefinieerd, alsook de ruime draagwijdte van de woorden « maatregelen » en « aanpassing », op grond waarvan de CBFA een onbegrensde stijging van de verzekeringspremie zou kunnen toestaan. Zij zijn van mening dat de verwijzing die de bepaling doet naar het « risico » van verlies, de aantasting van de voormelde beginselen klaarblijkelijk onevenredig maakt.

De verzoeksters merken eveneens op dat de bevoegdheid die bij de bestreden bepaling aan de CBFA en aan de verzekeringsonderneming wordt toegekend - en die zij buitensporig noemen - op geen enkele dwingende reden berust. Zij preciseren in hun memorie dat die bevoegdheid bovenop de indexeringsmogelijkheden komt - die artikel 138bis-4, §§ 2 en 3, van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst opent - die deze onderneming toelaten haar tarief te verhogen en haar financieel evenwicht te waarborgen. Zij zien daarin een nieuwe en belangrijke uitzondering op het « beginsel van onaantastbaarheid van de overeenkomst ».

De verzoeksters voeren ten slotte aan dat de bestreden norm de verzekerde die gebonden is door een ziekteverzekeringsovereenkomst die wordt beoogd door artikel 138bis-2 van de wet van 25 juni 1992, in een discriminerende situatie plaatst ten aanzien van de personen die gebonden zijn door een ander type van overeenkomst, dat niet zulke substantiële wijzigingen kan ondergaan. Zij preciseren dat zij de situatie van de CBFA niet willen vergelijken met die van de partijen die gebonden zijn door een verzekeringsovereenkomst.

A.4.2. In hun memorie van antwoord voegen de verzoeksters eraan toe dat het de verzekeringsonderneming is die de gevolgen moet dragen van een slechte risicobeoordeling bij het sluiten van de ziekteverzekeringsovereenkomst. Zij zijn van mening dat de bestreden bepaling afbreuk doet aan de legitieme verwachtingen van de verzekerde die te goeder trouw een overeenkomst heeft gesloten onder gunstige voorwaarden. Zij wijzen erop dat alleen overmacht - gedefinieerd als een ernstig, volkomen onvoorzienbaar en uitzonderlijk voorval - een afwijking van het « beginsel van de bindende kracht van overeenkomsten » rechtvaardigt.

De verzoeksters zetten ook uiteen dat de bestreden bepaling de verzekeringsonderneming ertoe aanzet een riskante strategie van ondertarifiëring toe te passen ten aanzien van jonge klanten, van wie de legitieme verwachtingen vervolgens met de toestemming van de CBFA kunnen worden beschaamd. Zij wijzen in dat

verband erop dat de verzekerde die de leeftijd van vijftig jaar nadert of overschrijdt *de facto* niet meer de mogelijkheid heeft om met een andere verzekeringsonderneming een nieuwe verzekeringsovereenkomst te sluiten ter dekking van het risico van hospitalisatie, zodat hij in de praktijk wordt gedwongen de nieuwe voorwaarden te aanvaarden die worden voorgesteld door de onderneming waaraan hij reeds gebonden is, zonder dat hij daadwerkelijk gebruik kan maken van zijn opzeggingsrecht.

De verzoeksters zijn van mening dat de bestreden bepaling, doordat zij niet preciseert, enerzijds, dat alleen ernstige, uitzonderlijke en onvoorzienbare verliezen een wijziging van de lopende overeenkomsten kunnen rechtvaardigen noch, anderzijds, dat de door de CBFA toegelaten maatregelen niet mogen leiden tot een wijziging van de wezenlijke kenmerken van de lopende overeenkomsten, het juiste evenwicht verbreekt tussen de bescherming van het algemeen belang en die van het recht op het ongestoord genot van de eigendom.

De verzoeksters stellen dat, indien de bevoegdheid die aan de CBFA wordt toegekend bij het tweede lid van artikel 21*octies*, § 2, van de wet van 9 juli 1975, vergelijkbaar is met die welke haar wordt toegekend bij het eerste lid van dezelfde bepaling, het niet noodzakelijk is om het risico van verlies in het tweede lid te beogen.

De verzoeksters relativeren ten slotte de rol van het « prudentieel toezicht » door de CBFA, waarvan de tekortkomingen - die tijdens de recente financiële en bankencrisis aan het licht kwamen - ertoe hebben geleid dat de bevoegdheid inzake toezicht op de verzekeringsondernemingen, die voordien door de CBFA werd uitgeoefend, aan de Nationale Bank van België werd toegewezen.

A.5.1. De Ministerraad antwoordt dat, in zoverre het is afgeleid uit de rechtstreekse schending van het « beginsel van de bindende kracht van overeenkomsten » en uit die van het « beginsel van rechtszekerheid », het eerste middel onontvankelijk is, omdat het de bevoegdheid van het Hof te buiten gaat. Hij verwijst in dat verband naar het arrest nr. 2/94 van 13 januari 1994, naar het arrest nr. 24/96 van 27 maart 1996 en naar het arrest nr. 196/2009 van 3 december 2009.

Hij merkt bovendien en in ondergeschikte orde op dat artikel 1134 van het Burgerlijk Wetboek geen hogere waarde heeft dan de bestreden bepaling, dat er vele wetbepalingen zijn die afwijken van de door het Burgerlijk Wetboek erkende regel van contractuele vrijheid, en dat het verwijt dat is afgeleid uit een zogenaamde rechtsonzekerheid niet voldoende onderbouwd is.

A.5.2. De Ministerraad antwoordt bovendien dat in het verzoekschrift tot vernietiging niet wordt uiteengezet in welk opzicht de bestreden bepaling onbestaanbaar zou zijn met artikel 16 van de Grondwet.

A.5.3.1. Wat de aangevoerde schending van de artikelen 10 en 11 van de Grondwet betreft, merkt de Ministerraad in hoofdorde op dat de bestreden bepaling geen verschil in behandeling creëert tussen de partijen bij de verzekeringsovereenkomst, en dat de CBFA niet met die partijen kan worden vergeleken.

In zijn memorie van wederantwoord oordeelt de Ministerraad dat het middel onontvankelijk is in zoverre het het Hof verzoekt de situatie van de verzekerde die gebonden is door een ziekteverzekeringsovereenkomst die wordt beoogd in artikel 138*bis*-2 van de wet van 25 juni 1992, te vergelijken met die van de personen die door een ander type van overeenkomst zijn gebonden. Hij verwijst naar het arrest nr. 56/95 van 12 juli 1995 en beweert dat die vergelijking niet kon worden afgeleid uit het verzoekschrift tot vernietiging. Hij verwijst voor het overige naar de argumenten die hij uiteenzet als antwoord op het derde middel van de verzoekende partijen.

A.5.3.2. In ondergeschikte orde antwoordt de Ministerraad dat, indien de bestreden bepaling in die zin wordt gelezen dat zij een verschil in behandeling invoert tussen de verzekerde en de verzekeringsonderneming doordat zij die laatste een recht toekent dat zij niet aan de eerstgenoemde geeft, dat verschil in behandeling niet discriminerend is.

Hij citeert het arrest nr. 160/2003 van 10 december 2003 en merkt in dat verband op dat de bestreden bepaling behoort tot de beleidsvrijheid van de wetgever om de maatregelen te kiezen die noodzakelijk zijn voor de stabiliteit van het financiële systeem. Hij citeert het arrest nr. 8/2009 van 15 januari 2009 en is eveneens van mening dat het aan de Raad van State, en zelfs aan de hoven en rechtbanken, toekomt om na te gaan of de CBFA de bevoegdheid die haar bij de bestreden bepaling wordt toegekend, aanwendt in overeenstemming met de artikelen 10 en 11 van de Grondwet.

De Ministerraad zet vervolgens uiteen dat de bestreden bepaling tot doel heeft de verzekerde die gebonden is door een ziekteverzekeringsovereenkomst te beschermen. Het zou erom gaan de financiële leefbaarheid te waarborgen van de verzekeringsondernemingen die met uitzonderlijke bijzondere omstandigheden worden geconfronteerd, door het « prudentieel toezicht » van de CBFA te versterken.

Hij stelt vervolgens dat het bekritiseerde verschil in behandeling op een objectieve en redelijke verantwoording berust. Hij wijst erop dat de bestreden bepaling een verzekeringsonderneming geen andere bevoegdheid toekent dan de bevoegdheid om een verzoek te richten aan de CBFA, en dat alleen die laatste de bevoegdheid bezit om de onderneming ertoe te machtigen maatregelen te nemen om haar tarieven in evenwicht te brengen. Hij beweert dat de CBFA reeds over die bevoegdheid beschikte sinds de inwerkingtreding van de wet van 20 juli 2007 « tot wijziging, wat de private ziekteverzekeringsovereenkomsten betreft, van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst », bevoegdheid die zij slechts mag uitoefenen met inachtneming van het kader dat is vastgesteld door artikel 45, § 1, 6°, van de wet van 2 augustus 2002 « betreffende het toezicht op de financiële sector en de financiële diensten », door de algemene beginselen van het administratief recht en door de verplichting om haar opdrachten te vervullen in het algemeen belang, dat wil zeggen, te dezen, teneinde de bescherming van de verzekerden te waarborgen.

De Ministerraad preciseert dat de tarieven slechts in evenwicht kunnen worden gebracht zoals bepaald bij artikel 21*octies*, § 2, van de wet van 9 juli 1975, indien de indexeringen waarin is voorzien bij artikel 138*bis*-4, §§ 2 en 3, van de wet van 25 juni 1992, onvoldoende blijken om een verlies of een risico van verlies te vermijden, zodat dit in evenwicht brengen slechts uitzonderlijk zal zijn en de levenslange contractuele verhouding tussen de verzekerde en de verzekeringsonderneming niet vaak zal beïnvloeden.

De Ministerraad onderstreept dat het voor een verzekeringsonderneming zeer moeilijk is om het risico nauwkeurig te beoordelen bij het sluiten van een ziekteverzekeringsovereenkomst die voor het leven wordt gesloten, zo talrijk zijn de onvoorzienbare en niet-beheersbare parameters. Hij merkt ook op dat niets een verzekeringsonderneming verbiedt om de jongste verzekerden een minder hoge premie voor te stellen en vanaf een bepaalde leeftijd te voorzien in een verhoging van de premie. Hij stelt ook dat de CBFA, op grond van artikel 21*octies*, § 2, eerste lid, van de wet van 9 juli 1975, de nodige maatregelen kan nemen om de voor de verzekerden nadelige praktijken van de verzekeringsondernemingen te bestrijden.

De Ministerraad voegt eraan toe dat een verondersteld gebrek aan precisie van de bewoordingen van de bestreden bepaling niet volstaat om een discriminatie aan te tonen. Hij wijst in dat verband erop dat de CBFA, ter uitvoering van de vroegere regel die is uitgedrukt in het huidige artikel 21*octies*, § 2, eerste lid, van de wet van 9 juli 1975, reeds een rechtspraak heeft ontwikkeld betreffende de maatregelen die zij op grond van het tweede lid van die bepaling zal kunnen nemen. Hij voegt voorts daaraan toe dat de verwijzing, in de bestreden bepaling, naar het risico van verlies, een verzekeringsonderneming ertoe aanzet om de toelating te vragen om haar tarieven in evenwicht te brengen voordat haar financiële toestand hopeloos wordt.

A.5.4. Wat betreft de aangevoerde schending van de artikelen 10, 11 en 16 van de Grondwet, in samenhang gelezen met artikel 1 van het Eerste Aanvullend Protocol bij het Europees Verdrag voor de rechten van de mens, antwoordt de Ministerraad dat de bestreden bepaling een doelstelling van algemeen belang nastreeft die rechtmatig is. Hij herinnert eraan dat, volgens de bewoordingen van artikel 1 ervan, de wet van 9 juli 1975 ertoe strekt de verzekerden te beschermen en dat de bestreden bepaling, doordat zij de bevoegdheden van de CBFA om het faillissement van een verzekeringsonderneming te verhinderen versterkt, ertoe strekt een goede uitvoering van de verzekeringsovereenkomsten, ten gunste van de verzekerden, te waarborgen.

A.6.1. Assuralia is van mening dat het eerste middel, in zoverre het is afgeleid uit de rechtstreekse schending van het « beginsel van de bindende kracht van overeenkomsten » en uit die van het « beginsel van rechtszekerheid », onontvankelijk is omdat het de bevoegdheid van het Hof te buiten gaat. Hij verwijst in dat verband naar het arrest nr. 2/2008 van 17 januari 2008, het arrest nr. 64/2008 van 17 april 2008, het arrest nr. 1/2009 van 8 januari 2009 en het arrest nr. 36/2009 van 4 maart 2009.

Assuralia is van mening dat het middel, in zoverre het is afgeleid uit de schending van de artikelen 10, 11 en 16 van de Grondwet, onontvankelijk is omdat het niet voldoet aan de vereisten van artikel 6 van de wet van 6 januari 1989 op het Grondwettelijk Hof. De beroepsvereniging verwijst in dat verband naar, onder meer, het arrest nr. 79/93 van 9 november 1993, het arrest nr. 17/2007 van 17 januari 2007 en het arrest nr. 11/2008 van 23 januari 2008. Zij merkt op dat het verzoekschrift tot vernietiging niet aangeeft in welk opzicht de bestreden bepaling onbestaanbaar zou zijn met artikel 16 van de Grondwet. De beroepsvereniging citeert het arrest

nr. 93/2008 van 26 juni 2008 en wijst erop dat de categorieën van personen die het Hof met elkaar moet vergelijken, niet duidelijk genoeg worden omschreven.

A.6.2. Assuralia is van mening dat het middel voor het overige klaarblijkelijk niet gegrond is.

De beroepsvereniging zet in de eerste plaats uiteen dat de bestreden maatregel niet onevenredig kan worden geacht om reden van de rol die zij de CBFA toekent. Zij onderstreept dat het dit overheidsorgaan toekomt een beslissing te nemen over de door een verzekeringsonderneming gevraagde wijziging van de ziekteverzekeringsovereenkomst, en dat het het best geplaatst is om de rechten van de verzekerden en van de derden die betrokken zijn bij de uitvoering van een verzekeringsovereenkomst te beschermen. Assuralia merkt op dat het in het belang van de verzekerde en van de verzekeringnemer is dat een verzekeringsonderneming op elk ogenblik in staat is om haar verplichtingen na te komen. Zij wijst erop dat de bevoegdheid die de bestreden bepaling aan de CBFA toekent, niet nieuw is en enkel wordt toegevoegd aan de andere opdrachten van « prudentieel toezicht » die zij reeds uitoefent via, bijvoorbeeld, saneringsmaatregelen ter uitvoering van de artikelen 2, § 6, 14° en 16°, en 26, § 7, van de wet van 9 juli 1975, of van de regel van het nieuwe artikel 21*octies*, § 2, eerste lid, van dezelfde wet.

Assuralia is van mening dat de bestreden maatregel des te meer gerechtvaardigd is voor de ziekteverzekeringsovereenkomst die wordt beoogd in artikel 138*bis*-4 van de wet van 25 juni 1992, daar de technische grondslagen van de premie en de dekkingsvoorwaarden van zulk een overeenkomst in principe ongewijzigd moeten blijven voor de duur van de overeenkomst, die voor het leven wordt aangegaan. De beroepsvereniging is van mening dat het initiatiefrecht van de verzekeringsonderneming, dat door de bestreden bepaling wordt toegekend, onlosmakelijk verbonden is met de zeer dwingende geldigheidsvoorwaarden van zulk een overeenkomst. Zij onderstreept dat het onmogelijk is om bij het sluiten van de overeenkomst een premiebedrag waarmee alle verzekerde prestaties voor de hele duur van de overeenkomst kunnen worden gedekt, met zekerheid vast te stellen.

Assuralia voegt enerzijds eraan toe dat de verzekeringnemer op elk ogenblik die ziekteverzekeringsovereenkomst kan opzeggen terwijl de verzekeringsonderneming ze in principe gedurende het hele leven van de verzekerde moet nakomen en, anderzijds, dat, zelfs in geval van akkoord van de partijen, een wijziging van de technische grondslagen van de premie en van de dekkingsvoorwaarden van zulk een overeenkomst slechts wordt toegestaan indien zij gunstig is voor de verzekerde. De beroepsvereniging herinnert eraan dat de bestreden maatregel ertoe strekt het algemene economische belang dat door het « prudentieel toezicht » wordt beoogd, te vrijwaren en veel verder reikt dan de louter contractuele verhouding tussen de verzekeringsonderneming en de verzekeringnemer. Zij merkt op dat het aanzienlijke belang van het financiële evenwicht van de verzekeringsondernemingen eveneens blijkt uit artikel 15 van de richtlijn 73/239/EEG van 24 juli 1973 en uit artikel 56 van de richtlijn 91/674/EEG van de Raad van 19 december 1991.

Wat de beweerde schending van de artikelen 10 en 11 van de Grondwet betreft, zet Assuralia uiteen dat, indien de partijen bij een ziekteverzekeringsovereenkomst die wordt beoogd door de bestreden bepaling vergelijkbaar zouden worden geacht met de partijen bij een overeenkomst andere dan een verzekeringsovereenkomst, het verschil in behandeling dat uit die bepaling zou volgen, verantwoord zou zijn. De beroepsvereniging wijst erop dat het wettelijk kader van een overeenkomst andere dan een verzekeringsovereenkomst nog meer verschilt van dat van de door de bestreden bepaling beoogde ziekteverzekeringsovereenkomst dan het wettelijk kader van een andere verzekeringsovereenkomst. Zij merkt ook op dat een overeenkomst andere dan een verzekeringsovereenkomst in principe niet voor het leven wordt aangegaan. Een arbeidsovereenkomst van onbepaalde duur kan steeds door beide partijen worden opgezegd. Een huurovereenkomst, wanneer zij voor het leven wordt gesloten, blijft in bepaalde omstandigheden door beide partijen opzegbaar. Assuralia voegt eraan toe dat de aard van de verplichtingen van een huurovereenkomst zeer sterk verschilt van die van de verplichtingen die voortvloeien uit een ziekteverzekeringsovereenkomst, en dat de contractuele verhouding tussen een huurder en een verhuurder niet kan worden vergeleken met het belang van het financiële evenwicht van een verzekeringsonderneming.

Wat betreft het tweede middel, dat is afgeleid uit de schending van de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, in samenhang gelezen met artikel 1 van het Eerste Aanvullend Protocol bij het Europees Verdrag voor de rechten van de mens

A.7.1 De verzoeksters stellen in hun verzoekschrift dat de bestreden bepaling een verschil in behandeling invoert tussen de verzekeringsonderneming en de verzekerde doordat alleen de eerstgenoemde de CBFA kan verzoeken om een toelating tot wijziging van de voorwaarden van de verzekeringsovereenkomst die hen bindt, in geval van financiële moeilijkheden.

Zij onderstrepen dat de twee partijen bij eenzelfde overeenkomst, *in casu* een ziekteverzekeringsovereenkomst bedoeld in artikel 138bis-2 van de wet van 25 juni 1992, kunnen worden vergeleken.

Zij zijn van mening dat, doordat de bevoegdheid tot eenzijdige wijziging die aan de verzekeringsonderneming wordt toegekend (A.4.1), niet is afgebakend, de discriminatie wordt versterkt.

De verzoeksters oordelen dat de bestreden bepaling geen « billijk evenwicht » waarborgt tussen de noodzaak om de financiële leefbaarheid van de verzekeringsondernemingen te garanderen en de bekommernis om de verzekerde - de zwakste partij bij de overeenkomst - te beschermen tegen substantiële wijzigingen van een voor het leven gesloten overeenkomst, die ingaan tegen zijn verwachtingen. Zij voegen eraan toe dat de CBFA op termijn niet langer het prudentieel toezicht op de verzekeringsondernemingen zal uitoefenen.

De verzoeksters herinneren eraan dat de verzekerde die de leeftijd van vijftig jaar nadert of overschrijdt *de facto* niet meer de mogelijkheid heeft om met een andere verzekeringsonderneming een nieuwe verzekeringsovereenkomst te sluiten om het risico van hospitalisatie te dekken, zodat hij in de praktijk wordt gedwongen om de nieuwe voorwaarden te aanvaarden die worden voorgesteld door de onderneming waaraan hij reeds gebonden is, zonder dat hij daadwerkelijk gebruik kan maken van zijn opzeggingsrecht.

A.7.2. In hun memorie van antwoord wijzen de verzoeksters erop dat de bestreden norm geen « billijk evenwicht » waarborgt tussen het algemeen belang en de bescherming van het recht op het ongestoord genot van de eigendom. Met verwijzing naar de uiteenzetting van hun eerste middel stellen zij dat de bestreden bepaling te vaag is geformuleerd en dat zij de onachtzaamheid en de discutabele commerciële strategieën van de verzekeringsondernemingen aanmoedigt.

A.8.1. Met verwijzing naar de uiteenzetting van zijn antwoord op het eerste middel, is de Ministerraad van mening dat het verschil in behandeling tussen de verzekeringsonderneming en de verzekerde niet discriminerend is, rekening houdend met het « billijk evenwicht » tussen het algemeen belang en de bescherming van het recht op het ongestoord genot van de eigendom.

A.8.2. Hij voegt eraan toe dat het aantal ziekteverzekeringsovereenkomsten dat door een verzekeringsonderneming wordt gesloten, volstaat om haar situatie onvergelijkbaar te maken met die van de verzekerde, die slechts één overeenkomst van dat type heeft gesloten. De gigantische collectieve risico's in geval van financiële moeilijkheden van de onderneming zouden niet vergelijkbaar zijn met het individuele risico dat zou worden veroorzaakt door financiële moeilijkheden van de verzekerde. De Ministerraad onderstreept ook dat de bestreden bepaling uitsluitend betrekking heeft op de controle van de financiële leefbaarheid van de verzekeringsondernemingen en die onderneming niet het recht geeft om eenzijdig een element van de ziekteverzekeringsovereenkomst te wijzigen. Hij beklemtoont het feit dat de vergelijkbaarheid van de situatie van twee partijen bij een overeenkomst steeds moet worden beoordeeld in het licht van de bestreden norm.

A.8.3. In ondergeschikte orde stelt de Ministerraad dat de bestreden bepaling bestaanbaar is met de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, al dan niet in samenhang gelezen met artikel 1 van het Eerste Aanvullend Protocol bij het Europees Verdrag voor de rechten van de mens.

Hij benadrukt het feit dat de bestreden bepaling niet de « contractuele prerogatieven » van de verzekerde beperkt, noch die van de verzekeringsonderneming uitbreidt. Hij voert aan dat die bepaling slechts een « modaliteit » is van een bevoegdheid die de CBFA reeds bezat om de verzekerde te beschermen.

A.8.4. In meer dan ondergeschikte orde doet de Ministerraad opmerken dat het middel evenmin gegrond is indien het in die zin wordt begrepen dat het de ontstentenis aanklaagt van een wetsbepaling die de verzekerde in staat stelt om een administratieve overheid te verzoeken dat zij een verlaging van de tarieven van een verzekeringsovereenkomst zou eisen.

Hij wijst in de eerste plaats erop dat het Hof in geval van een vernietigingsberoep niet bevoegd is om uitspraak te doen over de grondwettigheid van een « lacune in de wetgeving ». Hij oordeelt vervolgens dat zulk een bepaling niet zou kunnen worden verantwoord door het doel van algemeen belang van de bestreden bepaling, namelijk de financiële leefbaarheid van de private ziekteverzekering waarborgen. De Ministerraad merkt ten slotte op dat de verzekerde, in geval van financiële moeilijkheden, zijn ziekteverzekeringsovereenkomst kan opzeggen - wat een verzekeringsonderneming niet kan - of een procedure tot collectieve schuldenregeling kan aanvatten.

A.9.1. Assuralia is van mening dat het middel, in zoverre het is afgeleid uit de schending van artikel 1 van het Eerste Aanvullend Protocol bij het Europees Verdrag voor de rechten van de mens, onontvankelijk is omdat het niet voldoet aan de vereisten van artikel 6 van de wet van 6 januari 1989 op het Grondwettelijk Hof. De beroepsvereniging merkt op dat het verzoekschrift tot vernietiging niet aangeeft in welk opzicht de bestreden bepaling onbestaanbaar zou zijn met die internationale bepaling.

A.9.2. Om de redenen die zijn uiteengezet in verband met het eerste middel (A.7.2), oordeelt Assuralia dat, voor het overige, het tweede middel klaarblijkelijk niet gegrond is.

Wat betreft het derde middel, dat is afgeleid uit de schending van de artikelen 10 en 11 van de Grondwet

Over het eerste onderdeel

A.10. De verzoeksters voeren aan dat de bestreden bepaling, doordat zij een wijziging van de ziekteverzekeringsovereenkomst op initiatief van de verzekeraar toestaat, een onverantwoord verschil in behandeling creëert tussen dat type van overeenkomst en de andere overeenkomsten, zoals de huurovereenkomst of de arbeidsovereenkomst, die niet eenzijdig kunnen worden gewijzigd. Zij onderstrepen dat dit verschil in behandeling geen enkele verantwoording kreeg tijdens de parlementaire voorbereiding van de bestreden bepaling.

De verzoeksters preciseren in hun memorie van antwoord dat de ziekteverzekeringsovereenkomst die wordt beoogd door artikel 138bis-2 van de wet van 25 juni 1992 kan worden vergeleken met andere bilaterale rechtshandelingen, in het bijzonder de arbeidsovereenkomst en de huurovereenkomst die, zoals de verzekeringsovereenkomst, synallagmatische overeenkomsten zijn.

Zij merken op dat de huurovereenkomst en de arbeidsovereenkomst niet substantieel kunnen worden gewijzigd tijdens de uitvoering ervan, op verzoek van een enkele partij. Zij zijn van mening dat het « beginsel van de bindende kracht van overeenkomsten » minder in acht wordt genomen wat de voormelde ziekteverzekeringsovereenkomst betreft, omdat het evenwicht tussen de partijen niet is gewaarborgd. Zij voegen eraan toe dat de zwakste partij bij de overeenkomst (de huurder, werknemer, verzekerde) door de wetgever moet worden beschermd. Zij oordelen dat de wetgever zich, via de bestreden bepaling, uitsluitend heeft bekommerd om de financiële gezondheid van de verzekeringsondernemingen, zonder rekening te houden met de belangen van de verzekerde en met de onachtzaamheid en de commerciële strategieën van die ondernemingen, die in de uiteenzetting van het eerste middel worden vermeld.

A.11. De Ministerraad antwoordt in de eerste plaats dat de bestreden bepaling de verzekeringsonderneming helemaal niet de bevoegdheid verleent om eenzijdig bepaalde elementen van overeenkomst te wijzigen, maar enkel tot doel heeft die onderneming in staat te stellen een reeds bestaand mechanisme van « prudentieel toezicht » in te schakelen.

Hij is in hoofdorde van mening dat de door de verzoeksters omschreven categorieën niet vergelijkbaar zijn in het licht van de bestreden norm.

In ondergeschikte orde antwoordt de Ministerraad dat het door de verzoeksters bekritiseerde verschil in behandeling redelijk en objectief verantwoord is. Hij onderstreept in dat verband het specifieke karakter van de verzekeringsovereenkomst, verwijst naar zijn antwoord op het eerste middel en naar de specifieke kenmerken

van bepaalde overeenkomsten, die reeds door het Hof werden erkend in het arrest nr. 127/99 van 25 november 1999, in het arrest nr. 109/2002 van 26 juni 2002 en in het arrest nr. 87/2005 van 4 mei 2005. Hij herinnert ten slotte eraan dat de bestreden bepaling tot doel heeft de verzekerden te beschermen door de rampzalige gevolgen te voorkomen van eventuele onoverkomelijke financiële moeilijkheden van de verzekeringsondernemingen.

A.12. Om de redenen die met betrekking tot het eerste middel zijn uiteengezet (A.7.2), is Assuralia van mening dat het eerste onderdeel van het derde middel klaarblijkelijk niet gegrond is.

Over het tweede onderdeel

A.13. De verzoeksters voeren vervolgens aan dat de bestreden bepaling een onverantwoord verschil in behandeling creëert tussen de ziekteverzekeringsovereenkomst en de andere verzekeringsovereenkomsten. Zij onderstrepen dat dit verschil in behandeling in geen enkel opzicht werd verantwoord tijdens de parlementaire voorbereiding van de bestreden bepaling.

In hun memorie van antwoord wijzen de verzoeksters erop dat alle verzekeringsovereenkomsten, ook al hebben zij elk hun specifieke kenmerken, bilaterale rechtshandelingen zijn die een verzekerde binden aan een verzekeringsonderneming. Zij merken eveneens op dat andere verzekeringsovereenkomsten voor het leven worden aangegaan : de overlijdensverzekering, de spaarverzekering of de lijfrenten.

De verzoeksters merken op dat de overheid in de loop der jaren steeds meer is opgetreden in de sector van de gezondheidszorg.

Zij verwijten de bestreden bepaling ten slotte af te wijken van het « beginsel van de bindende kracht van overeenkomsten » en het evenwicht te verstoren tussen de belangen van de verzekeringsonderneming en die van de verzekerde.

A.14. De Ministerraad antwoordt dat het in het middel bekritiseerde verschil in behandeling redelijk en objectief verantwoord is.

Hij herinnert aan het specifieke karakter van de ziekteverzekeringsovereenkomst en aan het aanvullende karakter van de nieuwe bevoegdheid van de CBFA. Hij stelt dat de overheid wegens budgettaire moeilijkheden de tegemoetkomingen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verstrekkingen en uitkeringen moet beperken, zodat de private verzekeringsondernemingen het steeds meer overnemen, waardoor de bedragen die aan de verzekeringsovereenkomsten verbonden zijn, steeds hoger zijn. Hij preciseert dat, gelet op de vergrijzing van de bevolking en op de kosten die worden veroorzaakt door de vooruitgang van de geneeskunde, de vraag naar geneeskundige verstrekkingen in een veel grotere mate stijgt dan de overheidsfinanciering ervan.

De Ministerraad voegt eraan toe dat het sluiten van levensverzekeringsovereenkomsten en van spaarverzekeringsovereenkomsten, alsook het vaststellen van lijfrenten op objectieve gegevens steunen die de verzekeringnemer in staat stellen de financiële rentabiliteit ervan te voorzien, terwijl de kosten van een ziekteverzekeringsovereenkomst in ruime mate onvoorzienbaar zijn.

De Ministerraad is bovendien van mening dat de bestreden maatregel wordt gecompenseerd door het voordeel van een voor het leven gesloten verzekeringsovereenkomst die slechts in uitzonderlijke omstandigheden door de verzekeringsonderneming kan worden opgezegd.

A.15.1. Om de redenen die in verband met het eerste middel zijn uiteengezet (A.7.2), oordeelt Assuralia dat het tweede onderdeel van het derde middel klaarblijkelijk niet gegrond is.

A.15.2. De beroepsvereniging preciseert dat de bevoegdheid die bij artikel 21*octies*, § 2, eerste lid, van de wet van 9 juli 1975 aan de CBFA wordt verleend, betrekking heeft op alle verzekeringsovereenkomsten.

Zij is van mening dat het initiatiefrecht van de verzekeringsonderneming dat bij de bestreden bepaling wordt toegekend, die bepaling niet discriminerend maakt vermits het uiteindelijk de CBFA toekomt een beslissing te nemen betreffende het herstel van het tariefevenwicht. Zij voegt eraan toe dat dit initiatiefrecht onlosmakelijk verbonden is met de bijzonder dwingende regels die de verzekeringsondernemingen in acht moeten nemen wanneer zij ziekteverzekeringsovereenkomsten bedoeld in artikel 138*bis*-2 van de wet van 25 juni 1992 aanbieden, met de aard van de betrokken prestaties en met de onvoorzienbaarheid van de kosten

ervan. Zij merkt op dat de andere verzekeringsovereenkomsten voor maximum één jaar worden gesloten, zodat de verzekeringsonderneming in dat geval vrij is om het bedrag van de premie aan de kosten van de prestaties aan te passen.

Wat betreft het vierde middel, dat is afgeleid uit de schending van de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, in samenhang gelezen met artikel 33 ervan

A.16. Volgens de bewoordingen van hun verzoekschrift verwijten de verzoeksters de bestreden bepaling de CBFA een buitensporige bevoegdheid toe te kennen terwijl die instantie niet grondwettelijk verankerd is en haar beslissingen noch door de wetgevende, noch door de uitvoerende macht worden bekrachtigd.

In hun memorie van antwoord wijzen de verzoeksters erop dat het middel betrekking heeft op een verschil in behandeling tussen, enerzijds, de personen die een ziekteverzekeringsovereenkomst hebben gesloten die wordt beoogd door artikel 138bis-2 van de wet van 25 juni 1992 en, anderzijds, de personen die niet zulk een overeenkomst hebben gesloten. Zij preciseren dat alleen de legitieme verwachtingen van de eerstgenoemden kunnen worden beschaamd door het optreden van de CBFA.

A.17.1. In hoofdorde antwoordt de Ministerraad dat het vierde middel onontvankelijk is.

Hij merkt in de eerste plaats op dat het Hof onbevoegd is om zich uit te spreken over de bestaanbaarheid van een wetskrachtige bepaling met artikel 33 van de Grondwet. Hij wijst vervolgens erop dat het verzoekschrift geen enkel verschil in behandeling vermeldt.

De Ministerraad voegt in zijn memorie van wederantwoord eraan toe dat de verzoeksters in hun memorie van antwoord hun middel herschrijven, waardoor het als een nieuw middel moet worden beschouwd. Hij verwijst in dat verband naar het arrest nr. 23/89 van 13 oktober 1989, naar het arrest nr. 1/90 van 11 januari 1990 en naar het arrest nr. 56/95 van 12 juli 1995.

A.17.2. In ondergeschikte orde oordeelt de Ministerraad dat het middel klaarblijkelijk niet gegrond is.

Hij stelt dat de rol die wordt toevertrouwd aan de onafhankelijke administratieve overheid die de CBFA in de verzekeringssector is, in een grondwettelijke, administratieve en Europese traditie past. Hij is van mening dat de bevoegdheid die haar bij de bestreden bepaling wordt toegekend, niet buitensporig is. Hij citeert het arrest nr. 10/93 van 11 februari 1993 en het arrest nr. 160/2003 van 10 december 2003 en wijst erop dat de CBFA opdrachten van algemeen belang uitoefent, op een objectieve en onpartijdige wijze, door het nemen van beslissingen die het voorwerp kunnen uitmaken van een jurisdictionele controle die overeenstemt met de vereisten van artikel 6 van het Europees Verdrag voor de rechten van de mens. De Ministerraad wijst ten slotte erop dat de CBFA de fundamentele beginselen in acht neemt die zijn vastgesteld door de « International Association of Insurance Supervisors », zoals de onafhankelijkheid tegenover politieke autoriteiten en commerciële actoren.

A.18.1. In hoofdorde stelt Assuralia dat het vierde middel onontvankelijk is.

De beroepsvereniging herinnert eraan dat het Hof niet bevoegd is om zich uit te spreken over de bestaanbaarheid van een wetskrachtige bepaling met artikel 33 van de Grondwet, noch, in principe, om zich uit te spreken over de bevoegdheidsverdeling tussen de wetgevende macht en de federale overheid. Wat dat laatste punt betreft, verwijst zij naar het arrest nr. 114/2007 van 19 september 2007.

Assuralia wijst vervolgens erop dat het middel niet voldoet aan de vereisten van artikel 6 van de wet van 6 januari 1989 omdat de verzoeksters in hun verzoekschrift niet aangeven in welk opzicht de bestreden bepaling de artikelen 10 en 11 van de Grondwet zou schenden.

A.18.2. In ondergeschikte orde is Assuralia van mening dat het vierde middel klaarblijkelijk niet gegrond is.

Volgens de beroepsvereniging verzet artikel 33 van de Grondwet zich niet tegen de oprichting van een gedecentraliseerde overheidsinstelling zoals de CBFA, en vereist het niet dat de beslissingen van een overheidsinstelling die is opgericht op grond van functionele decentralisatie, door de wetgevende macht of door de uitvoerende macht worden bekrachtigd.

Assuralia wijst ten slotte erop dat het vierde middel gegrond verklaren, zou neerkomen op de vaststelling dat de talrijke publiekrechtelijke rechtspersonen die zijn opgericht in het kader van de functionele decentralisatie - zoals de Commissie voor de regulering van de elektriciteit en het gas, en het Belgisch Instituut voor postdiensten en telecommunicatie -, alsook hun beslissingen ongrondwettig zijn.

Ten aanzien van de zaak nr. 4846

Wat het belang van de verzoekster betreft

A.19. De beroepsvereniging Assuralia doet blijken van haar belang om de vernietiging te vorderen van de artikelen 6, 12, 13 en 15 van de wet van 17 juni 2009 door de omstandigheid dat die bepalingen de activiteiten en het collectief belang van haar leden rechtstreeks en ongunstig raken.

Zij wijst erop dat het Hof haar belang om in rechte te treden reeds heeft erkend en zet eerst uiteen dat een beroepsvereniging, krachtens de wet van 31 maart 1898, de vereiste hoedanigheid heeft om de bepalingen aan te vechten die de belangen van haar leden rechtstreeks en ongunstig raken. Zij preciseert dat zij alle Belgische en buitenlandse verzekeringsondernemingen die op de Belgische markt ziekteverzekeringsovereenkomsten aanbieden, vertegenwoordigt. Zij voegt eraan toe dat haar doel de studie, de bescherming en de ontwikkeling van de beroepsbelangen van haar leden is, en dat haar statuten preciseren dat zij een functie uitoefent van vertegenwoordiging, coördinatie, studie en overleg, informatie en sensibilisering.

Assuralia zet vervolgens uiteen dat het collectief belang van haar leden rechtstreeks wordt geraakt door de bestreden bepalingen en rechtstreeks zal worden geraakt door de beslissing die het Hof zal nemen betreffende het vernietigingsberoep. Zij preciseert dat die bepalingen haar leden zullen verplichten om de voorwaarden en tarieven van hun producten aan te passen teneinde rekening te houden met de beperkende en dwingende tariefregels die vervat zijn in de bestreden bepalingen die ertoe strekken de vrijheid van handel en nijverheid van de verzekeringsondernemingen te beperken.

Wat betreft het eerste middel, dat is afgeleid uit de schending van de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, al dan niet in samenhang gelezen met de vrijheid van handel en nijverheid, met het « algemeen beginsel van de contractuele vrijheid » en met artikel 1 van het Eerste Aanvullend Protocol bij het Europees Verdrag voor de rechten van de mens

A.20.1. Assuralia is van mening dat de regels die zijn uitgedrukt in de artikelen 6, 12, 13 en 15 van de wet van 17 juni 2009 niet redelijk worden verantwoord omdat zij op een kennelijk onevenredige wijze afbreuk doen aan de rechten en vrijheden die in het opschrift van het middel worden beoogd.

De beroepsvereniging preciseert in de eerste plaats dat de mogelijkheid om de premie, de vrijstelling en de prestatie aan te passen op basis van de index van de consumptieprijzen, kennelijk onredelijk is. Zij merkt op dat de kostprijs van de consumptiegoederen die in aanmerking wordt genomen voor de berekening van die index, niet vergelijkbaar is met de uitgaven voor prestaties in de ziekteverzekering.

De verzoekster stelt vervolgens vast dat artikel 138bis-4, § 3, van de wet van 25 juni 1992 - ingevoegd bij artikel 6 van de wet van 17 juni 2009 - niet toelaat te bepalen of de indexcijfers waarnaar het verwijst, op relevante criteria steunen. Die bepaling zou een verzekeringsonderneming niet toelaten te weten of zij de technische grondslagen van de premie en de dekkingsvoorwaarden kan aanpassen aan een wijziging van de reële kosten van de prestaties of aan een wijziging van de omstandigheden die een betekenisvolle invloed hebben op de rechten en verplichtingen die uit de ziekteverzekeringsovereenkomst voortvloeien. In haar memorie van antwoord wijst de verzoekster erop dat de Koning, bij het aannemen van het besluit van 1 februari 2010 « tot vaststelling van de specifieke indexcijfers bedoeld in artikel 138bis-4, § 3, van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst », het niet noodzakelijk heeft geacht de verzekeringsondernemingen in staat te stellen om de technische grondslagen van de premie en de dekkingsvoorwaarden daadwerkelijk aan te passen aan een wijziging van de reële kosten van de gewaarborgde prestaties. De verzoekster legt dienaangaande eveneens het verzoekschrift tot nietigverklaring van 8 april 2010 over, dat zij heeft ingediend bij de afdeling bestuursrechtspraak van de Raad van State om dat koninklijk besluit te laten vernietigen.

De verzoekster onderstreept ook dat de bestreden regeling niet de mogelijkheid heeft overgenomen tot aanpassing van de premie en van de dekkingsvoorwaarden, waarin het vroegere artikel 138*bis*-4, § 3, van de wet van 25 juni 1992 voorzagt, zoals het was ingevoegd bij artikel 2 van de wet van 20 juli 2007 « tot wijziging, wat de private ziekteverzekeringsovereenkomsten betreft, van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst », zodat een verzekeringsonderneming de premie niet meer kan aanpassen in geval van een duurzame wijziging van omstandigheden die een betekenisvolle invloed hebben op de omvang of de kosten van de gewaarborgde prestaties, zoals de wijzigingen van het wettelijk en reglementair kader. Volgens de verzoekster is zulk een verbod kennelijk onevenredig omdat een verzekeringsonderneming bij het sluiten van een levenslange overeenkomst niet kan voorspellen, voor de ganse duur van die overeenkomst, hoe het gedekte risico en de kostprijs van de te verlenen prestaties zullen evolueren. Assuralia merkt op dat een onderneming op dat ogenblik niet weet hoe de medische sector, de kostprijs van de medische dienstverlening en het wettelijk en reglementair kader ervan zullen evolueren. Zij beweert dat de bestreden regeling, onder het voorwendsel dat zij betwistbare praktijken van een klein aantal verzekeringsondernemingen bestrijdt, de verzekeringsondernemingen die te goeder trouw hun tarieven bepalen bij het sluiten van een overeenkomst verhindert om hun tarieven aan te passen aan gebeurtenissen die een invloed hebben op de waarde van de medische prestaties, zoals een wijziging van de terugbetalingen door het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, een wijziging van het programatiebeleid voor medische apparatuur, een aanhoudende stijging van het aantal ziekenhuisopnamen of een substantiële wijziging van het verzekerde risico.

De verzoekster leidt uit de tekst van artikel 21*octies*, § 2, tweede lid, van de wet van 9 juli 1975 af dat de wetgever erkent dat de mogelijkheden tot aanpassing van de technische grondslagen van de premie en van de dekkingsvoorwaarden dermate strikt zijn dat een verzekeringsonderneming « verlieslatend [kan zijn] of [zelfs] dreigt te worden ». Zij verwijst in dat verband naar de onmogelijkheid om de bestreden regeling te rechtvaardigen in het licht van de richtlijn van 24 juli 1973 en de richtlijn van 19 december 1991, en in het bijzonder naar de verplichting om het financieel evenwicht van de verzekeringsondernemingen te behouden. In haar memorie van antwoord leidt de verzoekster, enerzijds, uit een brief die de CBFA op 31 december 2009 aan één van de leden van Assuralia richtte en, anderzijds, uit de memorie van antwoord die de CBFA indiende bij de afdeling bestuursrechtspraak van de Raad van State naar aanleiding van een beroep tot nietigverklaring, vanwege hetzelfde lid van Assuralia, waarbij de wettigheid wordt betwist van een zogenaamde weigering van de CBFA om die verzekeringsonderneming een tariefverhoging toe te staan, af dat de CBFA zelf artikel 21*octies*, § 2, tweede lid, van de wet van 9 juli 1975 interpreteert in die zin dat het haar een prerogatief toekent in het kader van een prudentieel toezicht dat geenszins een recht vormt voor de verzekeringsonderneming en dat haar niet toelaat de regels van artikel 138*bis*-4, §§ 2 en 3, van de wet van 25 juni 1992 te omzeilen. Assuralia voegt eraan toe dat de CBFA ervan uitgaat dat zij niet verplicht is een beslissing te nemen over een verzoek van een verzekeringsonderneming, dat de eventuele aanneming van een beslissing aan geen enkele termijn is onderworpen, dat zij over een ruime discretionaire beoordelingsbevoegdheid beschikt, dat een tariefverhoging niet de enige maatregel is die zij aan een verzekeringsonderneming kan toestaan om het onevenwicht van haar tarieven weg te werken, dat artikel 21*octies*, § 2, tweede lid, van de wet van 9 juli 1975 zeker geen mechanisme van tariefverhoging is, maar slechts een mechanisme van louter prudentieel toezicht, en dat het optreden van de CBFA slechts in laatste instantie verantwoord is, wanneer de verzekeringsonderneming wordt geconfronteerd met uitzonderlijke en zware verliezen.

Assuralia onderstreept eveneens dat er een discordantie is tussen de tekst van artikel 21*octies*, § 2, tweede lid, van de wet van 9 juli 1975 en de toelichting die erbij werd gegeven tijdens de parlementaire voorbereiding voorafgaand aan de aanneming ervan, omdat die parlementaire voorbereiding lijkt aan te geven dat een verzoek aan de CBFA dat op die wetsbepaling gegrond is, het bestaan veronderstelt van een verlies dat bovendien zwaar en uitzonderlijk moet zijn. De beroepsvereniging is van mening dat een aan die toelichting conforme lezing van die tekst de bestreden bepaling klaarblijkelijk onevenredig maakt. Zij herinnert eraan dat de CBFA die lezing niettemin volgt.

Assuralia is verder nog van mening dat het « vangnet » waarin artikel 21*octies*, § 2, tweede lid, van de wet van 9 juli 1975 voorziet, de regelgeving niet evenredig maakt. De verzoekster wijst immers erop dat die bepaling niet ertoe strekt het een verzekeringsonderneming mogelijk te maken om een billijke winstmarge te behouden of te behalen, terwijl de regels die de vrijheid beperken inzake prijsbepaling van gas en elektriciteit wel in de mogelijkheid voorzien, voor de ondernemingen van de sector, om een winstmarge te boeken.

Assuralia voegt eraan toe dat de bestreden bepalingen evenmin redelijk kunnen worden verantwoord in het licht van de richtlijn 92/49/EEG van de Raad van 18 juli 1992 « tot coördinatie van de wettelijke en bestuursrechtelijke bepalingen betreffende het directe verzekeringsbedrijf, met uitzondering van de levensverzekeringbranche, en houdende wijziging van de Richtlijnen 73/239/EEG en 88/357/EEG », noch in

het licht van de artikelen 43 en 49 van het Verdrag tot oprichting van de Europese Gemeenschap. De verzoekster verwijst in dat verband naar het tweede en het derde middel.

Assuralia zet vervolgens uiteen dat artikel 21*octies*, § 2, tweede lid, van de wet van 9 juli 1975 de rechtszekerheid aantast en geen doeltreffende rechtsbescherming biedt. De verzoekster merkt op dat die bepaling geen termijn vaststelt waarbinnen de CBFA zich moet uitspreken over het verzoek van de verzekeringsonderneming tot aanpassing van haar tarieven en, zoals de CBFA zelf reeds heeft erkend, dat orgaan zelfs niet lijkt te verplichten om daarover een beslissing te nemen. Zij verwijst naar het vijfde middel wat betreft het onduidelijke en ontoereikende karakter van de rechtsbescherming waarin is voorzien in geval van een negatieve beslissing van de CBFA. Zij preciseert niettemin dat de rechter in kort geding de CBFA niet zou kunnen bevelen om een verzekeringsonderneming een tariefverhoging toe te staan, noch - ruimer gezien - op één of andere manier de verzekeringsonderneming voldoening zou kunnen geven, rekening houdend met de discretionaire bevoegdheid van dat bestuursorgaan wanneer het optreedt op grond van artikel 21*octies*, § 2, tweede lid, van de wet van 9 juli 1975.

Met verwijzing naar het zesde middel oordeelt Assuralia bovendien dat het onevenredige karakter van de bestreden bepalingen ook voortkomt uit het retroactieve karakter ervan en uit het gebrek aan passende overgangsmaatregelen om de legitieme verwachtingen van de verzekeringsondernemingen in te lossen.

A.20.2. Assuralia wijst erop dat de bestreden bepalingen niet van toepassing zijn op de verzekeringsondernemingen die andere verzekeringsovereenkomsten aanbieden dan die waarop zij betrekking hebben. De verzoekster is van mening dat het verschil in behandeling niet redelijk verantwoord is om de in A.20.1 uiteengezette redenen. Zij oordeelt dat de bescherming van de belangen van de consument, en inzonderheid van de verzekerde, niet een dermate ingrijpende en van het gemeen verzekeringsrecht afwijkende regeling vergt. Zij benadrukt dat de ziekteverzekering geen forfaitaire verzekering is.

A.20.3. Assuralia zet ten slotte uiteen dat de bestreden regeling een verschil in behandeling invoert tussen, enerzijds, de verzekeringsondernemingen die zij beoogt en, anderzijds, de ziekenfondsen, omdat die laatsten over ruimere mogelijkheden beschikken om de premies en de dekkingsvoorwaarden van hun « aanvullende » verzekeringen aan te passen. De verzoekster leidt af uit het met redenen omkleed advies dat op 6 mei 2008 door de Europese Commissie werd uitgebracht in het kader van de procedure die ten grondslag ligt aan het beroep dat op 25 januari 2010 werd ingediend tegen het Koninkrijk België (C-41/10), dat de door de ziekenfondsen georganiseerde « dienst ‘ hospitalisatie ’ » een verzekeringsproduct is dat, net zoals de door de verzekeringsondernemingen aangeboden aanvullende ziekteverzekeringen, moet beantwoorden aan de Europese en nationale verzekeringswetgeving.

Assuralia herinnert eraan dat de verzekeringsondernemingen slechts een aanpassing van de premie en van de dekkingsvoorwaarden van dat type van overeenkomsten kunnen vragen onder de strikte voorwaarden van artikel 138*bis*-4, §§ 2 en 3, van de wet van 25 juni 1992, en van artikel 21*octies*, § 2, tweede lid, van de wet van 9 juli 1975. Zij merkt overigens op dat een ziekenfonds daarentegen het bedrag van de premie of de dekkingsvoorwaarden eenvoudigweg kan wijzigen door een beslissing van zijn algemene vergadering en zonder de instemming van de verzekerde, onder de voorwaarden die zijn beschreven bij artikel 9, § 1*quinquies*, van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen, en zelfs de aangeboden dienst kunnen stopzetten. De verzoekster beweert dat de mogelijkheden die aldus aan een ziekenfonds worden geboden, grotendeels overeenstemmen met die waarover de verzekeringsondernemingen beschikten krachtens de wet van 25 juni 1992, zoals geformuleerd na de wijziging ervan bij de wet van 20 juli 2007. Zij is van mening dat de wetgever, gelet op de voormelde regels die voor de ziekenfondsen gelden, de noodzaak erkent om de wijziging van een verzekeringsdekking voor medische kosten in voldoende mate toe te staan.

Assuralia is van mening dat het verschil in behandeling des te minder redelijk is daar de ziekenfondsen niet verplicht zijn om overeenkomsten voor het leven te sluiten, vermits hun algemene vergadering - met toepassing van artikel 48, § 1, van de wet van 6 augustus 1990, zoals geformuleerd vóór de vervanging ervan bij artikel 17, 1°, van de wet van 26 april 2010 « houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering (I) » - kan beslissen om een dienst en de uitvoering van lopende overeenkomsten stop te zetten. De verzoekster merkt ten slotte op dat de Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen preventief moet nagaan of verhogingen van bijdragen het financieel evenwicht van de verzekering niet in het gedrang brengen, terwijl de verzekeringsonderneming de CBFA slechts om een wijziging van de premie kan verzoeken wanneer zij verlieslatend is of dreigt te worden.

Assuralia wijst ten slotte erop dat de meeste bepalingen van de wet van 26 april 2010 na de bestreden bepalingen in werking zijn getreden en dat artikel 75 van die wet in een lange en rekbare overgangsperiode voorziet, die in de toekomst nog zou kunnen worden verlengd. Zij voegt eraan toe dat, op grond van artikel 2, § 1^{ter}, vierde lid, van de wet van 9 juli 1975 - ingevoegd bij artikel 30 van de wet van 26 april 2010 - en artikel 2, § 3, tweede lid, van de wet van 25 juni 1992 - ingevoegd bij artikel 41 van de wet van 26 april 2010 -, de Koning op nagenoeg onbegrensde wijze de toepassing, op de ziekenfondsen, van de wet van 9 juli 1975 en van de wet van 25 juni 1992 kan beperken. De verzoekster is van mening dat de enige manier om het bekritiseerde verschil in behandeling te doen verdwijnen, een vernietiging van de bestreden bepalingen is, met terugwerkende kracht. Zij alludeert in dat verband op de rechtsonzekerheid die door het arrest nr. 73/2003 van 26 mei 2003 is gecreëerd. Zij benadrukt dat een mogelijke toekomstige verdwijning van dat verschil in behandeling het bestaande verschil in behandeling niet kan verantwoorden.

A.21.1. De Ministerraad zet uiteen dat het eerste middel niet gegrond is.

Hij doet gelden dat een verzekeringsonderneming het tarief dat zij een verzekeringnemer wenst voor te stellen, vrij kan bepalen en vrij is om met hem een overeenkomst te sluiten. Hij geeft aan dat, wanneer een overeenkomst wordt gesloten, de vrijheid van de verzekeringsonderneming wordt beperkt teneinde te vermijden dat de verzekeringnemer nadien wordt geconfronteerd met een tariefverhoging waartoe willekeurig is beslist door de verzekeringsonderneming, die weet dat de verzekeringnemer in de praktijk zijn opzeggingsrecht niet zal willen gebruiken, noch een andere overeenkomst met een andere verzekeraar zal willen sluiten, omdat die laatste rekening kan houden met het medische verleden van de verzekerde om een hogere premie te vragen. De Ministerraad wijst in het algemeen erop dat artikel 138*bis*-4 van de wet van 25 juni 1992 aan een verzekeringsonderneming voldoende mogelijkheden laat om haar tarieven aan te passen - die overigens worden geacht winstgevend te zijn bij de aanvang van de overeenkomst - teneinde eenzelfde niveau van winstgevendheid te behouden.

A.21.2. De Ministerraad merkt in de eerste plaats op dat de gezondheidsuitgaven een van de twaalf productgroepen uitmaken waarmee rekening wordt gehouden bij de berekening van de index van de consumptieprijzen.

Hij wijst in de tweede plaats erop dat de wetgever niet verplicht was om zelf de elementen te bepalen die in aanmerking moeten worden genomen voor de berekening van de indexcijfers waarin het nieuwe artikel 138*bis*-4, § 3, van de wet van 25 juni 1992 voorziet. Hij ziet niet in hoe de delegatie aan de Koning op dat vlak op zich het beginsel van gelijkheid en niet-discriminatie, in samenhang gelezen met de vrijheid van handel en nijverheid en met het eigendomsrecht, zou kunnen schenden. Hij verwijst in dat verband naar artikel 105 van de Grondwet, naar de exclusieve bevoegdheid van de afdeling bestuursrechtspraak om kennis te nemen van eventuele beroepen tot nietigverklaring van een koninklijk besluit dat strijdig zou worden geacht met de wet, en naar de aanneming van het koninklijk besluit van 1 februari 2010 « tot vaststelling van de specifieke indexcijfers bedoeld in artikel 138*bis*-4, § 3, van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst ».

De Ministerraad doet in de derde plaats opmerken dat de bestreden bepalingen niet stringenter zijn dan de regeling waarin de wet van 20 juli 2007 voorzag. Hij verwijst naar het vroegere artikel 138*bis*-4, § 3, eerste tot derde lid, van de wet van 25 juni 1992, dat vereiste dat de CBFA nagaat of een verandering van omstandigheden een betekenisvolle invloed had op de kosten van een verzekeringsonderneming. Hij onderstreept dat de bestreden bepalingen een verzekeringsonderneming zeker niet verplichten om een inschatting te maken van de toekomstige evolutie van de kostprijs van de medische dienstverlening, maar een verzekeraar enkel ertoe aanzetten te beoordelen of het tarief dat zij aan een verzekeringnemer voorstelt op het ogenblik van het sluiten van de overeenkomst, toelaat de kosten te dekken die verbonden zijn aan de gewaarborgde risico's, met dien verstande dat de indexcijfers waarin het nieuwe artikel 138*bis*-4, § 3, van de wet van 25 juni 1992 voorziet ervoor zullen zorgen dat dit tarief in de toekomst winstgevend blijft. De Ministerraad wijst in dat verband erop dat die indexcijfers worden vastgesteld op basis van gegevens die betrekking hebben op de kosten die door de verzekeringsondernemingen worden gemaakt.

In de vierde plaats antwoordt de Ministerraad, met betrekking tot artikel 21*octies*, § 2, tweede lid, van de wet van 9 juli 1975, dat die bepaling niets anders is dan een « vangnet » voor de ondernemingen die bij het sluiten van een overeenkomst niet hebben voorzien in een voldoende marge binnen hun tarief, zodat zij door een indexering ervan niet winstgevend kunnen blijven. Hij is van mening dat die bepaling slechts een specifieke toepassing is van de vroegere regel die thans is uitgedrukt in artikel 21*octies*, § 2, eerste lid, van de wet van 9 juli 1975. Hij merkt op dat een verzekeringsonderneming de CBFA om een toelating tot tariefverhoging kan verzoeken - om opnieuw solvabel te worden -, alvorens daadwerkelijk verlies te lijden. Hij preciseert dat noch de

verklaringen die tijdens de parlementaire voorbereiding werden afgelegd met betrekking tot die beschermende maatregel die de evenredigheid ten goede komt, noch de procedurestukken die de CBFA aan de Raad van State heeft voorgelegd in het kader van een andere procedure, kunnen primeren op de ondubbelzinnige tekst van de wet. Hij voegt eraan toe dat die maatregel een verzekeringsonderneming niet verhindert een redelijke winst te boeken op basis van de tarieven die zijn bepaald bij het sluiten van de overeenkomsten die zij ondertekent. Hij onderstreept dat de bestreden bepalingen van de wet van 17 juni 2009 ertoe strekken de consument te beschermen tegen abrupte en onvoorziene premieverhogingen. De Ministerraad antwoordt ook dat de CBFA, ook al is zij niet verplicht een verzekeringsonderneming een premieverhoging toe te staan, wel verplicht blijft om zich - in positieve of negatieve zin - uit te spreken over elk verzoek dat wordt geformuleerd op grond van artikel 21octies, § 2, tweede lid, van de wet van 9 juli 1975. Hij merkt op dat, in geval van stilzwijgen van de CBFA, de verzekeringsonderneming die zich tot haar heeft gericht, steeds een beroep tot nietigverklaring kan instellen op grond van artikel 14, § 3, van de op 12 januari 1973 gecoördineerde wetten op de Raad van State, of de burgerlijke rechter kan verzoeken - in voorkomend geval bij dringende noodzakelijkheid - om de CBFA te veroordelen tot het nemen van een beslissing of tot betaling van een (eventueel provisionele) schadevergoeding, of tot het nemen van voorlopige maatregelen om het voortbestaan van de onderneming te verzekeren. Hij voegt eraan toe dat de CBFA geenszins een ruime discretionaire bevoegdheid heeft. De Ministerraad leidt uit het voorgaande af dat de verzekeringsonderneming een doeltreffende rechtsbescherming geniet.

A.21.3. De Ministerraad antwoordt vervolgens dat het verschil in behandeling tussen de verzekeringsondernemingen die een ziekteverzekering aanbieden en de andere verzekeringsondernemingen in de eerste plaats voortvloeit uit het verschil tussen de diverse verzekeringen als dusdanig.

Hij onderstreept dat het verschil in voorwerp tussen een schadeverzekering en een ziekteverzekering - die een persoonsverzekering is - verantwoordt dat die twee types van verzekering verschillend worden behandeld. Hij vermeldt in dat verband artikel 30, § 1, vierde lid, van de wet van 25 juni 1992 dat, wat de duur van de verzekeringsovereenkomsten betreft, een onderscheid maakt om te vermijden dat een verzekeringsonderneming een ziekteverzekeringsovereenkomst beëindigt bij een toename van het gedekte risico, en de verzekeringnemer verplicht om zich te wenden tot een andere onderneming die hem meteen een hogere premie zal vragen.

De Ministerraad merkt bovendien op dat, binnen de persoonsverzekeringen, de ziekteverzekering duidelijk moet worden onderscheiden van de levensverzekeringsovereenkomst. Wat dat tweede type van overeenkomst betreft, is enkel het tijdstip waarop het risico zich zal voordoen onzeker, terwijl, wat het risico betreft dat door een ziekteverzekering wordt gedekt, het de gebeurtenis zelf is die onzeker is. De Ministerraad onderstreept eveneens dat artikel 97 van de wet van 25 juni 1992 aangeeft dat de levensverzekeringsovereenkomst een verzekering is tot uitkering van een vast bedrag, zodat, in tegenstelling tot de ziekteverzekering, geen specifieke berekeningswijze nodig is en de kosten van de verzekeraar uitsluitend afhangen van de betaalde premies. Hij herinnert bovendien eraan dat de wijziging van de ziekteverzekeringsregeling bij de wet van 20 juli 2007 werd gemotiveerd door het specifieke karakter van die verzekering dat onder andere voortvloeit uit het feit dat het risico, zoals de verzekeraar weet bij het sluiten van de overeenkomst, kan verzwaren bij een eventuele verslechtering van de gezondheidstoestand van de verzekerde. Hij merkt eveneens op dat de wet van 17 juni 2009 tot doel heeft de lacunes van de wet van 20 juli 2007 die ten grondslag lagen aan laakbare praktijken van een klein aantal verzekeringsondernemingen die de belangen van de consument schaadden, weg te werken.

De Ministerraad wijst ten slotte erop dat de bestreden bepalingen de rechten van de verzekeringsonderneming die een ziekteverzekering aanbiedt, beschermen, vermits haar tarief jaarlijks zal kunnen worden aangepast op basis van indexcijfers die worden berekend aan de hand van gegevens die worden verstrekt door de ondernemingen zelf en die rekening houden met een eventuele duurzame kostenstijging. Hij voegt eraan toe dat de berekening van die indexcijfers onder de bevoegdheid valt van de FOD Economie en van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, waarvan de beslissingen, indien nodig, voor de Raad van State kunnen worden betwist.

A.21.4. Wat het aangevoerde verschil in behandeling tussen de verzekeringsondernemingen en de ziekenfondsen betreft, antwoordt de Ministerraad dat de verzoekster vergeet rekening te houden met, enerzijds, de wijzigingen die werden aangebracht aan de artikelen 9 en 43bis van de wet van 6 augustus 1990 - respectievelijk bij artikel 5, 5° en 8°, en bij artikel 13, 2°, van de wet van 26 april 2010 « houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering (I) » - en, anderzijds, artikel 70, § 9, van de wet van 6 augustus 1990, ingevoegd bij artikel 29, 6°, van de wet van 26 april 2010. Hij preciseert dat de bepalingen van de wet van 6 augustus 1990 die door de verzoekster worden aangevoerd, niet meer van toepassing zullen zijn op de ziekenfondsen, noch op de maatschappijen van onderlinge bijstand in zoverre zij ziekteverzekeringen aanbieden in de zin van tak 2 van bijlage 1 van het koninklijk besluit van 22 februari 1991

houdende algemeen reglement betreffende de controle op de verzekeringsondernemingen, zodat de aanvullende ziekteverzekeringen die worden aangeboden door de maatschappijen van onderlinge bijstand niet meer zullen kunnen worden aangepast door een eenvoudige beslissing van de algemene vergadering van het ziekenfonds.

De Ministerraad merkt vervolgens op dat, krachtens artikel 2, § 3, van de wet van 25 juni 1992, ingevoegd bij artikel 41 van de wet van 26 april 2010, de aanvullende ziekteverzekeringsovereenkomsten die door de maatschappijen van onderlinge bijstand worden gesloten, zullen worden geregeld door die wet van 25 juni 1992 - in het bijzonder artikel 138bis-4 ervan - voor zover de toepassing van die wet niet wordt uitgesloten door bepalingen die eigen zijn aan de aard van die maatschappijen van onderlinge bijstand.

De Ministerraad voegt eraan toe dat het door de verzoekster aangeklaagde verschil in behandeling onbestaande is vermits, rekening houdend met artikel 68, eerste lid, 1°, 2°, c) en d), van de wet van 6 augustus 1990 - ingevoegd bij artikel 4 van de wet van 2 juni 2010 « houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering (II) » - en met artikel 140 van de wet van 25 juni 1992 - vervangen bij artikel 42 van de wet van 26 april 2010 -, een maatschappij van onderlinge bijstand, voor iedere aanvraag tot tariefverhoging, dezelfde procedure moet volgen als een verzekeringsonderneming, waarbij de Controledienst voor de ziekenfondsen zijn bevoegdheden uitoefent op grond van artikel 21octies van de wet van 9 juli 1975.

De Ministerraad wijst ten slotte erop dat de overgangperiode waarin artikel 75 van de wet van 26 april 2010 voorziet - die eindigt op 1 juli 2011 -, niet kan worden beschouwd als een lange periode, rekening houdend met de omvang van de aanpassingen en hervormingen die moeten worden doorgevoerd ingevolge de regels die bij die wet zijn ingevoerd. Hij merkt eveneens op dat de Koning, bij de uitoefening van de bevoegdheden die Hem zijn toegewezen bij artikel 2, § 1ter, vierde lid, van de wet van 9 juli 1975 en bij artikel 2, § 3, tweede lid, van de wet van 25 juni 1992, de artikelen 10 en 11 van de Grondwet niet mag schenden, zodat Hij geen verschil in behandeling kan invoeren tussen de maatschappijen van onderlinge bijstand en de verzekeringsondernemingen.

Wat betreft het tweede middel, dat is afgeleid uit de schending van de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, in samenhang gelezen met de artikelen 6, 29 en 39 van de richtlijn 92/49/EEG van de Raad van 18 juni 1992 « tot coördinatie van de wettelijke en bestuursrechtelijke bepalingen betreffende het directe verzekeringsbedrijf, met uitzondering van de levensverzekeringsbranche, en houdende wijziging van de Richtlijnen 73/239/EEG en 88/357/EEG »

A.22.1. De verzoekster voert aan dat artikel 138bis-4 van de wet van 25 juni 1992 en artikel 21octies, § 2, tweede lid, van de wet van 9 juli 1975, respectievelijk ingevoegd bij de artikelen 6 en 12 van de wet van 17 juni 2009, onbestaanbaar zijn met het « beginsel van de tariefvrijheid » dat wordt erkend bij artikel 8, lid 3, van de richtlijn 73/239/EEG van 24 juli 1973 en bij de artikelen 29 en 39, leden 2 en 3, van de richtlijn van 18 juni 1992.

A.22.2. De verzoekster is van mening dat artikel 138bis-4, § 1, van de wet van 25 juni 1992 de vrijheid van de verzekeringsondernemingen om hun tarieven aan te passen die tot stand komen op basis van de « technische grondslagen van de premie » en de « dekkingsvoorwaarden », beperkt.

Zij merkt op dat sinds de inwerkingtreding, op 1 juli 2007, van de wet van 20 juli 2007, de verzekeringsondernemingen het nodige hebben gedaan om de verzekeringsovereenkomsten die zij vóór die datum hadden gesloten, aan te passen aan het levenslange karakter dat werd geëist door artikel 138bis-3, § 1, van de wet van 25 juni 1992. Zij preciseert dat die ondernemingen, bij die aanpassing, hun tarieven bepaalden rekening houdend met de mogelijkheden tot aanpassing van de technische grondslagen van de premie en van de dekkingsvoorwaarden, die zijn toegestaan bij artikel 138bis-4, §§ 2 en 3, van de wet van 25 juni 1992, zoals het was ingevoegd bij artikel 2 van de wet van 20 juli 2007. De verzoekster wijst erop dat artikel 138bis-4, § 3, van de wet van 25 juni 1992 een aanpassing toestond bij een duurzame wijziging van de reële kosten van de gewaarborgde prestaties, of wegens andere omstandigheden die een betekenisvolle invloed hebben op de kosten of de omvang van die prestaties, zoals een vermindering van de terugbetaling door het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, de snelle technologische ontwikkelingen in de geneeskunde, of de instroom van personen die gebruik maken van hun recht tot individuele voortzetting van de gezinspolis. De verzoekster benadrukt dat die mogelijkheid tot aanpassing vanaf 30 juni 2009 is afgeschaft, zodat de ingevolge de wet van 20 juli 2007 aangepaste overeenkomsten niet meer om die redenen kunnen worden gewijzigd.

De verzoekster zet uiteen dat de tariefvrijheid grotendeels fictief blijft voor de toekomstige (levenslange) ziekteverzekeringsovereenkomsten indien de verzekeringsonderneming enkel nog de mogelijkheid heeft om de basispremie te bepalen bij het sluiten van de overeenkomst, en indien zij het tarief gedurende de ganse duur van de overeenkomst enkel nog kan wijzigen op basis van indexcijfers waarvan de parameters van overheidswege worden bepaald of na een beslissing van de CBFA, terwijl de aard en de kosten van de gewaarborgde prestaties in de sector van de gezondheidszorg voortdurend in ontwikkeling zijn, onder meer wegens wetswijzigingen.

A.22.3. Assuralia is van mening dat artikel 21*octies*, § 2, tweede lid, van de wet van 9 juli 1975 de CBFA machtigt om een verzekeringsonderneming te verplichten tot het nemen van maatregelen om haar tarief in evenwicht te brengen. De beroepsvereniging leidt uit artikel 21*octies*, § 2, derde lid, van dezelfde wet af dat zulk een beslissing van de CBFA toepasselijk is op zowel de lopende ziekteverzekeringsovereenkomsten als de overeenkomsten die worden gesloten vanaf de kennisgeving van die beslissing.

Wat de lopende overeenkomsten betreft, stelt de verzoekster vast dat de CBFA in zulk een geval, zelfs indien de verzekeringsonderneming bij het sluiten van de overeenkomst de basispremie zelf heeft kunnen vaststellen, een nieuw tarief, en zelfs nieuwe dekkingsvoorwaarden en een nieuwe premie kan bepalen, waarbij de in moeilijkheden verkerende verzekeringsonderneming geen enkele vat meer heeft op de beslissing van de CBFA. Zij preciseert dat de CBFA niet gebonden lijkt door de maatregelen die de verzekeringsonderneming voorstelt in haar verzoek aan dat overheidsorgaan.

Wat de overeenkomsten betreft die na de beslissing van de CBFA zijn gesloten, merkt de verzoekster op dat de verzekeringsonderneming over geen enkele tariefvrijheid meer beschikt omdat zij bij het sluiten van een overeenkomst zelfs niet zelf de basispremie mag bepalen, maar het door de CBFA opgelegde tarief moet toepassen.

Assuralia is van mening dat de mogelijkheid tot een premieverhoging waarin artikel 21*octies*, § 2, tweede lid, van de wet van 9 juli 1975 voorziet, die gepaard gaat met de verplichting om de uitdrukkelijke en voorafgaande toestemming van de CBFA te verkrijgen, een voorafgaande goedkeuring van de voorgestelde tariefverhogingen impliceert die is verboden bij artikel 29 van de richtlijn van 18 juni 1992.

A.22.4. Assuralia is van oordeel dat de aantastingen van de tariefvrijheid die voortvloeien uit artikel 138*bis*-4 van de wet van 25 juni 1992 en uit artikel 21*octies*, § 2, tweede lid, van de wet van 9 juli 1975 niet kunnen worden verantwoord omdat de bestreden regeling, die beperkt is tot de specifieke sector van de ziekteverzekering, duidelijk geen deel uitmaakt van een algemeen prijscontrolesysteem in de zin van artikel 8, lid 3, derde alinea, van de richtlijn 73/239/EEG van 24 juli 1973 en van de artikelen 29, lid 2, en 39, lid 3, van de richtlijn van 18 juni 1992. De beroepsvereniging verwijst in dat verband naar een arrest van het Hof van Justitie van de Europese Gemeenschappen van 25 februari 2003 (C-59/01, *Commissie t. Italiaanse Republiek*).

A.22.5. Assuralia voegt eraan toe dat de onbestaanbaarheid van de bestreden bepalingen met de voormelde Europeesrechtelijke bepalingen niet alleen de eerstgenoemde bepalingen op zich onevenredig maakt, maar ook leidt tot een niet te verantwoorden verschil in behandeling tussen, enerzijds, de verzekeringsondernemingen die ziekteverzekeringsovereenkomsten aanbieden en, anderzijds, alle andere verzekeringsondernemingen en de ziekenfondsen.

A.22.6. In ondergeschikte orde vraagt Assuralia het Hof een prejudiciële vraag te stellen aan het Hof van Justitie van de Europese Unie over de interpretatie van de artikelen 6, 29 en 39 van de richtlijn van 18 juni 1992, teneinde de bestaanbaarheid van artikel 138*bis*-4 van de wet van 25 juni 1992 en van artikel 21*octies*, § 2, tweede lid, van de wet van 9 juli 1975 met die Europeesrechtelijke bepalingen te kunnen beoordelen.

A.23.1. De Ministerraad antwoordt vooreerst dat het niet aan het Hof staat zich uit te spreken over een schending van Europeesrechtelijke regels en dat in het tweede middel niet wordt uiteengezet waarin het aangeklaagde verschil in behandeling bestaat.

A.23.2. De Ministerraad antwoordt vervolgens dat de richtlijn van 18 juni 1992 voortvloeit uit de rechtspraak van het Hof van Justitie van de Europese Gemeenschappen met betrekking tot de vrijheid van dienstverlening. Hij citeert een uittreksel van een arrest van dat rechtscollege van 4 december 1986 (205/84, *Commissie t. Bondsrepubliek Duitsland*) en preciseert dat die vrijheid van dienstverlening in de verzekeringssector kan worden beperkt indien de beperking steunt op het algemeen belang van bescherming van de consument.

Hij leidt ook af uit artikel 8, lid 3, derde alinea, van de richtlijn van 24 juli 1973 dat een lidstaat van de Europese Unie tariefverhogingen kan onderwerpen aan een voorafgaande kennisgeving of goedkeuring indien zij onderdeel zijn van een algemeen prijscontrolesysteem. Hij zet vervolgens uiteen dat de redenering die werd gevolgd door het arrest van het Hof van Justitie van de Europese Gemeenschappen van 25 februari 2003 waarbij een aantasting, door de Italiaanse Republiek, van de tariefvrijheid werd veroordeeld omdat die niet viel onder een algemeen prijscontrolesysteem, te dezen niet kan worden overgenomen. De Ministerraad wijst erop dat de in het geding zijnde Italiaanse regeling niet alleen het tarief van reeds lopende overeenkomsten bepaalde, maar ook dat van overeenkomsten die nog niet waren gesloten, terwijl de door Assuralia bestreden bepalingen enkel een invloed hebben op aanpassingen aan lopende overeenkomsten. Hij onderstreept dat een verzekeringsonderneming vrij blijft om de basispremie vast te stellen bij het sluiten van een overeenkomst.

De Ministerraad leidt vervolgens af uit twee arresten van het Hof van Justitie van de Europese Gemeenschappen van 7 september 2004 (C-346/02 *Commissie* t. Groothertogdom Luxemburg; C-347/02, *Commissie* t. Franse Republiek) dat er geen Europese harmonisatie is van de tarieven van verzekeringsovereenkomsten en dat de beperkingen op de tariefverhogingen waarin artikel 138bis-4 van de wet van 25 juni 1992 voorziet, niet strijdig zijn met de door de verzoekster aangevoerde Europeesrechtelijke bepalingen. Hij voegt eraan toe dat artikel 29, tweede alinea, van de richtlijn van 28 juni 1992 enkel betrekking heeft op de tariefverhogingen voor nog te sluiten overeenkomsten, terwijl de bestreden bepaling niet de tariefvrijheid betreft en slechts betrekking heeft op de wijzigingen van de premie, de vrijstelling en de prestatie die worden doorgevoerd na het sluiten van de overeenkomst. De Ministerraad merkt op dat de bestreden bepaling de verzekeringsondernemingen niet verhindert om vrij hun tarieven vast te stellen en ze te verhogen voor nog te sluiten overeenkomsten.

De Ministerraad wijst verder nog erop dat elke lidstaat van de Europese Unie in principe de duur van de verzekeringsovereenkomsten vrij kan bepalen en dat het verplicht sluiten van levenslange overeenkomsten ertoe strekt de belangen van de consument te beschermen. Hij is van mening dat de duur van de verzekeringsovereenkomst waarin artikel 138bis-3, § 1, van de wet van 25 juni 1992 voorziet, niet onbestaanbaar is met de vrijheid van dienstverlening en dat de regels van artikel 138bis-4 van dezelfde wet betreffende de tariefverhogingen niet strijdig zijn met artikel 8, lid 3, van de richtlijn 73/239/EEG van 24 juli 1973, noch met de artikelen 29 en 39 van de richtlijn van 18 juli 1992. Hij vermeldt in dat verband een arrest van het Hof van Justitie van de Europese Gemeenschappen van 28 april 2009 (C-518/06, *Commissie* t. Italiaanse Republiek).

De Ministerraad antwoordt ook dat het nieuwe artikel 138bis-4 van de wet van 25 juni 1992 en artikel 21octies, § 2, tweede lid, van de wet van 9 juli 1975 de tariefvrijheid niet aantasten. Hij onderstreept dat de eerste bepaling een verzekeringsonderneming de mogelijkheid biedt om haar tarieven aan verschillende indexen aan te passen, en dat de tweede bepaling haar in staat stelt om de CBFA te verzoeken om een tariefaanpassing. Hij stelt dat er voldoende waarborgen zijn om te voorkomen dat een verzekeringsonderneming verlies lijdt wanneer zij een te lage basispremie heeft geëist. Hij geeft aan dat een verzekeringsonderneming die van mening is dat de beslissing van de CBFA niet wettig is rekening houdend met de omstandigheden, met toepassing van artikel 122, 13° van de wet van 2 augustus 2002 betreffende het toezicht op de financiële sector en de financiële diensten, een beroep kan instellen bij de Raad van State volgens een versnelde procedure.

De Ministerraad herinnert bovendien eraan dat de CBFA, wanneer tot haar een aanvraag wordt gericht op grond van artikel 21octies, § 2, tweede lid, van de wet van 9 juli 1975, wel degelijk een beslissing dient te nemen, en dat die bepaling ertoe strekt een verzekeringsonderneming te verhinderen nog langer een te lage basispremie te hanteren, die haar in de problemen brengt. Hij is van mening dat, indien het nieuwe tarief geen minimumpremie voor nog te sluiten overeenkomsten zou zijn, de verzekeringsonderneming nieuwe klanten zou kunnen blijven lokken met te lage prijzen in de wetenschap dat zij na verloop van tijd toch opnieuw bij de CBFA kan aankloppen voor een tariefverhoging op de lopende overeenkomsten. Hij wijst erop dat de consument met de nieuwe regeling kan worden beschermd tegen onverwachte prijsstijgingen.

Ten slotte onderstreept de Ministerraad dat de tariefvrijheid van een verzekeringsonderneming die levenslange overeenkomsten moet sluiten, geenszins fictief is gelet, rekening houdend met de mogelijkheid tot aanpassing van de premie, de vrijstelling en de prestatie, waarin artikel 138bis-4, § 3, van de wet van 25 juni 1992 voorziet, en met de regel die is ingeschreven in artikel 21octies, § 2, tweede lid, van de wet van 9 juli 1975.

A.23.3. De Ministerraad is van mening dat de door de verzoekster voorgestelde prejudiciële vraag niet dient te worden gesteld aan het Hof van Justitie van de Europese Unie. Hij oordeelt dat die vraag niet nodig is omdat de toepassing van het Europese recht te dezen evident is.

Hij preciseert, enerzijds, dat er nog geen Europese harmonisatie is van de regels betreffende de tariefvrijheid van de verzekeringsondernemingen, en, anderzijds, dat de bestreden beperkende bepalingen de Belgische en de buitenlandse ondernemingen op dezelfde manier behandelen, de bescherming van het algemeen belang beogen en « objectief noodzakelijk » zijn om de belangen van de consument adequaat te beschermen, en, ten slotte, dat het verschil in behandeling tussen de ziekenfondsen en de ondernemingen die ziekteverzekeringen aanbieden, door de wet van 26 april 2010 is opgeheven.

Wat betreft het derde middel, dat is afgeleid uit de schending van de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, in samenhang gelezen met de artikelen 43 en 49 van het Verdrag tot oprichting van de Europese Gemeenschap

A.24.1. Assuralia voert aan dat de artikelen 6 en 12 van de wet van 17 juni 2009 strijdig zijn met de beginselen van vrijheid van vestiging en vrijheid van dienstverlening.

De verzoekster is van mening dat de bestreden bepalingen de toegang tot de Belgische markt van de ziekteverzekering belemmeren, verhinderen of minder aantrekkelijk maken. Zij herinnert eraan dat een verzekeringsonderneming die die markt wil betreden, levenslange overeenkomsten moet sluiten en, na het sluiten van dat type van overeenkomst, de technische grondslagen van de premie en de dekkingsvoorwaarden enkel nog kan wijzigen in de gevallen bepaald in artikel 138bis-4, §§ 2 tot 4, van de wet van 25 juni 1992. De verzoekster leidt eruit af dat die onderneming bijgevolg, bij het sluiten van een verzekeringsovereenkomst, moet inschatten hoe de door de verzekering gedekte risico's en de kostprijs van de gewaarborgde prestaties zullen evolueren tijdens de ganse duur van de overeenkomst, die zich over tientallen jaren kan uitstrekken. Zij voegt eraan toe dat, vermits zulk een inschatting al niet eenvoudig is voor een Belgische verzekeringsonderneming, een buitenlandse onderneming erdoor verplicht is haar commerciële beleid en strategie te herdenken, met name door haar aanbod aan verzekeringsdiensten aanzienlijk uit te breiden. De aanpassingen en de kosten zouden voor de onderneming dermate omvangrijk zijn dat de toegang tot de Belgische markt minder aantrekkelijk zou worden en het concurrentievermogen van de onderneming meteen zou worden verminderd.

A.24.2. Assuralia beweert dat die beperking van de vrijheid van vestiging en van de vrijheid van dienstverlening niet kan worden verantwoord.

De verzoekster voert in de eerste plaats aan dat de bestreden regeling, slechts voor zover zij niet binnen het toepassingsgebied van de richtlijn van 18 juni 1992 valt, betrekking heeft op een materie die niet is geharmoniseerd door de Europese Unie.

Met verwijzing naar het eerste middel bevestigt zij vervolgens dat de bestreden regeling discriminerend is omdat zij klaarblijkelijk onevenredig is. In haar memorie van antwoord bevestigt zij eveneens dat die regeling discriminerend is en niet noodzakelijk, met verwijzing naar het tweede, het vijfde en het zesde middel.

A.24.3. Assuralia voegt eraan toe dat de onbestaanbaarheid van de bestreden bepalingen met de vrijheid van vestiging en de vrijheid van dienstverlening die bepalingen niet alleen op zich onevenredig maakt, maar ook leidt tot een niet te verantwoorden verschil in behandeling tussen, enerzijds, de verzekeringsondernemingen die ziekteverzekeringsovereenkomsten aanbieden en, anderzijds, alle andere verzekeringsondernemingen en de ziekenfondsen.

A.24.4. In ondergeschikte orde verzoekt Assuralia het Hof om aan het Hof van Justitie van de Europese Unie een prejudiciële vraag te stellen over de interpretatie van de nieuwe artikelen 49 en 56 van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie, teneinde de bestaanbaarheid te kunnen beoordelen van artikel 138bis-4 van de wet van 25 juni 1992 en van artikel 21octies, § 2, tweede lid, van de wet van 9 juli 1975, met die Europeesrechtelijke bepalingen.

A.25. De Ministerraad antwoordt dat er geen schending is van het beginsel van tariefvrijheid met betrekking tot de lopende overeenkomsten en, bij uitbreiding, van de beginselen van vrijheid van vestiging en vrijheid van dienstverlening indien de nationale maatregelen gegrond zijn op dwingende redenen van algemeen belang, indien zij zonder onderscheid worden toegepast op de ondernemingen die gevestigd zijn in de Staat die deze maatregelen heeft genomen en op de buitenlandse ondernemingen, en indien er geen andere minder stringente of minder hinderlijke maatregelen zijn.

Hij is van mening dat zijn antwoord op het tweede middel aantoont dat de bestreden bepalingen zijn ingevoerd ter bescherming van de consument, van toepassing zijn op alle verzekeringsondernemingen die

aanvullende ziekteverzekeringen aanbieden en maatregelen bevatten die noodzakelijk zijn om misbruiken vanwege bepaalde verzekeringsondernemingen te voorkomen en die bovendien weldra zullen worden doorgevoerd voor dat type van verzekeringen dat door de ziekenfondsen wordt aangeboden.

De Ministerraad voegt enerzijds eraan toe dat niets erop wijst dat de buitenlandse verzekeringsondernemingen minder gemakkelijk over de nodige informatie kunnen beschikken dan de Belgische ondernemingen en, anderzijds, dat het openen van een vestiging in het buitenland steeds een aanzienlijke investering is die noodzakelijkerwijs door een grondig marktonderzoek moet worden voorafgegaan.

Wat betreft het vierde middel, dat is afgeleid uit de schending van de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, in samenhang gelezen met artikel 15 van de richtlijn 73/239/EEG van 24 juli 1973 « tot coördinatie van de wettelijke en bestuursrechtelijke bepalingen betreffende de toegang tot het directe verzekeringsbedrijf, met uitzondering van de levensverzekeringsbranche, en de uitoefening daarvan », en met artikel 56 van de richtlijn 91/674/EEG van de Raad van 19 december 1991 « betreffende de jaarrekening en de geconsolideerde jaarrekening van verzekeringsondernemingen »

A.26.1. Assuralia voert aan dat artikel 138bis-4, §§ 1 tot 4, van de wet van 25 juni 1992 en artikel 21octies, § 2, tweede lid, van de wet van 9 juli 1975 - zoals zij werden ingevoerd bij de artikelen 6 en 12 van de wet van 17 juni 2009 - op het eerste gezicht onbestaanbaar zijn met artikel 15 van de richtlijn 73/239/EEG van 24 juli 1973 en met artikel 56 van de richtlijn 91/674/EEG van de Raad van 19 december 1991, inzonderheid met de verplichting, voor een verzekeringsonderneming, om steeds een financieel evenwicht te behouden.

De verzoekster stelt dat een verzekeringsonderneming ten gevolge van de bestreden bepalingen kan worden verplicht om haar tarieven en dekkingsvoorwaarden slechts binnen zeer nauwe en welomschreven grenzen aan te passen, hoewel zij door de toepassing van die tarieven onvermijdelijk terechtkomt in een situatie die verlieslatend is of dreigt te worden. Zij preciseert in haar memorie van antwoord dat een onderneming de technische grondslagen van de premie, de vrijstelling en de prestatie enkel nog kan aanpassen in de gevallen vermeld in artikel 138bis-4, § 3, eerste en tweede lid, van de wet van 25 juni 1992, zoals het was geformuleerd na de invoering ervan bij artikel 2 van de wet van 20 juli 2007. De verzoekster oordeelt bovendien dat de regel die is uitgedrukt in artikel 21octies, § 2, tweede lid, van de wet van 9 juli 1975, die onderneming niet voldoende waarborgen biedt om de voormelde Europese bepalingen in acht te kunnen nemen. Zij herinnert in haar memorie van antwoord eraan dat de CBFA haar nieuwe bevoegdheid bovendien als een prerogatief opvat. Zij wijst eveneens erop dat het niet-nakomen van de verplichting tot financieel evenwicht die uit die Europese bepalingen voortvloeit, door de CBFA kan worden vastgesteld en bestraft ter uitvoering van de wet van 9 juli 1975.

De verzoekster voegt niet alleen eraan toe dat de bestreden bepalingen om die reden ook discriminerend zijn, maar ook dat zij onevenredig zijn door het enkele feit dat zij de voormelde Europese bepalingen schenden, en dat zij een niet te verantwoorden verschil in behandeling invoeren, tussen, enerzijds, de verzekeringsondernemingen die ziekteverzekeringsovereenkomsten aanbieden en, anderzijds, alle andere verzekeringsondernemingen en de ziekenfondsen.

A.26.2. In ondergeschikte orde verzoekt Assuralia het Hof om aan het Hof van Justitie van de Europese Unie een prejudiciële vraag te stellen over de interpretatie van de voormelde Europese bepalingen, teneinde de bestaanbaarheid te kunnen beoordelen van artikel 138bis-4 van de wet van 25 juni 1992 en van artikel 21octies, § 2, tweede lid, van de wet van 9 juli 1975, met die Europese bepalingen.

A.27.1. De Ministerraad antwoordt dat de bestreden bepalingen in geen enkel opzicht onbestaanbaar zijn met de voormelde Europese bepalingen. De eerstgenoemde bepalingen zouden immers precies tot doel hebben dat de verzekeringsondernemingen over voldoende middelen beschikken.

De Ministerraad is van mening dat, indien de verzekeraar een basispremie vastlegt die toereikend is om voldoende technische reserves aan te leggen en winst te maken, hij niet in de problemen zal geraken. Hij merkt op dat deze premie jaarlijks wordt aangepast aan de index van de consumptieprijzen, of aan andere indexen. Hij merkt op, in zijn memorie van wederantwoord, dat volgens het koninklijk besluit van 1 februari 2010 de index vermeld in artikel 138bis-4, § 3, van de wet van 25 juni 1992 om de drie maanden wordt berekend op basis van gegevens met betrekking tot de lasten die worden gedragen door de betrokken ondernemingen, die zelf die gegevens verstrekken. Hij leidt eruit af dat een verzekeraar dus wel in staat zal zijn om het bedrag van de premie, de prestatie en de vrijstellingen aan te passen aan een duurzame wijziging van de reële kosten van de gewaarborgde prestaties die een betekenisvolle invloed hebben op de kosten en de omvang van die prestaties.

Hij voegt eraan toe dat, indien niettemin blijkt dat een verzekeringsonderneming toch in een financieel precaire situatie terechtkomt wegens een te lage basispremie, zij zich nog tot de CBFA kan richten om een eenmalige verhoging door te voeren voor alle lopende en nog te sluiten overeenkomsten, en op die manier ervoor te zorgen dat zij opnieuw rendabel wordt.

A.27.2. De Ministerraad is van mening dat de door de verzoekster gesuggereerde prejudiciële vraag niet moet worden gesteld aan het Hof van Justitie van de Europese Unie. Hij oordeelt dat die vraag niet nuttig is omdat de bestreden bepalingen niet de door de verzoekster beschreven gevolgen hebben.

Wat betreft het vijfde middel, dat is afgeleid uit de schending van de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, in samenhang gelezen met artikel 1 van het Eerste Aanvullend Protocol bij het Europees Verdrag voor de rechten van de mens, met artikel 13 van de Grondwet, met de artikelen 6, 13 en 14 van het Europees Verdrag voor de rechten van de mens en met het « algemeen rechtsbeginsel van het recht op een daadwerkelijk juridictioneel beroep »

A.28.1. Assuralia voert aan dat artikel 21*octies*, § 2, tweede lid, van de wet van 9 juli 1975 - ingevoerd bij artikel 12 van de wet van 17 juni 2009 - een verlieslatende verzekeringsonderneming het recht ontzegt op een daadwerkelijk beroep tegen de beslissingen van de CBFA die op grond van die bepaling zijn genomen.

A.28.2. Assuralia herinnert in de eerste plaats aan de draagwijdte van de bevoegdheid van de CBFA vóór de aanneming van de bestreden bepaling, en aan de « rechtsbescherming » tegen haar beslissingen.

Met verwijzing naar de parlementaire voorbereiding van de wet van 19 juli 1991 « tot wijziging van de wet van 9 juli 1975 betreffende de controle der verzekeringsondernemingen en tot vaststelling van een aantal bepalingen betreffende de werking van de Controledienst voor de Verzekeringen », waarbij een artikel 21*bis* werd ingevoegd in de wet van 9 juli 1975 - dat vervolgens artikel 21*octies* van die wet is geworden - onderstreept de verzoekster dat, wanneer de CBFA op eigen initiatief besliste om een verlieslatende verzekeringsonderneming een tariefverhoging op te leggen, die beslissing ter kennis van de betrokken onderneming diende te worden gebracht opdat deze tegen die beslissing beroep zou kunnen instellen bij de Raad van State volgens een versnelde procedure teneinde te vermijden dat zij op een onverantwoorde wijze een zwaar commercieel verlies zou lijden.

De verzoekster wijst bovendien erop dat, zoals het was geformuleerd vóór de vervanging ervan bij artikel 6 van de wet van 17 juni 2009, artikel 138*bis*-4, § 3, vierde lid, van de wet van 25 juni 1992 - dat betrekking heeft op een ander optreden van de CBFA - blijkt gaf van de wil van de wetgever om rekening te houden met de snelle ontwikkelingen van de gezondheidszorg. Zij merkt op dat de soortgelijke regeling waarin voor de ziekenfondsen is voorzien bij artikel 11, § 1 (derde lid), § 2 (3° en 4°) en § 3, van de wet van 6 augustus 1990 « betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen », nog steeds geldt en de Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen verplicht om binnen een bepaalde termijn uitspraak te doen en zijn met redenen omklede beslissing mee te delen, bij ontstentenis waarvan die beslissing als impliciet positief zal worden beschouwd.

A.28.3.1. Assuralia is vervolgens van oordeel dat artikel 21*octies*, § 2, tweede lid, van de wet van 25 juni 1992 de wijze waarop de « rechtsbescherming » van de verzekeringsondernemingen is georganiseerd, drastisch wijzigt.

De verzoekster onderscheidt in dat verband twee gevallen : in de eerste plaats het geval waarin de CBFA expliciet of impliciet een negatieve beslissing neemt die de verzoekende verzekeringsonderneming verhindert om haar tarief aan te passen en, in de tweede plaats, het geval waarin de CBFA zich niet uitspreekt over het verzoek van de onderneming.

A.28.3.2. Assuralia merkt op dat artikel 122 van de wet van 2 augustus 2002 « betreffende het toezicht op de financiële sector en de financiële diensten », zoals het was geformuleerd bij de aanneming van de bestreden bepaling, de mogelijkheid biedt om bepaalde beslissingen van de CBFA voor de Raad van State te betwisten door het instellen van een vernietigingsberoep dat volgens een versnelde procedure wordt onderzocht. De verzoekster leidt af uit de parlementaire voorbereiding van de wet van 2 augustus 2002 « tot aanvulling, inzake de verhaalmiddelen tegen de beslissingen van de minister, de CBF, de CDV en de marktondernemingen, alsook inzake de tussenkomst van de CBF en van de CDV voor de strafgerechten, van de wet van 2 augustus 2002

betreffende het toezicht op de financiële sector en de financiële diensten en tot wijziging van verschillende andere wetsbepalingen » dat die bepaling het voordeel van die versnelde procedure voorbehield aan de voornaamste belanghebbenden, namelijk diegenen wier toestand onmiddellijk werd bedreigd door de betwiste beslissingen van de CBFA.

De verzoekster herinnert eraan dat de beslissingen van de CBFA die niet vallen onder artikel 122 van de wet van 2 augustus 2002 en die niet vatbaar zijn voor een beroep bij het Hof van Beroep te Brussel overeenkomstig artikel 121 van dezelfde wet, kunnen worden betwist via een vernietigingsberoep bij de Raad van State, dat zal worden onderzocht volgens de gemeenrechtelijke procedure die voor dat rechtscollege wordt gevolgd.

Assuralia zet vervolgens uiteen dat artikel 122, 13°, van de wet van 2 augustus 2002 een verzekeringsonderneming die een beslissing tot tariefverhoging wenst te betwisten die door de CBFA is genomen op grond van het eerste lid van artikel 21octies, § 2, van de wet van 9 juli 1975, het recht toekent om bij de Raad van State een beroep tot nietigverklaring in te stellen volgens de versnelde procedure, maar niet zulk een recht toekent wanneer beroep wordt ingesteld tegen een beslissing van de CBFA die is genomen met toepassing van het tweede lid van artikel 21octies, § 2, van dezelfde wet. De verzoekster onderstreept dat een beslissing tot tariefverhoging op grond van die laatste bepaling door de verzekeringsonderneming enkel zou kunnen worden ervaren als een gunstige of positieve beslissing. Zij zou bijgevolg enkel kunnen worden betwist indien zij die onderneming een lagere tariefverhoging zou toestaan dan die welke werd gevraagd aan de CBFA. De verzoekster merkt ook op dat, vermits de regel die is uitgedrukt in artikel 122, 13°, van de wet van 2 augustus 2002 een uitzondering is op de gemeenrechtelijke rechtspleging voor de Raad van State, hij restrictief moet worden geïnterpreteerd. Zij voegt eraan toe dat de duidelijke tekst ervan primeert op eventuele tegenovergestelde verklaringen tijdens de parlementaire voorbereiding en dat die bepaling niet zou kunnen worden geïnterpreteerd door middel van artikel 68, eerste lid, 2°, c), van de wet van 6 augustus 1990 - vervangen bij artikel 4 van de wet van 2 juni 2010 « houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering (II) » - dat een discriminatie slechts in de toekomst doet verdwijnen.

Assuralia voert aan dat, zelfs indien de termijnen van de gemeenrechtelijke procedure in acht worden genomen, een volgens die procedure ingesteld beroep tot nietigverklaring geen daadwerkelijk beroep vormt, waardoor een niet te verantwoorden verschil in behandeling zou worden ingevoerd tussen de betrokken verzekeringsonderneming en de ondernemingen die soortgelijke beslissingen van de CBFA volgens een versnelde procedure kunnen aanvechten. De verzoekster oordeelt dat een procedure die meer dan een jaar in beslag neemt een verlieslatende verzekeringsonderneming die een beslissing van de CBFA betwist immers geen passend herstel kan bieden, aangezien die onderneming, in afwachting van een arrest van de Raad van State, gedurende een lange periode blijvend verlies zal lijden, als zij al niet failliet gaat. Zij merkt ook op dat een vernietigingsarrest van de Raad van State als zodanig niet volstaat om de situatie van de onderneming te corrigeren omdat het, in geval van een nietigverklaring, de CBFA toekomt opnieuw een beslissing te nemen - waarvan de inhoud niet door de Raad van State kan worden bepaald omdat hij niet over een volle rechtsmacht beschikt. Assuralia geeft eveneens aan dat de CBFA niet verplicht is om die nieuwe beslissing binnen een bepaalde termijn te nemen. De verzoekster is ten slotte van mening dat een verlieslatende onderneming, indien zij niet het bestaan van een moeilijk te herstellen ernstig nadeel aantoot, geen schorsing van de beslissing van de CBFA zou kunnen verkrijgen. Zij geeft ten slotte aan dat, zelfs indien een verzekeringsonderneming die verliezen lijdt die noch zwaar, noch uitzonderlijk zijn de schorsing van de betwiste beslissing van de CBFA zou kunnen verkrijgen, zij daarom echter nog geen recht op een daadwerkelijk beroep zou genieten. Zij precificeert dat een eventueel arrest tot schorsing van die beslissing dat orgaan niet zou verplichten om zijn beslissing te wijzigen, te schorsen of in te trekken.

A.28.3.3. Assuralia stelt bovendien dat een verlieslatende verzekeringsonderneming die zich tot de CBFA richt op grond van artikel 21octies, § 2, tweede lid, van de wet van 9 juli 1975 en die met een stilzwijgen van dat overheidsorgaan wordt geconfronteerd, evenmin een daadwerkelijk beroep geniet.

Dat stilzwijgen zou immers niet kunnen worden beschouwd als een afwijzende beslissing waartegen bij de Raad van State beroep kan worden ingesteld in de zin van artikel 14, § 3, van de op 12 januari 1973 gecoördineerde wetten op de Raad van State. De verzoekster onderstreept in dat verband dat de bestreden bepaling de CBFA niet lijkt te verplichten om zich over het verzoek van een verzekeringsonderneming uit te spreken, laat staan binnen een welbepaalde redelijke termijn. Zij herinnert eveneens eraan dat de CBFA haar nieuwe bevoegdheid veeleer als een voorrecht beschouwt.

In ondergeschikte orde zet Assuralia uiteen dat, zelfs indien de onderneming een afwijzende beslissing zou kunnen uitlokken in de zin van artikel 14, § 3, van de op 12 januari 1973 gecoördineerde wetten, het mechanisme waarin die bepaling voorziet een beroepsmogelijkheid biedt die niet doeltreffend is, laat staan daadwerkelijk. Die negatieve beslissing zal de verlieslatende onderneming geen soelaas bieden, die bovendien nog vier maanden zal moeten wachten na de aanmaning van de CBFA alvorens beroep te kunnen instellen bij de Raad van State. Bovendien is het waarschijnlijk dat de onderneming in haar economisch voortbestaan zal worden bedreigd of op een faillissement afstevent vooraleer dat rechtscollege zich uitsprekt, *a fortiori* indien het beroep tot nietigverklaring wordt onderzocht volgens de regels van de gemeenrechtelijke procedure. De verzoekster preciseert in dat verband dat, zelfs indien de versnelde procedure bepaald bij het koninklijk besluit van 15 mei 2003 « tot regeling van de versnelde procedure in geval van beroep bij de Raad van State tegen sommige beslissingen van de Commissie voor het Bank- en Financiewezen » toepasselijk zou zijn, de verzekeringsonderneming toch zou moeten wachten totdat een periode van vier maanden na de aan de CBFA gerichte aanmaning is verstreken alvorens een beroep tot nietigverklaring tegen de afwijzende beslissing te kunnen instellen. Zij verwijst in dat verband naar de bewoordingen van artikel 2 van dat koninklijk besluit van 15 mei 2003 en naar het advies dat door de afdeling wetgeving van de Raad van State over die tekst werd verstrekt. Zij wijst ten slotte erop dat een vernietigingsarrest van de Raad van State niet zou toelaten de situatie van de verzekeringsonderneming onmiddellijk te corrigeren, omdat dit rechtscollege geen beslissing zou kunnen nemen in plaats van de CBFA, noch haar een bevel zou kunnen geven, vermits het niet over een volle rechtsmacht beschikt.

A.28.3.4. Assuralia beweert voor het overige dat de voorzitter van de rechtbank van eerste aanleg die uitspraak doet op grond van artikel 584 van het Gerechtelijk Wetboek, het recht van een verzekeringsonderneming op een daadwerkelijk beroep niet zou kunnen waarborgen door zich in de plaats te stellen van de CBFA om de nieuwe bevoegdheid uit te oefenen die de bestreden bepaling aan die laatste toevertrouwt.

A.28.3.5. Assuralia voegt eraan toe dat, gelet op de gebrekkige rechtsbescherming, de bestreden bepaling niet alleen discriminerend is op zich, maar dat zij ook een niet te verantwoorden verschil in behandeling invoert tussen, enerzijds, de verzekeringsondernemingen die ziekteverzekeringsovereenkomsten aanbieden en, anderzijds, alle andere verzekeringsondernemingen en de ziekenfondsen.

A.29.1. De Ministerraad antwoordt dat, in het licht van het arrest van het Hof nr. 81/2008 van 27 mei 2008, de verzekeringsonderneming een recht op een daadwerkelijk beroep geniet.

Hij wijst in de eerste plaats erop dat artikel 122, 13°, van de wet van 2 augustus 2002 een verzekeringsonderneming de mogelijkheid biedt om bij de Raad van State beroep in te stellen volgens de versnelde procedure, tegen de beslissing van de CBFA die is genomen met toepassing van artikel 21*octies* van de wet van 9 juli 1975.

Hij argumenteert vanuit de overwegingen waarmee de wetgever rekening heeft gehouden tijdens de parlementaire voorbereiding van de oorspronkelijke versie van de eerste bepaling : het economisch belang van de gecontroleerde onderneming, het nadeel dat zij zou kunnen ondervinden mocht een beslissing onwettig blijken, de mate van aansprakelijkheid van de CBFA en het spoedeisende karakter van de situatie. Hij is ook van mening dat de wetgever, bij de aanneming van artikel 4 van de wet van 2 juni 2010 waarbij artikel 68, eerste lid, 2°, c), van de wet van 6 augustus 1990 wordt vervangen, die interpretatie van artikel 21*octies* van de wet van 9 juli 1975 duidelijk heeft bevestigd.

A.29.2. De Ministerraad zet uiteen dat, zelfs indien artikel 122, 13°, van de wet van 2 augustus 2002 niet toepasselijk zou worden geacht op de beslissingen van de CBFA die worden genomen met toepassing van artikel 21*octies*, § 2, tweede lid, van de wet van 9 juli 1975, de betrokken verzekeringsonderneming bij de Raad van State beroep zou kunnen instellen tegen dat type van beslissing.

Hij voegt eraan toe dat, indien de CBFA zich niet uitsprekt over het verzoek dat op grond van de bestreden bepaling is geformuleerd, de onderneming bij de Raad van State een vernietigingsberoep zou kunnen instellen met toepassing van artikel 14, § 3, van de op 12 januari 1973 gecoördineerde wetten op de Raad van State. De Ministerraad preciseert in dat verband dat de CBFA verplicht is om zich over zulk een verzoek uit te spreken, des te meer omdat er geen enkele andere instantie is die bevoegd is om de haar toegewezen bevoegdheid uit te oefenen.

De Ministerraad stelt bovendien dat de verzekeringsonderneming die zich in een werkelijk precare situatie bevindt, eveneens de schorsing kan vorderen van een beslissing van de CBFA die is genomen op grond van artikel 21*octies*, § 2, tweede lid, van de wet van 9 juli 1975, in voorkomend geval via de procedure bij uiterst dringende noodzakelijkheid. Hij herinnert in dat verband eraan dat die onderneming waarvan het voortbestaan door de betwiste beslissing wordt bedreigd, het bestaan van een moeilijk te herstellen ernstig nadeel zou kunnen aantonen. Hij geeft aan dat de procedure van onderzoek van een gewone vordering tot schorsing drie tot zes maanden in beslag neemt, terwijl een schorsing die bij uiterst dringende noodzakelijkheid wordt gevorderd, op enkele dagen kan worden verkregen.

A.29.3. De Ministerraad antwoordt nog dat, wanneer de voormelde verzekeringsonderneming zich richt tot de voorzitter van de rechtbank van eerste aanleg die optreedt op grond van artikel 584 van het Gerechtelijk Wetboek, laatstgenoemde bevoegd is om een dwangsom op te leggen of voorlopige maatregelen te nemen ten aanzien van de CBFA, of provisionele bedragen toe te kennen aan de noodlijdende onderneming, met toepassing van artikel 1382 van het Burgerlijk Wetboek.

Hij voegt eraan toe dat, indien de beslissing van de CBFA nietig wordt verklaard, de verzekeringsonderneming in voorkomend geval een aansprakelijkheidsvordering kan instellen bij de burgerlijke rechtbank, teneinde een schadevergoeding te verkrijgen.

A.29.4. De Ministerraad betwist overigens het bestaan van een verschil in behandeling tussen de ziekenfondsen en de verzekeringsondernemingen dat zou voortvloeien uit artikel 11, § 1, derde lid, van de wet van 6 augustus 1990, aangezien die bepaling betrekking heeft op de goedkeuring van de statuten van een vereniging door de Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen. Hij merkt ook op dat volgens artikel 68, eerste lid, 2°, c), van de wet van 6 augustus 1990, zoals vervangen bij artikel 4 van de wet van 2 juni 2010, een maatschappij van onderlinge bijstand die een tariefverhoging wenst door te voeren, exact dezelfde procedure moet volgen als een verzekeringsonderneming voor een beslissing tot tariefverhoging.

Wat betreft het zesde middel, dat is afgeleid uit de schending van de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, van het « rechtszekerheidsbeginsel » en van het « vertrouwensbeginsel »

A.30.1. Assuralia verwijt de artikelen 13 en 15 van de wet van 17 juni 2009 geen overgangsmaatregelen te bevatten teneinde de legitieme verwachtingen van de verzekeringsondernemingen te garanderen, *a fortiori* rekening houdend met het retroactieve karakter ervan.

A.30.2. Wat artikel 15 van de wet van 17 juni 2009 betreft, vermeldt de verzoekster de kritiek die door de afdeling wetgeving van de Raad van State werd geuit in verband met de retroactiviteit waarin is voorzien.

Zij onderstreept dat het nieuwe artikel 138*bis*-4 van de wet van 25 juni 1992 en het nieuwe artikel 21*octies*, § 2, tweede lid, van de wet van 9 juli 1975 niet als interpretatieve regels zouden kunnen worden gekwalificeerd. Zij merkt in dat verband op dat de nieuwe regels eveneens met terugwerkende kracht gelden voor de ziekteverzekeringsovereenkomsten die voordien buiten het toepassingsgebied van de artikelen 138*bis*-1 en volgende van de wet van 25 juni 1992 vielen.

De verzoekster merkt op dat in de parlementaire voorbereiding niet wordt aangegeven dat de terugwerkende kracht waarin artikel 15 van de wet van 17 juni 2009 voorziet, onontbeerlijk zou zijn voor de verwezenlijking van een doelstelling van algemeen belang die verband houdt met de goede werking of de continuïteit van de openbare dienst, en ziet niet in welke die doelstelling zou kunnen zijn.

A.30.3.1. Wat artikel 13 van de wet van 17 juni 2009 betreft, merkt Assuralia op dat de regels van artikel 3, § 1, § 2 (eerste en tweede lid) en § 4 van de wet van 20 juli 2007, ingevoegd bij artikel 13 van de wet van 17 juni 2009, voor de verzekeringsondernemingen in een overgangperiode lijken te voorzien die op 1 juli 2009 verstrijkt en die bedoeld is om hun de tijd te geven om zich aan te passen aan bepaalde aspecten van de nieuwe regeling die vervat is in die laatste wet. Zij wijst niettemin erop dat die overgangperiode in feite nooit heeft bestaan, vermits de wet van 17 juni 2009 pas op 8 juli 2009 in het *Belgisch Staatsblad* is bekendgemaakt, en dus pas na het verstrijken van die periode aan de betrokken verzekeringsondernemingen tegenstelbaar is gemaakt.

A.30.3.2. Assuralia is dan ook van mening dat de bestreden bepaling een verschil in behandeling invoert tussen, enerzijds, de verzekeringsonderneming die individuele ziekteverzekeringsovereenkomsten aanbiedt in de

zin van artikel 138*bis*-2 van de wet van 25 juni 1992, zoals ingevoegd bij artikel 2 van de wet van 20 juli 2007 en, anderzijds, de verzekeringsonderneming die andere dan beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomsten aanbiedt in de zin van artikel 138*bis*-2 van de wet van 25 juni 1992, gewijzigd bij artikel 4 van de wet van 17 juni 2009, die voor het eerst aan de artikelen 138*bis*-1 en volgende van de wet van 25 juni 1992 worden onderworpen. Zij wijst erop dat alleen de eerstgenoemde onderneming een overgangperiode heeft kunnen genieten om haar verzekeringsproducten aan te passen, aangezien die periode reeds was verstreken op het ogenblik dat de laatstgenoemde onderneming het voordeel ervan had kunnen genieten.

De verzoekster onderstreept dat, in tegenstelling tot hetgeen blijkt uit de memorie van toelichting van het wetsontwerp dat ten grondslag ligt aan de wet van 17 juni 2009, deze wet het toepassingsgebied van de wet van 20 juli 2007 wijzigt.

A.30.3.3. Assuralia stelt eveneens dat artikel 13 van de wet van 17 juni 2009 het rechtmatig vertrouwen van de verzekeringsondernemingen beschaamt.

Zij geeft aan dat die wet de regels betreffende de wijziging van de technische grondslagen van de premie en van de dekkingsvoorwaarden wijzigt.

Zij wijst erop dat sinds 1 juli 2007, datum van inwerkingtreding van de wet van 20 juli 2007, de verzekeringsondernemingen de bestaande overeenkomsten aan die wet hebben moeten aanpassen door er levenslange overeenkomsten van te maken. Zij herinnert eraan dat die ondernemingen, op het ogenblik van die aanpassing, rechtmatig ervan konden uitgaan dat zij, overeenkomstig de regels bepaald in het vroegere artikel 138*bis*-4, §§ 2 en 3, van de wet van 25 juni 1992, zoals het werd ingevoegd bij de wet van 20 juli 2007, de technische grondslagen en het bedrag van de premie, alsook de dekkingsvoorwaarden van die - voortaan voor het leven gesloten - overeenkomsten nog zouden kunnen wijzigen. De verzoekster merkt niettemin op dat, rekening houdend met het nieuwe artikel 138*bis*-4 van de wet van 25 juni 1992, de verzekeringsonderneming die tot die aanpassing is overgegaan gedurende de periode van 1 juli 2007 tot 30 juni 2009, met terugwerkende kracht het recht verliest om de premie van de overeenkomst aan te passen, bijvoorbeeld in het twintigste, dertigste of veertigste jaar van de overeenkomst, indien zou blijken dat de reële kosten van de gewaarborgde medische prestaties op duurzame wijze zijn gewijzigd ten opzichte van de bestaande situatie bij het sluiten van de overeenkomst, of dat andere omstandigheden een betekenisvolle invloed hebben op de omvang van de gewaarborgde prestaties. De verzoekster voert aan dat de verzekeringsondernemingen, bij de voormelde aanpassing, de premie niet hebben gewijzigd, omdat zij ervan uitgingen dat zulk een wijziging nog mogelijk zou zijn op grond van de regels die bij de wet van 20 juli 2007 waren ingevoegd. Zij leidt eruit af dat, ingevolge de betwiste regeling, de bestaande verzekeringsproducten die tot het toepassingsgebied behoorden van de wijzigingen die deze wet aan de wet van 25 juni 1992 heeft aangebracht, economisch ondergewaardeerd zijn of zullen worden omdat de verzekeringsonderneming de gewaarborgde prestaties levenslang aan de verzekerde verschuldigd zal zijn zonder dat de premie nog kan worden gewijzigd, zelfs in geval van een duurzame en onvoorziene wijziging van de reële kosten van de gewaarborgde prestaties.

De verzoekster is ten slotte van mening dat de legitieme verwachtingen van de individueel beschouwde verzekeringsondernemingen niet mogen wijken voor de individuele belangen van de verzekeringnemers, des te meer daar het behoud van het financiële evenwicht van een verzekeringsonderneming een doelstelling van algemeen belang vormt.

A.30.3.4. Assuralia voegt in haar memorie van antwoord eraan toe dat de retroactieve inwerkingtreding van de bestreden bepalingen des te minder aanvaardbaar is omdat de wetgever voor de ziekenfondsen in een overgangperiode heeft voorzien die ten vroegste op 1 juli 2011 verstrijkt en die thans tot 1 januari 2012 kan worden verlengd.

A.31.1. De Ministerraad antwoordt dat, zoals vervangen bij artikel 13 van de wet van 17 juni 2009, artikel 3 van de wet van 20 juli 2007 in een periode van twee jaar verstrijkend op 1 juli 2009 voorziet om alle overeenkomsten aan de nieuwe regels van artikel 138*bis*-4 van de wet van 25 juni 1992 aan te passen.

Hij is van mening dat het ontbreken van een overgangsregeling wordt verantwoord door de omstandigheid dat elke overgangstermijn gepaard gaat met een blijvend ontoereikende bescherming van de consument. Hij voegt eraan toe dat het algemeen belang zou worden geschaad indien de wettelijke regels niet onmiddellijk van toepassing zouden worden verklaard.

A.31.2. De Ministerraad ziet niet welke aanpassingen de verzekeringsondernemingen zouden moeten aanbrengen in de overeenkomsten.

Hij is van mening dat, gelet op het feit dat er zich tussen 20 juli 2007 en 17 juni 2009 geen duurzame wijziging heeft voorgedaan van de lasten die deze ondernemingen moeten dragen bij de uitvoering van de verzekeringsovereenkomsten, de overeenkomsten die vóór 17 juni 2009 werden gesloten, als winstgevend kunnen worden beschouwd. De Ministerraad herinnert eraan dat de Koning de criteria heeft vastgesteld op basis waarvan een index zal worden berekend die rekening houdt met de gegevens betreffende de kosten die de verzekeringsondernemingen in een bepaald jaar dragen, gegevens die door die laatsten worden verstrekt.

Hij leidt eruit af dat de overeenkomsten zullen worden aangepast aan elke duurzame wijziging die zich uitdrukt in een stijging van de lasten van de verzekeringsondernemingen, die zich zal uitdrukken in de gegevens die aan de CBFA worden verstrekt voor de berekening van indexen die rekening houden met veranderlijke omstandigheden.

- B -

B.1.1. Hoofdstuk IV van titel III (« Persoonsverzekeringen ») van de wet van 25 juni 1992 « op de landverzekeringsovereenkomst », ingevoegd bij artikel 2 van de wet van 20 juli 2007, heeft betrekking op de « ziekteverzekeringsovereenkomsten ».

Afdeling I (« Inleidende bepalingen ») van dat hoofdstuk IV bevat enkel artikel 138*bis*-1. Gewijzigd bij artikel 2 van de wet van 17 juni 2009 « tot wijziging, wat de ziekteverzekeringsovereenkomsten betreft, van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst en van de wet van 20 juli 2007 tot wijziging, wat de private ziekteverzekeringsovereenkomsten betreft, van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst », omschrijft die bepaling de begrippen « ziekteverzekeringsovereenkomst », « beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst », « hoofdverzekerde » en « bijverzekerden ».

Afdeling II van dat hoofdstuk IV - waarvan het opschrift werd gewijzigd bij artikel 3 van de wet van 17 juni 2009 - bevat onder andere de artikelen 138*bis*-2 tot 138*bis*-4 van de wet van 25 juni 1992. Zij is van toepassing op de « andere dan beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomsten » (artikel 138*bis*-2, eerste lid, van de wet van 25 juni 1992).

Artikel 138*bis*-3 van de wet van 25 juni 1992 - ingevoegd bij artikel 2 van de wet van 20 juli 2007 en gewijzigd bij artikel 5 van de wet van 17 juni 2009 - bepaalt :

« 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 138*bis*-1, § 1, 1°, 3° en 4°, bedoelde ziekteverzekeringsovereenkomsten voor het leven aangegaan. De in artikel 138*bis*-1, § 1, 2°, bedoelde ziekteverzekeringsovereenkomsten gelden ten minste tot de leeftijd van 65 jaar of tot een jongere leeftijd, wanneer deze de normale leeftijd is waarop de verzekerde zijn beroepswerkzaamheid volledig en definitief stopzet.

§ 2. Onverminderd de toepassing van artikel 30, § 3, kunnen de overeenkomsten worden aangegaan voor een beperkte duurtijd op uitdrukkelijk verzoek van de hoofdverzekerde 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 ».

B.1.2. Artikel 6 van de wet van 17 juni 2009 vervangt artikel 138*bis*-4 van de wet van 25 juni 1992 - dat werd ingevoegd bij artikel 2 van de wet van 20 juli 2007 - door de volgende bepaling :

« § 1. Behoudens wederzijds akkoord van de partijen en op uitsluitend verzoek van de hoofdverzekerde alsmede in de in §§ 2, 3 en 4 vermelde gevallen, kan de verzekeraar de technische grondslagen van de premie en de dekkingsvoorwaarden, na het sluiten van een ziekteverzekeringsovereenkomst niet meer wijzigen.

De wijziging van de technische grondslagen van de premie en/of dekkingsvoorwaarden bij wederzijds akkoord van de partijen, zoals bepaald bij het eerste lid, kan enkel in het belang van de verzekerden gebeuren.

§ 2. De premie, de vrijstelling en de prestatie mogen worden aangepast op de jaarlijkse premieervaldag, op grond van het indexcijfer der consumptieprijzen.

§ 3. De premie, of de vrijstelling en de prestaties mogen worden aangepast op de jaarlijkse premieervaldag, op grond van een of verschillende specifieke indexcijfers aan de kosten van de diensten die gedekt worden door de private ziekteverzekeringsovereenkomsten, indien en voor zover de evolutie van dat of deze het indexcijfer der consumptieprijzen overschrijdt.

De Koning, op gemeenschappelijk voorstel van de ministers tot wier bevoegdheid de verzekeringen en de sociale zaken behoren en na raadpleging van het Federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg (hierna ‘het Kenniscentrum’) bepaalt de wijze waarop die indexcijfers worden opgebouwd. Hiertoe :

- selecteert Hij een geheel van objectieve en representatieve parameters;
- bepaalt Hij de berekeningswijze van deze parameters;
- bepaalt Hij het respectieve gewicht van deze parameters in het of de indexcijfers.

Deze methode kan worden geëvalueerd door het Kenniscentrum op gemeenschappelijke vraag van de Ministers die bevoegd zijn voor Verzekeringen en de Sociale Zaken.

Op basis van de door de Koning vastgestelde methode gaat de FOD Economie over tot de berekening en publiceert hij de waarde van het of de indexcijfers jaarlijks in het *Belgisch Staatsblad* op basis van de cijfers die zijn gekend op 30 juni. De publicatie van het resultaat gebeurt ten laatste op 1 september. De wijze van samenwerking tussen het Kenniscentrum en de FOD Economie wordt bepaald door een protocol tussen deze twee instellingen.

De Koning kan de regelmaat van de berekening en bekendmaking van de waarde van het of de indexcijfers verhogen.

De personen en instellingen die beschikken over de gegevens die nodig zijn voor de berekening moeten deze meedelen aan het Kenniscentrum en de FOD Economie als deze instellingen ze vragen.

§ 4. De toepassing van dit artikel laat artikel 21*octies* van de wet van 9 juli 1975 betreffende de controle der verzekeringsondernemingen onverlet.

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

1. aan de wijzigingen in het beroep van de verzekerde wat de niet-verplichte ziektekostenverzekering, de arbeidsongeschiktheidsverzekering, de invaliditeitsverzekering en de zorgverzekering betreft en/of

2. aan de wijzigingen in het inkomen van de verzekerde wat de arbeidsongeschiktheidsverzekering en de invaliditeitsverzekering betreft en/of

3. wanneer deze laatste verandert van statuut in het stelsel van sociale zekerheid wat de ziektekostenverzekering en de arbeidsongeschiktheidsverzekering betreft, voor zover deze wijzigingen een betekenisvolle invloed hebben op het risico en/of de kosten of de omvang van de verleende dekking ».

B.2. Artikel 12 van dezelfde wet van 17 juni 2009 vervangt artikel 21*octies*, § 2, van de wet van 9 juli 1975 « betreffende de controle der verzekeringsondernemingen » als volgt :

« De CBFA kan eisen dat een onderneming maatregelen neemt om een tarief in evenwicht te brengen indien hij vaststelt dat de toepassing van dat tarief verlieslatend is.

Onverminderd het eerste lid kan de CBFA, op verzoek van een onderneming, en indien zij vaststelt dat de toepassing van dat tarief, niettegenstaande de toepassing van artikel 138*bis*-4, §§ 2 en 3 van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst, verlieslatend is of dreigt te worden, in het geval van een andere dan beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst zoals bedoeld in artikel 138*bis*-2 van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst, beslissen dat een onderneming maatregelen moet

nemen om haar tarief in evenwicht te brengen. Deze maatregelen kunnen een aanpassing van de dekkingvoorwaarden inhouden.

De tariefverhoging wordt toegepast op de overeenkomsten die worden gesloten vanaf de kennisgeving van de beslissing van de CBFA en, onverminderd het opzeggingrecht van de verzekeringnemer, wordt ze eveneens toegepast op de premies en bijdragen van de lopende contracten, die vervallen vanaf de eerste dag van de tweede maand die volgt op de kennisgeving van de beslissing van de CBFA.

De tariefverhoging is niet onderworpen aan de verplichting tot prijsverhogingsaangifte bedoeld in de wet van 22 januari 1945 betreffende de economische reglementering en de prijzen, en in de uitvoeringsbesluiten ervan. De CBFA brengt de Prijzencommissie in kennis van de beslissing tot tariefverhoging. Die beslissing heeft slechts uitwerking vijftien dagen na die kennisgeving en geldt slechts voor een door de CBFA bepaalde duur ».

Die nieuwe bepaling van de wet van 9 juli 1975 maakt deel uit van hoofdstuk III (« Uitoefening van het verzekeringsbedrijf ») van die wet.

Het Hof dient geen rekening te houden met de wijzigingen die in die bepaling werden aangebracht door het koninklijk besluit van 3 maart 2011 « betreffende de evolutie van de toezichtsarchitectuur voor de financiële sector », en die in werking zijn getreden op 1 april 2011 (artikel 351, § 1, van hetzelfde besluit).

B.3. Artikel 13 van de wet van 17 juni 2009 vervangt artikel 3 van de wet van 20 juli 2007 door de volgende bepaling :

« § 1. Deze wet treedt in werking op 1 juli 2007. Zij is zowel van toepassing op nieuwe ziekteverzekeringsovereenkomsten als op ziekteverzekeringsovereenkomsten die zijn aangegaan vóór haar inwerkingtreding.

§ 2. Voor de bestaande andere dan beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomsten geldt, voor wat de toepassing van artikel 138*bis*-4 van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst betreft, een overgangperiode van twee jaar vanaf 1 juli 2007.

Voor de bestaande andere dan beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomsten, die op het ogenblik van de inwerkingtreding van deze wet niet beantwoorden aan de vereisten van artikel 138*bis*-3 van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst, biedt de verzekeringsonderneming de hoofdverzekerde, uiterlijk twee jaar vanaf 1 juli 2007, een aan deze vereisten beantwoordende nieuwe ziekteverzekeringsovereenkomst aan. De hoofdverzekerde 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.

De bestaande andere dan beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomsten, die werden gesloten door één of verschillende verzekeringnemers ten behoeve van één of

verschillende hoofdverzekerden en/of één of verschillende bijverzekerden, worden, na het verstrijken van de in het eerste lid bedoelde overgangperiode onderworpen aan de bepalingen van afdeling III van hoofdstuk IV van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst. Bij deze verzekeringen moge geen nieuwe hoofdverzekerden worden aangesloten.

§ 3. Voor de bestaande beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomsten geldt een overgangperiode van twee jaar vanaf 1 juli 2007 om deze overeenkomst aan te passen aan titel III, hoofdstuk IV, afdeling III van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst.

§ 4. De formele aanpassing van de bestaande ziekteverzekeringsovereenkomsten dient te zijn beëindigd uiterlijk op 1 juli 2009 ».

B.4. Artikel 15 van de wet van 17 juni 2009 bepaalt dat die laatste wet « uitwerking [heeft] met ingang van 1 juli 2007 ».

Ten aanzien van het onderwerp van de beroepen

B.5.1. Uit de uiteenzetting van de middelen in het verzoekschrift tot vernietiging dat in de zaak nr. 4843 werd ingediend, blijkt dat de middelen van dat beroep slechts gericht zijn tegen het tweede lid van artikel 21*octies*, § 2, van de wet van 9 juli 1975, ingevoegd bij artikel 12 van de wet van 17 juni 2009.

Het Hof beperkt zijn onderzoek van het beroep in de zaak nr. 4843 tot die bepaling.

B.5.2. Uit de uiteenzetting van de middelen in het verzoekschrift tot vernietiging dat werd ingediend in de zaak nr. 4846, blijkt dat de middelen van dat beroep slechts gericht zijn tegen het tweede lid van artikel 21*octies*, § 2, van de wet van 9 juli 1975, de eerste vier paragrafen van artikel 138*bis*-4 van de wet van 25 juni 1992, artikel 3, § 2, eerste en tweede lid, van de wet van 20 juli 2007 - respectievelijk ingevoegd bij de artikelen 12, 6 en 13 van de wet van 17 juni 2009 -, en tegen artikel 15 van de wet van 17 juni 2009.

Het Hof beperkt zijn onderzoek van het beroep in de zaak nr. 4846 tot die bepalingen.

Ten aanzien van de ontvankelijkheid

Wat het belang van de verzoeksters in de zaak nr. 4843 betreft

B.6.1. Artikel 142, derde lid, van de Grondwet en artikel 2, 2°, van de bijzondere wet van 6 januari 1989 op het Grondwettelijk Hof leggen iedere rechtspersoon die een beroep tot vernietiging instelt, de verplichting op te doen blijken van een belang.

Van het vereiste belang doen enkel de personen blijken wier situatie rechtstreeks en ongunstig zou kunnen worden geraakt door de bestreden norm. De *actio popularis* is niet toelaatbaar.

Wanneer een vereniging zonder winstoogmerk die niet haar persoonlijk belang aanvoert, voor het Hof optreedt, is vereist dat haar maatschappelijk doel van bijzondere aard is en, derhalve, onderscheiden van het algemeen belang; dat zij een collectief belang verdedigt; dat haar maatschappelijk doel door de bestreden norm kan worden geraakt; dat ten slotte niet blijkt dat dit maatschappelijk doel niet of niet meer werkelijk wordt nagestreefd.

B.6.2. De eerste verzoekster leidt haar belang om de vernietiging van de bestreden bepaling te vorderen af uit het feit dat zij luidens artikel 2 van haar huidige statuten (bekendgemaakt in de bijlagen bij het *Belgisch Staatsblad* van 20 december 2004) « tot doel [heeft] : 1) het bevorderen, verdedigen en vertegenwoordigen van de belangen van de consument en van de mensenrechten in het algemeen evenals elke discriminatie te bestrijden » en zij « te dien einde [...] geheel zelfstandig [handelt] [...] en [...] in rechte [optreedt] ».

B.6.3. Artikel 21octies, § 2, tweede lid, van de wet van 9 juli 1975 machtigt de Commissie voor het Bank-, Financier- en Assurantiewezen (CBFA) ertoe te beslissen dat een verzekeringsonderneming « maatregelen moet nemen om haar tarief in evenwicht te brengen », maatregelen die « een aanpassing van de dekkingsvoorwaarden » van de door die bepaling beoogde verzekeringsovereenkomsten « [kunnen] inhouden ».

Aangezien die maatregelen de situatie van de consument die de verzekeringnemer is die dat type van verzekeringsovereenkomst heeft gesloten, rechtstreeks en ongunstig kunnen

raken, doet de eerste verzoekster blijken van het vereiste belang om de vernietiging van de bestreden bepaling te vorderen.

B.6.4. Er dient niet te worden onderzocht of de twee andere verzoekende partijen eveneens doen blijken van het vereiste belang om die bepaling te bestrijden.

Wat de bevoegdheid van het Hof betreft

B.7. Volgens artikel 1 van de bijzondere wet van 6 januari 1989, gewijzigd bij artikel 2 van de bijzondere wet van 9 maart 2003, is het Hof bevoegd om uitspraak te doen op de beroepen tot vernietiging van een wet wegens schending van de regels die door of krachtens de Grondwet zijn vastgesteld voor het bepalen van de onderscheiden bevoegdheid van de federale overheid, de gemeenschappen en de gewesten, en wegens schending van de artikelen van titel II « De Belgen en hun rechten » en van de artikelen 170, 172 en 191 van de Grondwet.

Het is niet bevoegd om een wetkrachtige norm rechtstreeks te toetsen aan algemene beginselen, maar het kan ermee rekening houden wanneer ook de artikelen 10 en 11 van de Grondwet worden aangevoerd.

Wat andere aspecten betreft van de ontvankelijkheid van bepaalde middelen in de zaken nrs. 4843 en 4846

B.8.1. Om te voldoen aan de vereisten van artikel 6 van de bijzondere wet van 6 januari 1989 op het Grondwettelijk Hof, moeten de middelen van het verzoekschrift te kennen geven welke van de regels waarvan het Hof de naleving waarborgt, zouden zijn geschonden, alsook welke de bepalingen zijn die deze regels zouden schenden, en uiteenzetten in welk opzicht die regels door de bedoelde bepalingen zouden zijn geschonden.

Wanneer het middel is afgeleid uit de schending van het beginsel van gelijkheid en niet-discriminatie dat door de artikelen 10 en 11 van de Grondwet wordt gewaarborgd, dient het te preciseren van welke categorie van personen de situatie moet worden vergeleken met de

situatie van de categorie van personen ten aanzien van wie een discriminatie wordt aangevoerd.

Het middel moet eveneens preciseren in welk opzicht de bestreden bepaling leidt tot een verschil in behandeling dat discriminerend zou zijn.

Wanneer echter het middel is afgeleid uit de schending van het beginsel van gelijkheid en niet-discriminatie in samenhang gelezen met een ander grondrecht, volstaat het te preciseren in welk opzicht dat grondrecht is geschonden, vermits de categorie van personen van wie dat grondrecht zou zijn geschonden moet worden vergeleken met de categorie van personen voor wie dat grondrecht wordt gewaarborgd.

B.8.2.1. Het verzoekschrift tot vernietiging dat werd ingediend in de zaak nr. 4843 geeft niet aan in welk opzicht de bestreden bepaling onbestaanbaar zou zijn met artikel 16 van de Grondwet.

In zoverre het is afgeleid uit de schending van die bepaling, in samenhang gelezen met artikel 1 van het Eerste Aanvullend Protocol bij het Europees Verdrag voor de rechten van de mens, is het eerste middel in die zaak onontvankelijk.

B.8.2.2. Assuralia stelt dat, in zoverre het is afgeleid uit de schending van de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, het eerste middel in dezelfde zaak eveneens onontvankelijk is omdat het de categorieën van personen die het Hof moet vergelijken niet voldoende precies omschrijft.

Er dient te worden opgemerkt dat het de schending is van die grondwetsbepalingen, in samenhang gelezen met het grondrecht dat wordt gewaarborgd bij artikel 1 van het Eerste Aanvullend Protocol bij het Europees Verdrag voor de rechten van de mens, die wordt aangevoerd. Het verzoekschrift tot vernietiging geeft echter aan in welk opzicht dat grondrecht zou zijn geschonden. Het is dus niet noodzakelijk die categorieën van personen te preciseren.

In zoverre het is afgeleid uit de schending van de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, in samenhang gelezen met artikel 1 van het Eerste Aanvullend Protocol bij het Europees Verdrag voor de rechten van de mens, is het eerste middel in de zaak nr. 4843 ontvankelijk.

B.8.3. Zoals het in het verzoekschrift tot vernietiging wordt geformuleerd, wordt het Hof in het derde middel in de zaak nr. 4843 - dat is afgeleid uit de schending van de artikelen 10 en 11 van de Grondwet - verzocht zich uit te spreken over het verschil in behandeling dat de bestreden bepaling zou invoeren tussen, enerzijds, de ziekteverzekeringsovereenkomsten en, anderzijds, de andere overeenkomsten (eerste onderdeel) en de andere verzekeringsovereenkomsten (tweede onderdeel).

De uiteenzetting van het verzoekschrift met betrekking tot dat middel laat het Hof niet toe om precieze categorieën van personen die met elkaar moeten worden vergeleken met zekerheid te identificeren.

Het derde middel in de zaak nr. 4843 is onontvankelijk.

B.8.4. Het verzoekschrift tot vernietiging dat is ingediend in de zaak nr. 4843, geeft niet aan welke categorieën van personen het Hof moet vergelijken volgens het vierde middel dat is afgeleid uit de schending van de artikelen 10 en 11 van de Grondwet.

Het vierde middel in de zaak nr. 4843 is onontvankelijk.

B.8.5. Zoals het in het verzoekschrift tot vernietiging is geformuleerd, verzoekt het eerste middel in de zaak nr. 4846 het Hof om onder meer uitspraak te doen over de bestaanbaarheid van de bestreden bepalingen met de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, in samenhang gelezen met de vrijheid van handel en nijverheid, een « algemeen beginsel van de contractuele vrijheid » en artikel 1 van het Eerste Aanvullend Protocol bij het Europees Verdrag voor de rechten van de mens.

Het verzoekschrift zet niet uiteen in welk opzicht die regels door de bestreden bepalingen zouden worden geschonden.

In zoverre het is afgeleid uit de schending van de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, in samenhang gelezen met de vrijheid van handel en nijverheid, een « algemeen beginsel van de contractuele vrijheid » en artikel 1 van het Eerste Aanvullend Protocol bij het Europees Verdrag voor de rechten van de mens, is het eerste middel in de zaak nr. 4846 onontvankelijk.

B.8.6. In het eerste middel in de zaak nr. 4846 wordt het Hof eveneens verzocht zich uit te spreken over de bestaanbaarheid, met de artikelen 10 en 11 van de Grondwet afzonderlijk gelezen, van de bestreden bepalingen doordat zij een verschil in behandeling zouden invoeren tussen, enerzijds, de verzekeringsondernemingen die ziekteverzekeringsovereenkomsten sluiten waarop die bepalingen van toepassing zijn en, anderzijds, de verzekeringsondernemingen die andere verzekeringsovereenkomsten sluiten.

De uiteenzetting van het verzoekschrift met betrekking tot dat middel laat het Hof niet toe om met zekerheid de tweede categorie van verzekeringsondernemingen duidelijk te omlijnen.

In zoverre het betrekking heeft op het voormelde verschil in behandeling, is het eerste middel in de zaak nr. 4846 onontvankelijk.

B.8.7. In het vijfde middel in de zaak nr. 4846 wordt het Hof verzocht uitspraak te doen over de bestaanbaarheid van de bestreden bepalingen, onder meer met de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, in samenhang gelezen met artikel 1 van het Eerste Aanvullend Protocol bij het Europees Verdrag voor de rechten van de mens.

Het verzoekschrift zet niet uiteen in welk opzicht die regels door de bestreden bepalingen zouden worden geschonden.

In zoverre het is afgeleid uit de schending van de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, in samenhang gelezen met artikel 1 van het Eerste Aanvullend Protocol bij het Europees Verdrag voor de rechten van de mens, is het vijfde middel in de zaak nr. 4846 onontvankelijk.

B.8.8. In het vijfde middel in de zaak nr. 4846 wordt het Hof eveneens verzocht uitspraak te doen over de bestaanbaarheid van de bestreden bepalingen, onder andere met de

artikelen 10 en 11 van de Grondwet, in samenhang gelezen met artikel 13 van het Europees Verdrag voor de rechten van de mens.

Artikel 13 van het Europees Verdrag voor de rechten van de mens, met als opschrift « Recht op een daadwerkelijk rechtsmiddel », bepaalt :

« Eenieder wiens rechten en vrijheden, welke in dit Verdrag zijn vermeld, zijn geschonden, heeft recht op daadwerkelijke rechtshulp voor een nationale instantie, zelfs indien deze schending zou zijn begaan door personen in de uitoefening van hun ambtelijke functie ».

Om ontvankelijk te zijn moet een middel dat uit de schending van de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, in samenhang gelezen met artikel 13 van het Europees Verdrag, is afgeleid, op aannemelijke wijze aangeven welk ander door dat Verdrag gewaarborgd recht dreigt te worden geschonden.

Het verzoekschrift geeft echter niet op aannemelijke wijze aan wat het door dat Verdrag beschermde recht is waarvan de schending zou kunnen worden uitgevoerd door het daadwerkelijke rechtsmiddel waarvan het middel de ontstentenis aanklaagt.

In zoverre het is afgeleid uit de schending van de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, in samenhang gelezen met artikel 13 van het Europees Verdrag voor de rechten van de mens, is het vijfde middel in de zaak nr. 4846 onontvankelijk.

Over de grond van de zaak nr. 4843

Wat het eerste middel betreft

B.9.1. Uit de uiteenzetting van het verzoekschrift tot vernietiging dat werd ingediend in de zaak nr. 4843 blijkt dat het Hof wordt verzocht zich uit te spreken over de bestaanbaarheid, met de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, in samenhang gelezen met artikel 1 van het Eerste Aanvullend Protocol bij het Europees Verdrag voor de rechten van de mens, van artikel 21^{octies}, § 2, tweede lid, van de wet van 9 juli 1975 - ingevoegd bij artikel 12 van de wet van 17 juni 2009 -, doordat die bepaling de CBFA machtigt om te beslissen dat een

verzekeringsonderneming de clausules van een door die bepaling beoogde verzekeringsovereenkomst voor de toekomst moet wijzigen, in het nadeel van de verzekerde van die overeenkomst.

B.9.2. Artikel 1 van het Eerste Aanvullend Protocol bij het Europees Verdrag voor de rechten van de mens bepaalt :

« Alle natuurlijke of rechtspersonen hebben recht op het ongestoord genot van hun eigendom. Niemand zal van zijn eigendom worden beroofd behalve in het algemeen belang en met inachtneming van de voorwaarden neergelegd in de wet en in de algemene beginselen van het internationaal recht.

De voorgaande bepalingen zullen echter op geen enkele wijze het recht aantasten dat een Staat heeft om die wetten toe te passen welke hij noodzakelijk oordeelt om toezicht uit te oefenen op het gebruik van eigendom in overeenstemming met het algemeen belang of om de betaling van belastingen of andere heffingen en boeten te verzekeren »

Zijn « eigendom » in de zin van die bepaling, patrimoniale waarden, zoals vorderingen op grond waarvan de houders ervan kunnen beweren minstens een legitieme en redelijke verwachting te hebben dat zij het effectieve genot van een eigendomsrecht verkrijgen (EHRM, 27 november 2007, *Hamer* t. België, § 75; EHRM, grote kamer, 29 maart 2010, *Depalle* t. Frankrijk, § 63; EHRM, 18 mei 2010, *Plalam S.P.A.* t. Italië, § 36), met dien verstande dat die verwachting moet berusten op een « voldoende grondslag in het interne recht » (EHRM, grote kamer, 28 september 2004, *Kopecky* t. Slowakije, § 52; EHRM, grote kamer, 29 maart 2010, *Depalle* t. Frankrijk, § 63).

B.9.3. De uiteenzetting van het middel laat het Hof niet toe te bepalen welke de vordering is die een eigendom - in de zin van die bepaling - van de verzekerde kan vormen, waarvan het ongestoord genot door de bestreden bepaling in het gedrang zou komen.

B.9.4. Het eerste middel is niet gegrond.

Wat het tweede middel betreft

B.10.1. Uit de uiteenzetting van het verzoekschrift tot vernietiging dat in de zaak nr. 4843 werd ingediend, blijkt dat het Hof wordt verzocht om uitspraak te doen over de

bestaanbaarheid, met de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, in samenhang gelezen met artikel 1 van het Eerste Aanvullend Protocol bij het Europees Verdrag voor de rechten van de mens, van artikel 21*octies*, § 2, tweede lid, van de wet van 9 juli 1975 - ingevoegd bij artikel 12 van de wet van 17 juni 2009 -, doordat die bepaling een verschil in behandeling invoert tussen de verzekerde en de verzekeringsonderneming, vermits zij de eerstgenoemde niet toestaat de CBFA te verzoeken om de toestemming om de voorwaarden van de door die bepaling beoogde verzekeringsovereenkomst te wijzigen, wanneer hij met financiële problemen wordt geconfronteerd.

B.10.2. De bestreden bepaling geeft een verzekeringsonderneming het recht om de CBFA te verzoeken om een toestemming om « maatregelen [te] nemen om haar tarief in evenwicht te brengen ». Die toestemming wordt slechts onder bepaalde voorwaarden verleend. Die maatregelen kunnen een « aanpassing van de dekkingvoorwaarden » inhouden (artikel 21*octies*, § 2, tweede lid, tweede zin, van de wet van 9 juli 1975).

Vóór de inwerkingtreding van de bestreden bepaling had de CBFA reeds de bevoegdheid om van een verzekeringsonderneming te eisen dat zij « maatregelen neemt om een tarief in evenwicht te brengen » wanneer zij vaststelde dat « de toepassing van dat tarief verlieslatend [was] » (artikel 21*octies*, § 2, eerste zin, van de wet van 9 juli 1975). Die regel - die wordt bekrachtigd bij artikel 21*octies*, § 2, eerste lid, zoals het werd ingevoegd bij artikel 12 van de wet van 17 juni 2009 - past binnen een controle van de rentabiliteit van de verzekeringsondernemingen (*Parl. St.*, Kamer, 1990-1991, nr. 1587/1, pp. 2, 8-9) waarbij een onmiddellijke, zelfs tijdelijke, tariefverhoging kan worden opgelegd aan een « bedrijf in moeilijkheden », wanneer die tarieven « duidelijk ontoereikend zijn en op lange termijn de gezondheid van de onderneming in het gedrang brengen » (*ibid.*, nr. 1587/4, pp. 24 en 38).

De bestreden bepaling heeft tot doel « verzekeringsondernemingen die uitzonderlijke en zware verliezen lijden de mogelijkheid te bieden » aan de CBFA de toestemming te vragen om « hun tarieven te verhogen » teneinde « opnieuw een financieel evenwicht te bereiken » (*Parl. St.*, Kamer, 2008-2009, DOC 52-1662/004, p. 35). Zij heeft enkel betrekking op « specifieke en bijzondere omstandigheden » (*ibid.*, p. 35). Die bepaling is « ook een bescherming van de consument aangezien hij de meeste schade zou lijden bij een eventueel faillissement van zijn verzekeraar » (*Parl. St.*, Senaat, 2008-2009, nr. 4-1235/3, p. 17).

Het verzoek dat een verzekeringsonderneming op grond van de bestreden bepaling aan de CBFA kan richten, heeft een draagwijdte die een bepaalde contractuele verhouding tussen die onderneming en een bepaalde verzekeringnemer overstijgt.

B.10.3. Rekening houdend met het doel van de bestreden bepaling, is het voormelde verschil in behandeling niet zonder redelijke verantwoording.

B.10.4. Het tweede middel is niet gegrond.

Over de grond van de zaak nr. 4846

Wat het eerste middel betreft

B.11.1. Uit de uiteenzetting van het eerste middel blijkt dat het Hof wordt verzocht uitspraak te doen over de bestaanbaarheid, met de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, van artikel 138bis-4, §§ 1 tot 4, van de wet van 25 juni 1992 (vervangen bij artikel 6 van de wet van 17 juni 2009) en van artikel 21octies, § 2, tweede lid, van de wet van 9 juli 1975 (ingevoegd bij artikel 12 van de wet van 17 juni 2009), doordat die laatste bepalingen een verschil in behandeling zouden invoeren tussen, enerzijds, de verzekeraar die een levenslange niet-beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst heeft gesloten en, anderzijds, het ziekenfonds dat een « dienst ‘ hospitalisatie ’ » organiseert.

De voorwaarden voor een verhoging van de financiële tegenprestatie van de prestatie die moet worden verleend ter uitvoering van die overeenkomst of in het kader van die dienst, alsook de voorwaarden voor een wijziging van de « dekkingsvoorwaarden » van die overeenkomst of van die dienst, zouden voor een ziekenfonds soepeler zijn dan voor een verzekeraar doordat een ziekenfonds die tegenprestatie zou kunnen verhogen of die « dekkingsvoorwaarden » zou kunnen wijzigen via een gewone beslissing van zijn algemene vergadering, zonder dat de instemming van de begunstigde van zijn dienst moet worden verkregen.

B.11.2.1. Een ziekenfonds is een vereniging van natuurlijke personen die « het bevorderen van het fysiek, psychisch en sociaal welzijn » als streefdoel heeft, in een « geest

van verzorging, onderlinge hulp en solidariteit», en die haar activiteiten «zonder winstoogmerk» uitoefent (artikel 2, § 1, van de wet van 6 augustus 1990 «betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen»).

B.11.2.2. De «dienst ‘hospitalisatie’» die door een ziekenfonds wordt georganiseerd, is een «financiële tussenkomst» voor zijn «leden» en de «personen te hunnen laste», die bestaat in de toekenning, «in geval van hospitalisatie», van hetzij een «forfaitaire uitkering per verpleegdag», hetzij een «vergoeding in functie van de werkelijk gedragen kosten inzake ziekenhuisverpleging» (artikel 9, § 1^{er}, 1^o, in samenhang gelezen met artikel 3, eerste lid, b), van de wet van 6 augustus 1990).

B.11.3. Bij de wet van 26 april 2010 «houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering (I)» worden verschillende wijzigingen aangebracht in de regelgeving betreffende de «dienst ‘hospitalisatie’». De meeste bepalingen van die wet zijn op 1 maart 2010 in werking getreden (artikel 75, eerste lid, van de wet van 26 april 2010).

Niettemin blijft het ziekenfonds dat bestond op de dag van die inwerkingtreding, vrij om die dienst te blijven inrichten «met inachtneming van de bepalingen van de wet van 6 augustus 1990 en haar uitvoeringsmaatregelen die van toepassing waren de dag vóór [die] inwerkingtreding», tot 31 december 2011, zonder rekening te houden met de wijzigingen die zijn aangebracht bij de wet van 26 april 2010 (artikel 75, tweede tot vierde lid, van de wet van 26 april 2010; artikel 1 van het koninklijk besluit van 21 januari 2011 «tot uitvoering van artikel 75, vierde lid, van de wet van 26 april 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering (I)»).

Rekening houdend met de datum van indiening van het verzoekschrift tot vernietiging (8 januari 2010), wordt het Hof in het eerste middel verzocht rekening te houden met de regelgeving betreffende de ziekenfondsen die van toepassing was vóór de inwerkingtreding van de wet van 26 april 2010. Het in B.11.1 vermelde verschil in behandeling dient eveneens te worden onderzocht in het licht van de bij die wet aangebrachte wijzigingen.

B.11.4.1. Een ziekenfonds mag het bedrag van de bijdragen van een «dienst ‘hospitalisatie’» slechts in drie gevallen verhogen: om het aan te passen aan de

« gezondheidsindex », « wanneer de reële en significante stijging van de kostprijs van de gewaarborgde prestaties of wanneer de evolutie van de te dekken risico's dit vereist », of « in geval van significante en uitzonderlijke omstandigheden » (artikel 9, § 1^{quinquies}, vijfde lid, van de wet van 6 augustus 1990, ingevoegd bij artikel 2, 4), van de wet van 11 mei 2007 « tot wijziging van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen »). De « werkelijke en significante stijging van de kostprijs van de gewaarborgde prestaties », de « evolutie van de te dekken risico's » en de « significante en uitzonderlijke omstandigheden » worden beoordeeld door de Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen (artikel 9, § 1^{quinquies}, zesde lid, van de wet van 6 augustus 1990, ingevoegd bij artikel 2, 4), van de wet van 11 mei 2007).

De « voorwaarden inzake de dekking » van de leden van een ziekenfonds dat een « dienst 'hospitalisatie' » inricht, mogen op hun beurt « enkel gewijzigd worden op grond van duurzame objectieve elementen en op een wijze die evenredig is met deze elementen », die « aan de beoordeling van de Controledienst [voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen] worden onderworpen » (artikel 9, § 1^{quinquies}, zevende lid, van de wet van 6 augustus 1990, ingevoegd bij artikel 2, 4), van de wet van 11 mei 2007).

B.11.4.2. Zowel een verhoging van het bedrag van de bijdragen als een wijziging van de « dekkingsvoorwaarden » van een « dienst 'hospitalisatie' » veronderstellen een wijziging van de statuten van het ziekenfonds (artikel 9, § 1, eerste lid, 4^o, van de wet van 6 augustus 1990, vóór de wijziging ervan bij artikel 5, 1^o, van de wet van 26 april 2010), namelijk, in principe, een beslissing van de algemene vergadering van het ziekenfonds, genomen met een meerderheid van twee derden van de uitgebrachte stemmen (artikel 10 van de wet van 6 augustus 1990; artikel 15, § 1, 1^o, van dezelfde wet). De algemene vergadering mag niettemin, voor een (hernieuwbare) periode van één jaar, aan de raad van bestuur van het ziekenfonds de bevoegdheid delegeren om te beslissen over de « aanpassingen van de bijdragen » (artikel 15, § 3, eerste en tweede lid, van de wet van 6 augustus 1990).

Ongeacht of de algemene vergadering dan wel de raad van bestuur erover beslist, moet een statutaire wijziging betreffende een verhoging van het bedrag van de bijdragen van de « dienst 'hospitalisatie' » worden goedgekeurd door de Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen, die zal nagaan of de « voorziene stijging van het totaalbedrag van de bijdragen in verhouding [is] tot de stijging van de

uitgaven in de betrokken dienst » (artikel 11, § 2, 3^o, van de wet van 6 augustus 1990, zoals het luidde na de vervanging ervan bij artikel 3 van de wet van 11 mei 2007; artikel 15, § 3, derde lid, van de wet van 6 augustus 1990) vervangen bij artikel 139, 3^o, van de wet van 12 augustus houdende sociale, budgettaire en andere bepalingen).

Een statutenwijziging betreffende een wijziging van de « voorwaarden inzake de dekking » van een « dienst ‘ hospitalisatie ’ » moet eveneens worden goedgekeurd door de Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen, die zal nagaan of « deze wijziging gebaseerd is op duurzame objectieve elementen en evenredig is met deze elementen » (artikel 11, § 2, 4^o, van de wet van 6 augustus 1990).

Volgens de parlementaire voorbereiding van de wet van 11 mei 2007 - die in de wet van 6 augustus 1990 de bepalingen heeft ingevoegd die de voorwaarden regelen waaronder een ziekenfonds het bedrag van de bijdragen mag verhogen en de dekkingsvoorwaarden van de « dienst ‘ hospitalisatie ’ » mag wijzigen - is de relatie tussen een ziekenfonds en een van zijn leden verschillend van die tussen de partijen bij een verzekeringsovereenkomst doordat het niet gaat om een « individuele contractuele relatie », maar om een « statutaire relatie gebaseerd op het solidariteitsbeginsel ». Er werd gepreciseerd dat een lid van een ziekenfonds, door het toetredingsformulier te ondertekenen, gebonden is aan de statuten ervan en aan de wijzigingen daarvan (*Parl. St.*, Kamer, 2006-2007, DOC 51-3057/001, p. 9; *ibid.*, DOC 51-3057/002, p. 5; *Parl. St.*, Senaat, 2006-2007, nr. 2439/2, p. 4).

B.11.4.3. De algemene vergadering van een ziekenfonds bestaat uit « vertegenwoordigers die worden verkozen in hun schoot voor een duur van zes jaar, door de leden en personen te hunnen laste die meerderjarig of ontvoegd zijn en die hun woonplaats in België hebben » (artikel 14, § 1, van de wet van 6 augustus 1990).

Tijdens de voormelde parlementaire voorbereiding van de wet van 11 mei 2007 werd ook onderstreept dat « de beslissing van de algemene vergadering om de statuten te wijzigen beschouwd [moet] worden als zijnde genomen krachtens een machtiging van de leden » (*Parl. St.*, Kamer, 2006-2007, DOC 51-3057/001, p. 9).

B.11.4.4. Uit het voorgaande blijkt dat een verhoging van de bijdrage voor een « dienst ‘ hospitalisatie ’ » en een wijziging van de « dekkingsvoorwaarden » van zulk een dienst in principe de indirecte instemming van de begunstigde van die dienst vereisen.

B.11.5. De wet van 26 april 2010 heeft de voormelde regels niet gewijzigd.

B.11.6. In zoverre het voortvloeit uit de vaststelling dat een ziekenfonds de bijdrage voor de « dienst ‘ hospitalisatie ’ » zou kunnen verhogen of de « dekkingsvoorwaarden » ervan zou kunnen wijzigen zonder de instemming van de begunstigde van zijn dienst, berust het in B.11.1 beschreven verschil in behandeling dan ook op een verkeerde lezing van de regels die van toepassing zijn op de ziekenfondsen, zowel vóór als na de inwerkingtreding van de wet van 26 april 2010.

B.11.7. Het eerste middel is niet gegrond.

Wat het tweede middel betreft

B.12.1. Uit de uiteenzetting van het tweede middel blijkt dat het Hof wordt verzocht uitspraak te doen over de bestaanbaarheid, met de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, in samenhang gelezen met artikel 8, lid 3, van de richtlijn 73/239/EEG van de Raad van 24 juli 1973 « tot coördinatie van de wettelijke en bestuursrechtelijke bepalingen betreffende de toegang tot het directe verzekeringsbedrijf, met uitzondering van de levensverzekeringsbranche, en de uitoefening daarvan » en met de artikelen 29 en 39, tweede en derde lid, van de richtlijn 92/49/EEG van de Raad van 18 juni 1992 « tot coördinatie van de wettelijke en bestuursrechtelijke bepalingen betreffende het directe verzekeringsbedrijf, met uitzondering van de levensverzekeringsbranche, en houdende wijziging van de Richtlijnen 73/239/EEG en 88/357/EEG », van artikel 138bis-4, §§ 1 tot 4, van de wet van 25 juni 1992, en van artikel 21octies, § 2, tweede lid van de wet van 9 juli 1975, doordat die laatste bepalingen de vrijheid zouden beperken van de verzekeraar die een niet-beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst heeft gesloten voor het leven, om de « technische grondslagen van de premie » en de « dekkingsvoorwaarden » van die overeenkomst te wijzigen.

B.12.2.1. De artikelen 6 tot 12*bis* van de richtlijn 73/239/EEG maken deel uit van afdeling A (« Toegangsvoorwaarden ») van titel II (« Regels, toepasselijk op ondernemingen waarvan het hoofdkantoor gevestigd is binnen de Gemeenschap ») van die richtlijn, terwijl de artikelen 13 tot 21 van dezelfde richtlijn afdeling B (« Uitoefeningsvoorwaarden ») vormen, en artikel 22 afdeling C (« Intrekking van de vergunning ») van dezelfde titel.

Artikel 6 van de richtlijn 73/239/EEG - vervangen bij artikel 4 van de richtlijn 92/49/EEG - bepaalt dat de «toegang tot het directe verzekeringsbedrijf [...] afhankelijk [wordt] gesteld van het verkrijgen van een vergunning » die « bij de autoriteiten van de Lid-Staat van herkomst [moet] worden aangevraagd », hetzij door « de onderneming die haar hoofdkantoor op het grondgebied van deze Lid-Staat vestigt », hetzij door « de onderneming die, na de [voormelde] vergunning te hebben verkregen, haar werkzaamheden tot een gehele branche of tot andere branches uitbreidt ».

Artikel 8, lid 1 tot 2, van dezelfde richtlijn - vervangen bij artikel 6 van de richtlijn 92/49/EEG, en een laatste keer gewijzigd bij artikel 1 van de richtlijn 2006/101/EG van de Raad van 20 november 2006 « tot aanpassing van de Richtlijnen 73/239/EEG, 74/557/EEG en 2002/83/EG op het gebied van het vrij verrichten van diensten, in verband met de toetreding van Bulgarije en Roemenië » - vermeldt verschillende voorwaarden waaraan een verzekeringsonderneming die deze vergunning aanvraagt, moet voldoen.

Artikel 8, lid 3, van de richtlijn 73/239/EEG - vervangen bij artikel 6 van de richtlijn 92/49/EEG - bepaalt :

« Deze richtlijn belet niet dat de Lid-Staten wettelijke en bestuursrechtelijke bepalingen handhaven of invoeren die voorzien in de goedkeuring van de statuten en in het mededelen van elk document dat voor de normale uitoefening van het toezicht vereist is.

De Lid-Staten stellen echter geen bepalingen vast waarin de voorafgaande goedkeuring of de systematische mededeling wordt geëist van de algemene en bijzondere voorwaarden van de verzekeringspolissen, de tarieven, en de formulieren en andere documenten waarvan de onderneming gebruik wil maken in haar betrekkingen met de verzekeringnemers.

De Lid-Staten kunnen de voorafgaande kennisgeving of de goedkeuring van voorgestelde tariefverhogingen alleen als onderdeel van een algemeen prijscontrolesysteem handhaven of invoeren.

[...] ».

B.12.2.2. Artikel 29 van de richtlijn 92/49/EEG, dat behoort tot hoofdstuk 3 van titel III (« Harmonisatie van de uitoefeningsvoorwaarden »), bepaalt :

« De Lid-Staten stellen geen bepalingen vast waarin de voorafgaande goedkeuring of de systematische mededeling wordt geëist van de algemene en bijzondere voorwaarden van de verzekeringspolissen, de tarieven, en de formulieren en andere documenten waarvan een verzekeringsonderneming gebruik wil maken in haar betrekkingen met de verzekeringnemers. Voor het toezicht op de naleving van de nationale bepalingen betreffende de verzekeringsovereenkomsten kunnen zij alleen een niet-systematische mededeling van deze voorwaarden en andere documenten eisen, zonder dat dit vereiste voor de verzekeringsonderneming een voorwaarde vooraf voor de uitoefening van haar werkzaamheden mag vormen.

De Lid-Staten kunnen de voorafgaande kennisgeving of de goedkeuring van voorgestelde tariefverhogingen alleen als onderdeel van een algemeen prijscontrolesysteem handhaven of invoeren ».

B.12.2.3. Artikel 39 van de richtlijn 92/49/EEG maakt deel uit van titel IV (« Bepalingen betreffende de vrije vestiging en het vrij verrichten van diensten ») en bepaalt :

« 1. Artikel 18 van de Richtlijn 88/357/EEG vervalt.

2. De Lid-Staat van het bijkantoor of de Lid-Staat van dienstverrichting stelt geen bepalingen vast waarin de voorafgaande goedkeuring of de systematische mededeling wordt geëist van de algemene en bijzondere voorwaarden van de verzekeringspolissen, de tarieven, en de formulieren en andere documenten waarvan een verzekeringsonderneming gebruik wil maken in haar betrekkingen met de verzekeringnemers. Voor het toezicht op de naleving van zijn nationale bepalingen betreffende verzekeringsovereenkomsten kan hij van een verzekeringsonderneming die op zijn grondgebied in het kader van het recht van vestiging of in het kader van het vrij verrichten van diensten het verzekeringsbedrijf wenst uit te oefenen, slechts een niet-systematische mededeling eisen van deze voorwaarden of andere documenten waarvan zij gebruik wenst te maken, zonder dat dit vereiste voor de verzekeringsonderneming een voorwaarde vooraf voor de uitoefening van haar werkzaamheden mag vormen.

3. De Lid-Staat van het bijkantoor of de Lid-Staat van dienstverrichting kan de voorafgaande kennisgeving of de goedkeuring van voorgestelde tariefverhogingen alleen als onderdeel van een algemeen prijscontrolesysteem handhaven of invoeren ».

B.12.2.4. De richtlijn 92/49/EEG, die de voormelde bepalingen heeft ingevoegd, beoogt het « vrij op de markt brengen » van verzekeringsproducten te verwezenlijken (HvJ, 11 mei 2000, C-296/98, *Commissie van de Europese Gemeenschappen t. Franse Republiek*, punt 29; HvJ, grote kamer, 25 februari 2003, C-59/01, *Commissie van de Europese Gemeenschappen t. Italiaanse Republiek*, punt 26). Zij heeft tot doel dat « alle in de [Unie] aangeboden

verzekeringsprodukten zonder enige belemmering op [het] grondgebied [van de lidstaat] op de markt kunnen worden gebracht », opdat de verzekeringnemer « toegang heeft tot een zo breed mogelijke waaier van [die producten] » (overweging 19 van de richtlijn 92/49/EEG), waarbij aan de lidstaten « de [...] mogelijkheid [wordt gelaten] om verzekeringsovereenkomsten tot dekking van op hun grondgebied gelegen risico's onder toepassing van hun recht te doen vallen, [teneinde] voldoende waarborgen [te bieden] voor verzekeringnemers die behoefte hebben aan bijzondere bescherming » (overweging 18 van dezelfde richtlijn).

De voormelde bepalingen van de richtlijn 73/239/EEG en van de richtlijn 92/49/EEG hebben echter niet tot doel de contractuele betrekkingen te regelen tussen een verzekeringsonderneming en een verzekeringnemer. Zij verbieden een lidstaat de voorafgaande mededeling te eisen van gegevens of van documenten waarvan een verzekeringsonderneming « gebruik wil maken » in dat type van betrekkingen. Door aan te geven dat één van de uitzonderingen op dat verbod « voor de verzekeringsonderneming [geen] voorwaarde vooraf voor de uitoefening van haar werkzaamheden mag vormen », herinneren artikel 29, eerste alinea, en artikel 39, lid 2, van de richtlijn 92/49/EEG eraan dat dit verbod betrekking heeft op mededelingen die voorafgaan aan de totstandkoming van de contractuele betrekking tussen die onderneming en de verzekeringnemer. De regels die zijn vervat in artikel 8, lid 3, van de richtlijn 73/239/EEG, maken op hun beurt deel uit van een bepaling betreffende voorwaarden voor een vergunning waarvan de toegang tot het verzekeringsbedrijf afhankelijk wordt gesteld.

De voormelde bepalingen van de richtlijn 73/239/EEG en van de richtlijn 92/49/EEG verbieden evenmin iedere nationale maatregel die gevolgen kan hebben voor de tarieven (HvJ, grote kamer, 7 september 2004, C-346/02, *Commissie van de Europese Gemeenschappen* t. Groothertogdom Luxemburg, punten 24-25; HvJ, grote kamer, 7 september 2004, C-347/02, *Commissie van de Europese Gemeenschappen* t. Franse Republiek, punten 25-26; HvJ, grote kamer, 28 april 2009, C-518/06, *Commissie van de Europese Gemeenschappen* t. Italiaanse Republiek, punten 105-106).

Uit het voorgaande volgt dat die bepalingen een Staat niet verbieden de goedkeuring, de mededeling of de kennisgeving te eisen van wijzigingen van reeds gesloten overeenkomsten. Zij hebben enkel betrekking op overeenkomsten die nog niet zijn gesloten.

B.12.3. De bestreden bepalingen verbieden de verzekeraar die een niet-beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst heeft gesloten voor het leven, om de « technische grondslagen van de premie » en de « dekkingsvoorwaarden » van die overeenkomst te wijzigen, doch voorzien in verschillende uitzonderingen op dat beginsel.

Zij verplichten een verzekeraar niet om de « technische grondslagen van de premie » of de « dekkingsvoorwaarden » van overeenkomsten die hij nog niet heeft gesloten, mede te delen, ervan kennis te geven of ze aan de voorafgaande goedkeuring van de overheid voor te leggen, zelfs indien die elementen van te sluiten overeenkomsten niet identiek zijn met die welke betrekking hebben op reeds gesloten overeenkomsten.

De bestreden bepalingen bevatten bijgevolg geen maatregelen die onbestaanbaar zijn met artikel 8, lid 3, van de richtlijn 73/239/EEG en met de artikelen 29 en 39, lid 2 en 3, van de richtlijn 92/49/EEG.

B.12.4. Het tweede middel is niet gegrond.

Wat het derde middel betreft

B.13.1. Uit de uiteenzetting van het derde middel blijkt dat het Hof wordt verzocht zich uit te spreken over de bestaanbaarheid, met de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, in samenhang gelezen met de artikelen 43 en 49 van het Verdrag tot oprichting van de Europese Gemeenschap, van artikel 138bis-4, §§ 1 tot 4, van de wet van 25 juni 1992 (vervangen bij artikel 6 van de wet van 17 juni 2007) en van artikel 21octies, § 2, tweede lid, van de wet van 9 juli 1975 (ingevoegd bij artikel 12 van de wet van 17 juni 2009), doordat die laatste bepalingen afbreuk zouden doen aan de vrijheid van vestiging en aan het vrij verrichten van diensten, ten aanzien van de verzekeringsonderneming die in een andere lidstaat van de Europese Unie is gevestigd en die levenslange niet-beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomsten wenst te sluiten.

B.13.2.1. De regels vermeld in artikel 43 van het Verdrag tot oprichting van de Europese Gemeenschap zijn sinds 1 december 2009 – de dag van de inwerkingtreding van het Verdrag

« tot wijziging van het Verdrag betreffende de Europese Unie en het Verdrag tot oprichting van de Europese Gemeenschap », ondertekend te Lissabon op 13 december 2007 - vervat in artikel 49 van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie (hierna : VWEU), dat bepaalt :

« In het kader van de volgende bepalingen zijn beperkingen van de vrijheid van vestiging voor onderdanen van een lidstaat op het grondgebied van een andere lidstaat verboden. Dit verbod heeft eveneens betrekking op beperkingen betreffende de oprichting van agentschappen, filialen of dochterondernemingen door de onderdanen van een lidstaat die op het grondgebied van een lidstaat zijn gevestigd.

De vrijheid van vestiging omvat, behoudens de bepalingen van het hoofdstuk betreffende het kapitaal, de toegang tot werkzaamheden anders dan in loondienst en de uitoefening daarvan alsmede de oprichting en het beheer van ondernemingen, en met name van vennootschappen in de zin van de tweede alinea van artikel 54, overeenkomstig de bepalingen welke door de wetgeving van het land van vestiging voor de eigen onderdanen zijn vastgesteld ».

B.13.2.2. De regels vermeld in artikel 49 van het Verdrag tot oprichting van de Europese Gemeenschap zijn sinds 1 december 2009 vervat in artikel 56 van het VWEU, dat bepaalt :

« In het kader van de volgende bepalingen zijn de beperkingen op het vrij verrichten van diensten binnen de Unie verboden ten aanzien van de onderdanen der lidstaten die in een andere lidstaat zijn gevestigd dan dat, waarin degene is gevestigd te wiens behoeve de dienst wordt verricht.

Het Europees Parlement en de Raad kunnen, volgens de gewone wetgevingsprocedure, de bepalingen van dit hoofdstuk van toepassing verklaren ten gunste van de onderdanen van een derde staat die diensten verrichten en binnen de Unie zijn gevestigd ».

B.13.2.3. Artikel 54, tweede alinea, van het VWEU omschrijft vennootschappen als « maatschappijen naar burgerlijk recht of handelsrecht, de coöperatieve verenigingen of vennootschappen daaronder begrepen, en de overige rechtspersonen naar publiek- of privaatrecht, met uitzondering van vennootschappen welke geen winst beogen ». Het is eveneens van toepassing op het onderwerp dat in artikel 56 van dat Verdrag is geregeld (artikel 62 van het VWEU).

B.13.3. De beperkingen die worden beoogd door de artikelen 49 en 56 van het VWEU, zijn maatregelen, genomen door een lidstaat van de Europese Unie, die de uitoefening van de vrijheid van vestiging of het vrij verrichten van diensten verbieden, belemmeren of minder

aantrekkelijk maken (HvJ, grote kamer, 28 april 2009, C-518/06, *Commissie van de Europese Gemeenschappen t. Italiaanse Republiek*, punt 62; HvJ, grote kamer, 1 juni 2010, C-570/07 en C-571/07, *Blanco Pérez en Chao Gómez*, punt 53; HvJ, 7 oktober 2010, C-515/08, *dos Santos Palhota e.a.*, punt 29). Het gaat onder meer om maatregelen die, hoewel zij zonder onderscheid toepasselijk zijn voor de ondernemingen van die Staat en voor de ondernemingen van andere lidstaten van de Europese Unie, de toegang tot de markt voor de laatstgenoemde ondernemingen ongunstig beïnvloeden en dus de intracommunautaire handel belemmeren (HvJ, grote kamer, 28 april 2009, C-518/06, *Commissie van de Europese Gemeenschappen t. Italiaanse Republiek*, punt 64).

De regeling van een lidstaat van de Europese Unie vormt geen beperking, enkel omdat andere lidstaten minder rigoureuze of economisch gunstigere regels toepassen op verrichters van soortgelijke diensten die op hun grondgebied zijn gevestigd (HvJ, grote kamer, 28 april 2009, C-518/06, *Commissie van de Europese Gemeenschappen t. Italiaanse Republiek*, punt 63).

B.13.4. Een beperking van de vrijheid van vestiging en het vrij verrichten van diensten die behoort tot een domein dat niet werd geharmoniseerd door de Europese Unie, is toelaatbaar indien zij dwingende redenen van algemeen belang dient, indien zij geschikt is om de verwezenlijking van het ermee beoogde doel te waarborgen en indien zij niet verder gaat dan noodzakelijk is om dat doel te bereiken (HvJ, grote kamer, 1 april 2008, C-212/06, *Regering van de Franse Gemeenschap en Waalse Regering*, punt 55; HvJ, 13 december 2007, C-250/06, *United Pan-Europe Communications Belgium e.a.*, punt 39; HvJ, grote kamer, 28 april 2009, C-518/06, *Commissie van de Europese Gemeenschappen t. Italiaanse Republiek*, punt 72; HvJ, 7 oktober 2010, C-515/08, *dos Santos Palhota e.a.*, punt 45).

Tot die dwingende redenen van algemeen belang behoort de bescherming van de consument (HvJ, 4 december 1986, 205/84, *Commissie van de Europese Gemeenschappen t. Bondsrepubliek Duitsland*, punten 30-33; HvJ, grote kamer, 6 maart 2007, C-338/04, C-359/04 en C-360/04, *Placanica e.a.*, punt 46; HvJ, 18 november 2010, C-458/08, *Europese Commissie t. Portugese Republiek*, punt 89).

B.13.5. De bestreden bepalingen behoren niet tot een domein dat is geharmoniseerd door de Europese Unie.

B.13.6. Zonder dat het nodig is om te onderzoeken of deze bepalingen beperkingen zijn in de zin van de artikelen 49 en 56 van het VWEU, volstaat het vast te stellen dat zij beantwoorden aan de criteria vermeld in B.13.4.

B.13.7.1. De wet van 17 juni 2009 heeft immers tot doel de praktische problemen op te lossen die waren gerezen bij de toepassing van de wet van 20 juli 2007, die ertoe strekte « een aantal belangrijke garanties [te] geven » in de belangrijke sector van de « private ziekteverzekering » (*Parl. St.*, Kamer, 2008-2009, DOC 52-1662/001, p. 4; *ibid.*, DOC 52-1662/004, p. 3; *Parl. St.*, Senaat, 2008-2009, nr. 4-1235/3, p. 2).

De bestreden bepalingen maken deel uit van een geheel van regels dat « essentieel [is] om de verzekerde te beschermen » (*Parl. St.*, Senaat, 2008-2009, nr. 4-1235/3, p. 6), en dat tot doel heeft de consument te beschermen (*ibid.*, nr. 4-1235/3, p. 5).

B.13.7.2. De bepalingen zijn geschikt om de verwezenlijking van dat doel te waarborgen.

Door de grenzen vast te stellen waarbinnen de verzekeraar bepaalde elementen van de overeenkomst kan aanpassen, beoogt artikel 138*bis*-4, §§ 1 tot 3, van de wet van 25 juni 1992 eventuele premieverhogingen die een verhoging van de reële kostprijs van de verrichte prestaties overschrijden en die tot uiting komen als « bruuske verhogingen met vaak verwoestende gevolgen » voor de verzekerden, te verhinderen (*Parl. St.*, Kamer, 2008-2009, DOC 52-1662/004, p. 3; *Parl. St.*, Senaat, 2008-2009, nr. 4-1235/3, p. 2). Het strekt eveneens ertoe een einde te maken aan de « even aanzienlijke als onverwachte [premie]verhogingen » (*ibid.*, nr. 4-1235/3, p. 5) en aan de « prijsverhogingen van de polissen » die werden vastgesteld gedurende de twee jaren voorafgaand aan de aanneming van de bestreden bepalingen (*ibid.*, nr. 4-1235/3, pp. 13-14), alsook de verzekeraars te verhinderen om « op lange termijn onhoudbare lokprijzen [te hanteren], gevolgd door « inhaalbewegingen » (*ibid.*, nr. 4-1235/3, p. 5), teneinde de verzekerde een « reële tariefzekerheid » te waarborgen, ongeacht zijn leeftijd (*ibid.*).

B.13.7.3. De bestreden bepalingen gaan niet verder dan noodzakelijk is om het nagestreefde doel te bereiken.

De verzekeraar behoudt het recht om de elementen van de overeenkomst – zoals het bedrag van de premie – in alle vrijheid te bepalen op het ogenblik van het sluiten van de overeenkomst, door in voorkomend geval « aantrekkelijke prijzen » te hanteren, in « bedrijfseconomisch haalbare omstandigheden » (*Parl. St.*, Senaat, 2008-2009, nr. 4-1235/5, p. 5).

Bovendien is bepaald dat die elementen van de overeenkomst, na het sluiten ervan, jaarlijks kunnen worden aangepast tegen de kostprijs van de diensten die door die overeenkomst worden gedekt, op basis van indexcijfers die worden verkregen aan de hand van objectieve en representatieve parameters (artikel 138*bis*-4, § 3, van de wet van 25 juni 1992), volgens een solide methode die de « wetenschappelijke geldigheid » ervan waarborgt (*Parl. St.*, Kamer, 2008-2009, DOC 52-1662/004, p. 5; *Parl. St.*, Senaat, 2008-2009, nr. 4-1235/3, p. 4).

Wanneer de aanpassing van die elementen van de overeenkomst op basis van die specifieke indexcijfers of op basis van de index der consumptieprijzen de verzekeraar niet toelaat om verliezen te voorkomen, kan deze aan de CBFA de toestemming vragen om maatregelen te nemen om haar tarief in evenwicht te brengen, zoals een aanpassing van zijn dekkingsvoorwaarden (artikel 138*bis*-4, § 4, van de wet van 25 juni 1992, in samenhang gelezen met artikel 21*octies*, § 2, tweede lid, van de wet van 9 juli 1975). Die procedure, die verband houdt met « specifieke en bijzondere omstandigheden » (*Parl. St.*, Kamer, 2008-2009, DOC 52-1662/004, p. 35) of « uitzonderlijke omstandigheden » (*Parl. St.*, Senaat, 2008-2009, nr. 4-1235/3, p. 5) heeft tot doel « de consument [te beschermen] aangezien hij de meeste schade zou lijden bij een eventueel faillissement van zijn verzekeraar » (*ibid.*, p. 17).

Ten slotte kunnen ook andere elementen van de overeenkomst, na het sluiten ervan, door de verzekeraar worden aangepast - op redelijke en proportionele wijze en onder bepaalde voorwaarden - aan de wijzigingen van de situatie van de verzekerde die betrekking hebben op diens beroep, inkomen of socialezekerheidsstatuut (artikel 138*bis*-4, § 5, van de wet van 25 juni 1992).

B.13.8. De bestreden bepalingen zijn bijgevolg bestaanbaar met de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, in samenhang gelezen met de artikelen 49 en 56 van het VWEU.

B.13.9. Het derde middel is niet gegrond.

Wat het vierde middel betreft

B.14.1. Uit de uiteenzetting van het vierde middel blijkt dat het Hof wordt verzocht zich uit te spreken over de bestaanbaarheid, met de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, in samenhang gelezen met artikel 15 van de richtlijn 73/239/EEG van 24 juli 1973 en met artikel 56 van de richtlijn 91/674/EEG van de Raad van 19 december 1991 « betreffende de jaarrekening en de geconsolideerde jaarrekening van verzekeringsondernemingen », van artikel 138bis-4, §§ 1 tot 4, van de wet van 25 juni 1992, en van artikel 21octies, § 2, tweede lid, van de wet van 9 juli 1975, doordat die laatste bepalingen de verzekeringsonderneming die gebonden is door levenslange niet-beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomsten, zouden verhinderen om toereikende technische voorzieningen te vormen.

B.14.2. Zoals vervangen bij artikel 17 van de richtlijn van 18 juni 1992 en vervolgens gewijzigd bij artikel 57, punt 3), van de richtlijn 2005/68/EG van het Europees Parlement en de Raad van 16 november 2005 « betreffende herverzekering en houdende wijziging van Richtlijnen 73/239/EEG en 92/49/EEG van de Raad en van Richtlijnen 98/78/EG en 2002/83/EG », bepaalt artikel 15 van de richtlijn 73/239/EEG :

« 1. De Lid-Staat van herkomst verplicht elke verzekeringsonderneming toereikende technische voorzieningen te vormen met betrekking tot het geheel van haar werkzaamheden.

De omvang van deze voorzieningen wordt bepaald aan de hand van de regels van Richtlijn 91/674/EEG.

2. De lidstaat van oorsprong eist van elke verzekeringsonderneming een voldoende dekking voor de technische voorzieningen en de egalisatievoorziening, zoals bedoeld in artikel 15bis door congruente activa overeenkomstig artikel 6 van Richtlijn 88/357/EEG. Met betrekking tot risico's gelegen in de Gemeenschap, moeten deze activa in de Gemeenschap worden gelokaliseerd. Lidstaten mogen niet van verzekeringsondernemingen vereisen hun activa in een bepaalde lidstaat te lokaliseren. De lidstaat van oorsprong mag echter toestaan dat de voorschriften betreffende de lokalisatie van activa worden versoepeld.

3. De lidstaten mogen, met het oog op de vorming van technische voorzieningen, geen systeem met brutovoorzieningen handhaven of invoeren waarbij door de herverzekeraar activa als zekerheden moeten worden verstrekt ter dekking van de voorzieningen voor niet-

verdiende premies en van de voorzieningen voor te betalen schaden, indien de herverzekeraar een herverzekeringsonderneming is waaraan overeenkomstig Richtlijn 2005/68/EG betreffende herverzekering vergunning is verleend, of een verzekeringsonderneming waaraan overeenkomstig deze richtlijn of Richtlijn 2002/83/EG vergunning is verleend.

Indien de lidstaat van herkomst toestaat dat technische voorzieningen worden gedekt door vorderingen op een herverzekeraar die geen herverzekeringsonderneming is waaraan overeenkomstig Richtlijn 2005/68/EG betreffende herverzekering vergunning is verleend noch een verzekeringsonderneming waaraan overeenkomstig deze richtlijn of Richtlijn 2002/83/EG een vergunning is verleend, stelt hij de voorwaarden voor het aanvaarden van dergelijke vorderingen vast ».

Die bepaling maakt deel uit van afdeling B (« Uitoefeningsvoorwaarden ») van titel II (« Regels, toepasselijk op ondernemingen waarvan het hoofdkantoor gevestigd is binnen de Gemeenschap ») van die richtlijn.

Artikel 56 van de richtlijn 91/674/EEG van de Raad van 19 december 1991 « betreffende de jaarrekening en de geconsolideerde jaarrekening van verzekeringsondernemingen » bepaalt :

« Technische voorzieningen »

Het bedrag van de technische voorzieningen dient te allen tijde voldoende te zijn om de onderneming in staat te stellen de verplichtingen welke uit de verzekeringsovereenkomsten voortvloeien, voor zover redelijkerwijs te voorzien valt, na te komen ».

Die bepaling maakt deel uit van afdeling 7 (« Waarderingsregels ») van die richtlijn.

B.14.3. De bestreden bepalingen staan de verzekeraar die zich in alle vrijheid heeft verbonden door het sluiten van een niet-beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst, toe om bepaalde elementen van die overeenkomst te wijzigen gedurende de periode van uitvoering van de overeenkomst, in bepaalde omstandigheden die zij beschrijven. Zij maken het de verzekeraar onder meer mogelijk om jaarlijks, binnen bepaalde perken, de bedragen aan te passen van de premie, de vrijstelling en de prestatie die de partijen in alle vrijheid waren overeengekomen bij het sluiten van de overeenkomst, teneinde meer bepaald rekening te houden met de algemene prijsontwikkeling en met de kosten van de diensten die gedekt worden door dat type van overeenkomst (artikel 138bis-4, §§ 2 en 3, van de wet van 25 juni 1992). Zij stellen hem ook in staat om de Commissie voor het Bank-, Financie- en Assurantiewezen te verzoeken om maatregelen te mogen nemen « om [zijn] tarief in

evenwicht te brengen », wanneer de toepassing van zijn tarief « verlieslatend is of dreigt te worden » (artikel 21*octies*, § 2, tweede lid, van de wet van 9 juli 1975).

Die bepalingen tasten echter niet het recht van de verzekeraar aan om eenzijdig de omvang te bepalen van de bedragen die hij wil voorstellen aan een persoon die met hem een overeenkomst wenst te sluiten. De verzekeraar blijft vrij om de waarde van die bedragen te bepalen rekening houdend met, onder andere, zijn boekhoudkundige verplichtingen.

De bestreden bepalingen strekken dus niet ertoe de boekhouding van de verzekeringsondernemingen te regelen, en doen geen afbreuk aan hun recht om het bedrag van de boekhoudkundige voorzieningen vast te stellen, met inachtneming van de vereisten waarin de voormelde Europese bepalingen voorzien.

Zij zouden dus niet als zijnde onbestaanbaar kunnen worden geacht met de verplichting, voor een verzekeringsonderneming die « gebonden » is door levenslange niet-beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomsten, om toereikende technische voorzieningen te vormen, verplichting die voortvloeit uit de voormelde Europese bepalingen.

B.14.4. Het vierde middel is niet gegrond.

Wat het vijfde middel betreft

B.15.1. Uit de uiteenzetting van het vijfde middel blijkt dat het Hof wordt verzocht zich uit te spreken over de bestaanbaarheid, met de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, in samenhang gelezen met artikel 13 ervan, met de artikelen 6 en 14 van het Europees Verdrag voor de rechten van de mens en met het algemeen rechtsbeginsel van het recht op een daadwerkelijk juridisch beroep, van artikel 21*octies*, § 2, tweede lid, van de wet van 9 juli 1975 (zoals het is ingevoegd bij artikel 12 van de wet van 17 juni 2009), doordat die laatste bepaling de verzekeraar die gebonden is door een levenslange niet-beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst, enerzijds, het recht op toegang tot een rechter zou ontzeggen wanneer de CBFA zich niet uitspreekt over het verzoek dat bij haar is ingediend met toepassing van die bepaling en, anderzijds, het recht op een daadwerkelijk rechtsmiddel wanneer de CBFA weigert dat verzoek in te willigen.

B.15.2.1. Artikel 13 van de Grondwet bepaalt :

« Niemand kan tegen zijn wil worden afgetrokken van de rechter die de wet hem toekent ».

Die bepaling waarborgt, zoals artikel 6.1 van het Europees Verdrag voor de rechten van de mens, een recht op toegang tot de bevoegde rechter dat voldoet aan de vereisten van een eerlijk proces.

B.15.2.2. Artikel 14 van het Europees Verdrag voor de rechten van de mens bepaalt :

« Verbod van discriminatie

« Het genot van de rechten en vrijheden, welke in dit Verdrag zijn vermeld, is verzekerd zonder enig onderscheid op welke grond ook, zoals geslacht, ras, kleur, taal, godsdienst, politieke of andere overtuiging, nationale of maatschappelijke afkomst, het behoren tot een nationale minderheid, vermogen, geboorte of andere status. ».

B.15.3.1. Artikel 14, § 1, van de op 12 januari 1973 gecoördineerde wetten op de Raad van State, vervangen bij artikel 2 van de wet van 15 mei 2007 « tot wijziging van artikel 14 van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973 », bepaalt :

« De afdeling [bestuursrechtspraak van de Raad van State] doet uitspraak, bij wijze van arresten, over de beroepen tot nietigverklaring wegens overtreding van hetzij substantiële, hetzij op straffe van nietigheid voorgeschreven vormen, overschrijding of afwending van macht, ingesteld tegen de akten en reglementen :

1° van de onderscheiden administratieve overheden;

[...] ».

Artikel 14, § 3, van dezelfde op 12 januari 1973 gecoördineerde wetten, vervangen bij artikel 2 van de wet van 25 mei 1999 « tot wijziging van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973, van de wet van 5 april 1955 inzake de wedden van de ambtsdragers bij de Raad van State, alsook van het Gerechtelijk Wetboek », bepaalt :

« Wanneer een administratieve overheid verplicht is te beschikken en er bij het verstrijken van een termijn van vier maanden te rekenen vanaf de haar daartoe door een belanghebbende betekende aanmaning geen beslissing is getroffen, wordt het stilzwijgen van

de overheid geacht een afwijzende beslissing te zijn waartegen beroep kan worden ingesteld. Deze bepaling doet geen afbreuk aan de bijzondere bepalingen die een andere termijn vaststellen of aan het stilzwijgen van de administratieve overheid andere gevolgen verbinden ».

B.15.3.2. Het woord « kan » dat in de bestreden bepaling wordt gebruikt, betekent dat de CBFA, wanneer een verzekeringsonderneming bij haar een verzoek indient dat haar ertoe brengt de door die bepaling beschreven vaststelling te doen, niet verplicht is om te beslissen dat die onderneming maatregelen moet nemen om haar tarieven in evenwicht te brengen. De CBFA geniet een zekere beoordelingsvrijheid.

Zoals de Ministerraad aangeeft, betekent het woord « kan » dus niet dat de CBFA niet verplicht is om zich uit te spreken over elk verzoek dat op grond van de bestreden bepaling aan haar wordt gericht door een verzekeringsonderneming.

B.15.4.1. Artikel 21*octies*, §§ 1 en 3, van de wet van 9 juli 1975, ingevoegd bij artikel 12 van de wet van 19 juli 1991 « tot wijziging van de wet van 9 juli 1975 betreffende de controle der verzekeringsondernemingen en tot vaststelling van een aantal bepalingen betreffende de werking van de Controledienst voor de Verzekeringen », vervolgens gewijzigd bij artikel 26 van het koninklijk besluit van 25 maart 2003 « tot uitvoering van artikel 45, § 2, van de wet van 2 augustus 2002 betreffende het toezicht op de financiële sector en de financiële diensten » - koninklijk besluit bekrachtigd bij artikel 23 van de programmawet van 5 augustus 2003 -, bepaalde :

« § 1. Onverminderd de toepassing van artikel 19*bis*, eist de CBFA de intrekking of omvorming van de documenten met contractueel of publicitair karakter waarvan [zij] vaststelt dat zij met de door of krachtens de wet gestelde bepalingen niet overeenstemmen.

[...]

§ 3. De onderneming kan tegen de beslissingen bedoeld in de §§ 1 en 2 bij de Raad van State het in artikel 7 bepaalde beroep instellen. Het beroep is niet opschortend ».

Vóór de opheffing ervan bij artikel 10 van het koninklijk besluit van 3 maart 2011 « betreffende de evolutie van de toezichtsarchitectuur voor de financiële sector », bepaalde artikel 7 van de wet van 9 juli 1975 :

« Een onderneming waaraan de toelating wordt geweigerd, kan bij de Raad van State in beroep gaan volgens een vereenvoudigde procedure, door de Koning vast te leggen ».

Die laatste bepaling beantwoordde aan de bekommernis om « te vermijden dat de economische belangen van de ondernemingen door een te trage procedure worden geschaad als zij na de weigering de [nietigverklaring] van de beslissing vorderen » (*Parl. St.*, Senaat, 1970-1971, nr. 570, p. 22). Artikel 21 *octies*, § 3, werd op zijn beurt verantwoord door de wil om « te vermijden dat de onderneming op een onverantwoorde manier een zwaar commercieel nadeel lijdt » (*Parl. St.*, Kamer, 1990-1991, nr. 1587/4, p. 38).

Aangenomen ter uitvoering van artikel 7 van de wet van 9 juli 1975, bepaalde artikel 8 van het koninklijk besluit van 22 februari 1991 « houdende algemeen reglement betreffende de controle op de verzekeringsondernemingen », gewijzigd bij artikel 4 van het koninklijk besluit van 22 november 1994 en bij artikel 26 van het koninklijk besluit van 25 maart 2003 :

« § 1. Het in de artikelen 7 en 43 van de wet bedoelde beroep dient, op straffe van nietigheid ingediend te worden onder een ter post aangetekende omslag binnen de vijftien dagen na de betekening van de gewraakte beslissing.

Het beroep wordt bij de Raad van State aanhangig gemaakt door een verzoekschrift getekend door de personen die statutair gemachtigd zijn om de onderneming in recht te vertegenwoordigen, of door een op het tableau van de Orde ingeschreven advocaat. Het verzoekschrift wordt onder een ter post aangetekende omslag gericht aan de Raad van State samen met vier gewaarmerkte afschriften en met een afschrift van de beslissing, waartegen beroep aangetekend wordt. Bij het verzoekschrift wordt een lijst van de stavingsstukken gevoegd samen met vier gewaarmerkte afschriften.

§ 2. Binnen de drie dagen na de ontvangst van het verzoekschrift maakt de griffier, onder een ter post aangetekende omslag, aan de Minister en aan de CBFA, een afschrift over van elk verzoekschrift dat overeenkomstig § 1 ingediend wordt.

Binnen de drie dagen na de ontvangst van dit afschrift maken de Minister en de CBFA het dossier over aan de griffie van de Raad van State.

§ 3. Binnen de maand na zijn aanstelling maakt het lid van het auditoraat zijn verslag op.

§ 4. Indien de Kamer, binnen de twee maanden na het indienen van het verzoekschrift en na inzage van het verslag over de stand van de zaak, oordeelt dat de zaak in staat van wijzen is, bepaalt de voorzitter de datum waarop ze zal opgeroepen worden. Indien de kamer van oordeel is dat nieuwe opdrachten moeten bevolen worden, wijst ze hiervoor een Staatsraad of een lid van het auditoraat aan, die binnen de twintig dagen van zijn aanwijzing een aanvullend verslag opmaakt. Dit verslag wordt gedagtekend, ondertekend en aan de kamer bezorgd.

Het bevel waarbij de zaak wordt vastgesteld of voor nader onderzoek verwezen, wordt binnen de acht dagen na de indiening van het verslag gegeven.

Het bevel waarbij de zaak vastgesteld wordt, wordt samen met de verslagen aan de verzoeker, de Minister en de CBFA meegedeeld. Het stelt de zaak binnen de acht dagen vast.

§ 5. Het arrest moet binnen vijftien dagen na de sluiting van de debatten worden gewezen. Deze termijn kan bij bevel van de kamer worden verlengd, na advies van de auditeur-generaal zonder dat de totale duur der verlenging meer dan één maand mag bedragen.

§ 6. Het arrest wordt aan de verzoeker, de Minister en de CBFA meegedeeld.

§ 7. Op de door dit artikel geregeld rechtspleging zijn van toepassing de artikelen 2, § 1 - 1° en 2°, 5, 12, 16, 17, 25 tot 27, 29, 33 tot 35, 37, 40 tot 51, 59, 61 tot 65, 72, 77, 84, 86, 2° lid, 87, 88 en 91 van het besluit van de Regent van 23 augustus 1948 tot regeling van de rechtspleging voor de afdeling administratie van de Raad van State ».

B.15.4.2. Artikel 122, 13°, van de wet van 2 augustus 2002 « betreffende het toezicht op de financiële sector en de financiële diensten », ingevoegd bij artikel 21 van het koninklijk besluit van 25 maart 2003 en vervolgens gewijzigd bij artikel 186, 1°, van de wet van 27 oktober 2006 « betreffende het toezicht op de instellingen voor bedrijfspensioenvoorzieningen », bepaalde :

« Bij de Raad van State kan, volgens een versnelde procedure zoals vastgesteld door de Koning, beroep worden ingesteld :

[...]

13° door de verzekeringsonderneming, tegen de beslissingen tot tariefverhoging die de CBFA heeft genomen krachtens artikel 21*octies* van de voormelde wet van 9 juli 1975; ».

Artikel 30, § 2*bis*, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State van 12 januari 1973, ingevoegd bij artikel 4, § 1, van de wet van 2 augustus 2002 « tot aanvulling, inzake de verhaalmiddelen tegen de beslissingen van de minister, de CBF, de CDV en de marktondernemingen, alsook inzake de tussenkomst van de CBF en van de CDV voor de strafgerichten, van de wet van 2 augustus 2002 betreffende het toezicht op de financiële sector en de financiële diensten en tot wijziging van verschillende andere wetsbepalingen », bepaalde :

« De Koning bepaalt, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, de regels van de versnelde procedure toepasselijk op het beroep bedoeld in artikel 122 van de wet van

2 augustus 2002 betreffende het toezicht op de financiële sector en de financiële diensten, daarbij indien nodig afwijkend van § 1 alsook van de artikelen 14, 17, 18, 21, 21*bis* en 90.

Hij stelt inzonderheid de termijn vast waarbinnen de aanvrager het beroep moet instellen op straffe van verval, de termijnen waarbinnen alle partijen hun memorie moeten indienen alsook de termijn waarbinnen de Raad van State zich dient uit te spreken.

Hij kan bijzondere regels bepalen voor de samenstelling van de kamers. Hij kan voor de beroepen bedoeld in artikel 122 van de voormelde wet van 2 augustus 2002, verschillende regels vaststellen.

Hij kan de eiser verplichten om vóór de indiening van het beroep, bij het directiecomité van de CBF [lees : de CBFA] een verzoek in te dienen tot intrekking of wijziging van de betwiste beslissing ».

De versnelde procedure waarvan sprake is in die bepaling en in het voormelde artikel 122, 13°, van de wet van 2 augustus 2002, wordt geregeld bij het koninklijk besluit van 15 mei 2003 « tot regeling van de versnelde procedure in geval van beroep bij de Raad van State tegen sommige beslissingen van de Commissie voor het Bank- en Financiewezen », dat op 1 juni 2003 in werking is getreden, volgens artikel 6 ervan.

Bij de inwerkingtreding van het voormelde artikel 122, 13°, van de wet van 2 augustus 2002, bepaalde artikel 21*octies*, § 2, van de wet van 9 juli 1975, ingevoegd bij artikel 12 van de wet van 19 juli 1991 en gewijzigd bij artikel 26 van het koninklijk besluit van 25 maart 2003 :

« De CBFA kan eisen dat een onderneming maatregelen neemt om een tarief in evenwicht te brengen indien hij vaststelt dat de toepassing van dat tarief verlieslatend is. De tariefverhoging wordt toegepast op de overeenkomsten die worden gesloten vanaf de kennisgeving van de beslissing van de CBFA en, onverminderd het opzeggingsrecht van de verzekeringnemer, wordt ze eveneens toegepast op de premies en bijdragen van de lopende contracten, die vervallen vanaf de eerste dag van de tweede maand die volgt op de kennisgeving van de beslissing van de CBFA. De tariefverhoging is niet onderworpen aan de verplichting tot prijsverhogingsaangifte bedoeld in de wet van 22 januari 1945 betreffende de economische reglementering en de prijzen, en in de uitvoeringsbesluiten ervan. De CBFA brengt de Prijzencommissie in kennis van de beslissing tot tariefverhoging. Die beslissing heeft slechts uitwerking vijftien dagen na die kennisgeving en geldt slechts voor een door de CBFA bepaalde duur ».

De eerste en de tweede zin van die laatste bepaling vormen respectievelijk het eerste en het derde lid van artikel 21*octies*, § 2, van de wet van 9 juli 1975, zoals het werd vervangen

bij artikel 12 van de wet van 17 juni 2009, terwijl de laatste twee zinnen het laatste lid van die nieuwe bepaling vormen.

B.15.4.3. Uit het voorgaande blijkt dat een « beslissing tot tariefverhoging » in de zin van artikel 122, 13°, van de wet van 2 augustus 2002, enkel een beslissing kon zijn die de CBFA heeft genomen op grond van het eerste lid van artikel 21*octies*, § 2, van de wet van 9 juli 1975, zoals het luidde na de vervanging ervan bij artikel 12 van de wet van 17 juni 2009.

De beslissing die de CBFA heeft genomen op grond van het tweede lid van artikel 21*octies*, § 2, van de wet van 9 juli 1975 - zoals het werd vervangen bij artikel 12 van de wet van 17 juni 2009 -, vormde dus niet zulk een « beslissing tot tariefverhoging » die vatbaar is voor een beroep bij de Raad van State dat dient te worden onderzocht volgens de procedureregels beschreven in het koninklijk besluit van 15 mei 2003.

Dat neemt niet weg dat een verzekeringsonderneming, met toepassing van de voormelde artikelen 7 en 21*octies*, § 3, van de wet van 9 juli 1975, bij de Raad van State, volgens een vereenvoudigde procedure, een beroep kon instellen tegen een beslissing van de CBFA waarbij wordt geweigerd het verzoek in te willigen dat zij had geformuleerd op grond van artikel 21*octies*, § 2, tweede lid, van dezelfde wet. Die procedure werd geregeld bij artikel 8 van het koninklijk besluit van 22 februari 1991.

B.15.4.4. Uit het voorgaande blijkt ook dat geen enkele van de voormelde bepalingen een verzekeringsonderneming die vaststelde dat de CBFA het stilzwijgen bewaarde over een verzoek in de zin van artikel 21*octies*, § 2, tweede lid, van de wet van 9 juli 1975, dat zij bij die overheidsinstantie had ingediend, verhinderde om aan die laatste een aanmaning te richten met toepassing van artikel 14, § 3, van de op 12 januari 1973 gecoördineerde wetten, alvorens in voorkomend geval bij de Raad van State beroep in te stellen tegen de afwijzende beslissing van de CBFA, die wordt afgeleid uit haar aanhoudende stilzwijgen.

B.15.5. De bestreden bepaling strekt ertoe de CBFA een nieuwe bevoegdheid te verlenen.

De beroepen tegen de beslissingen die deze overheidsinstantie op grond van die bepaling heeft genomen, worden geregeld door andere wettelijke of reglementaire bepalingen die niet worden beoogd door onderhavig vernietigingsberoep bij het Hof.

De grondwettigheidskritiek waarop het vijfde middel steunt in zoverre het is afgeleid uit het feit dat de genoemde beroepen niet daadwerkelijk zouden zijn, heeft betrekking op de manier waarop deze worden georganiseerd door wettelijke of reglementaire bepalingen die niet het voorwerp vormen van onderhavig beroep tot vernietiging. Het onderzoek ervan zou het Hof ertoe brengen zich uit te spreken over de grondwettigheid van bepalingen die niet worden bestreden.

B.15.6. Het vijfde middel is niet gegrond.

Wat het zesde middel betreft

B.16. Uit de uiteenzetting van het zesde middel blijkt dat het Hof in de eerste plaats wordt verzocht zich uit te spreken over de bestaanbaarheid met de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, in samenhang gelezen met het beginsel van rechtszekerheid, van artikel 15 van de wet van 17 juni 2009, in zoverre het bepaalt dat artikel 138*bis*-4 van de wet van 25 juni 1992, zoals vervangen bij artikel 6 van de wet van 17 juni 2009, uitwerking heeft met ingang van 1 juli 2007 en dus verplichtingen oplegt aan de verzekeraar die na die datum, maar vóór de bekendmaking van die nieuwe versie van artikel 138*bis*-4 van de wet van 25 juni 1992, hetzij een ziekteverzekeringsovereenkomst heeft gesloten die, sinds 1 juli 2007, was onderworpen aan de regels van de vorige versie van dat artikel, hetzij een ziekteverzekeringsovereenkomst die niet aan die regels was onderworpen.

B.17.1. Zoals het werd ingevoegd bij artikel 2 van de wet van 20 juli 2007, bepaalde artikel 138*bis*-4 van de wet van 25 juni 1992 :

« 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. Tenzij 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.

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 ».

Zoals het werd ingevoegd bij artikel 2 van de wet van 20 juli 2007, bepaalde artikel 138*bis*-2 van de wet van 25 juni 1992 :

« Toepassingsgebied

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

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

Deel uitmakend van dezelfde afdeling als die laatste bepaling, was artikel 138*bis*-4 van de wet van 25 juni 1992 - zoals ingevoegd bij artikel 2 van de wet van 20 juli 2007 - toen enkel van toepassing op de individuele ziekteverzekeringsovereenkomsten.

B.17.2. Artikel 6 van de wet van 17 juni 2009 vervangt die bepaling - die de voorwaarden beschrijft waaronder de verzekeraar bepaalde elementen van de individuele ziekteverzekeringsovereenkomst mag wijzigen gedurende de periode van uitvoering ervan - door een nieuwe tekst, die die voorwaarden aanzienlijk wijzigt.

Bovendien vervangt artikel 4, 1°, van de wet van 17 juni 2009, in het eerste lid van het voormelde artikel 138*bis*-2 van de wet van 25 juni 1992, het woord « individuele » door de woorden « andere dan beroepsgebonden », zodat de regels vermeld in artikel 138*bis*-4 van de wet van 25 juni 1992 voortaan gelden voor zowel de individuele niet-beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomsten als de niet-beroepsgebonden

ziekteverzekeringsovereenkomsten die collectief zijn, dat wil zeggen gesloten ten gunste van meerdere personen.

B.17.3. Krachtens artikel 15 van de wet van 17 juni 2009 hebben de artikelen 4, 1^o, en 6 van de wet van 17 juni 2009 uitwerking met ingang van 1 juli 2007.

Noch de verzekeraar die na die datum maar vóór de bekendmaking van de wet van 17 juni 2009 een individuele ziekteverzekeringsovereenkomst heeft gesloten, noch die welke gedurende die periode een collectieve niet-beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst heeft gesloten, konden gedurende die periode voorzien dat zij bepaalde elementen van die overeenkomst slechts konden wijzigen onder de voorwaarden beschreven in artikel 138*bis*-4 van de wet van 25 juni 1992, zoals vervangen bij artikel 6 van de wet van 17 juni 2009.

Artikel 15 van de wet van 17 juni 2009 verleent dus in die mate een terugwerkende kracht aan de vervanging van artikel 138*bis*-4 van de wet van 25 juni 1992.

B.18. De niet-retroactiviteit van wetten is een waarborg ter voorkoming van rechtsonzekerheid.

Die waarborg vereist dat de inhoud van het recht voorzienbaar en toegankelijk is, zodat de rechtzoekende in redelijke mate de gevolgen van een bepaalde handeling kan voorzien op het tijdstip dat die handeling wordt gesteld. De terugwerkende kracht is enkel gerechtvaardigd wanneer zij onontbeerlijk is voor de verwezenlijking van een doelstelling van algemeen belang.

B.19. Met betrekking tot de bepaling van het voorontwerp van wet die ten grondslag ligt aan artikel 15 van de wet van 17 juni 2009, wijst de afdeling wetgeving van de Raad van State in haar advies van 19 juni 2008 erop dat de « retroactiviteit [...] bezwaren [oproept] in de mate dat ermee voor het verleden bepaalde verplichtingen worden opgelegd ten aanzien van aanbieders van ziekteverzekeringsovereenkomsten die pas [door de wet van 17 juni 2009] aan de toepassing van de artikelen 138*bis*-1 en volgende van de wet van 25 juni 1992 worden onderworpen » (*Parl. St.*, Kamer, 2008-2009, DOC 52-1662/001, p. 20).

In de memorie van toelichting bij het wetsontwerp dat de wet van 17 juni 2009 is geworden, wordt in dat verband aangegeven dat het genoemde « ontwerp de onduidelijkheden uit het verleden in verband met het toepassingsgebied van hoofdstuk IV [van de wet van 25 juni 1992] wenst recht te zetten », en dat het « dan ook logisch [is] dat die rechtzettingen vanaf dezelfde datum » als die van de wet van 20 juli 2007, die dat hoofdstuk heeft ingevoegd uitwerking hebben, « met name vanaf 1 januari 2007 » (*ibid.*, p. 11).

Het is dus niet duidelijk welke de doelstelling van algemeen belang is waarvan de verwezenlijking de voormelde terugwerkende kracht onontbeerlijk maakt.

B.20. In zoverre het van toepassing is op artikel 6 van de wet van 17 juni 2009, is artikel 15 van die wet bijgevolg niet bestaanbaar met de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, in samenhang gelezen met het beginsel van rechtszekerheid.

B.21. In zoverre het op die bepaling betrekking heeft, is het zesde middel gegrond.

B.22. Uit de uiteenzetting van het zesde middel blijkt dat het Hof vervolgens wordt verzocht zich uit te spreken over de bestaanbaarheid, met de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, van artikel 3, § 2, eerste en tweede lid, van de wet van 20 juli 2007 (zoals het werd vervangen bij artikel 13 van de wet van 17 juni 2009), doordat die bepaling een verschil in behandeling zou invoeren tussen twee categorieën van verzekeringsondernemingen die, vóór 1 juli 2007, een andere dan beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst hebben gesloten in de zin van artikel 138*bis*-2 van de wet van 25 juni 1992, gewijzigd bij artikel 4 van de wet van 17 juni 2009 : enerzijds, die welke een individuele overeenkomst hebben gesloten en, anderzijds, die welke een collectieve overeenkomst, dit wil zeggen een overeenkomst ten gunste van meerdere personen, hebben gesloten.

De bestreden bepaling zou de tweede categorie van ondernemingen geen termijn van twee jaar - die de eerste categorie van ondernemingen wel heeft kunnen genieten - laten om haar overeenkomst aan te passen aan de regels van de artikelen 138*bis*-3 en 138*bis*-4 van de wet van 25 juni 1992.

B.23. De toepassing van de artikelen 138*bis*-3 en 138*bis*-4 van de wet van 25 juni 1992 maakt het voorwerp uit van respectievelijk het tweede lid en het eerste lid van artikel 3, § 2, van de wet van 20 juli 2007, zoals het werd vervangen bij artikel 13 van de wet van 17 juni 2009.

B.24.1.1. Zoals het werd ingevoegd bij artikel 2 van de wet van 20 juli 2007, bepaalde artikel 138*bis*-3 van de wet van 25 juni 1992 :

« 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 138*bis*-1, § 1, 1°, 3° en 4°, bedoelde ziekteverzekeringsovereenkomsten voor het leven aangegaan. De in artikel 138*bis*-1, § 1, 2°, bedoelde ziekteverzekeringsovereenkomsten gelden ten minste tot de leeftijd van 65 jaar of tot een jongere leeftijd, wanneer deze de normale leeftijd is waarop de verzekerde zijn beroepswerkzaamheid volledig en definitief stopzet.

§ 2. Onverminderd de toepassing van artikel 30, § 3, kunnen de overeenkomsten worden aangegaan voor een beperkte duurtijd op uitdrukkelijk verzoek van de 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 ».

Deel uitmakend van dezelfde afdeling als het in B.17.1 geciteerde artikel 138*bis*-2 van de wet van 25 juni 1992, was artikel 138*bis*-3 van de wet van 25 juni 1992 toen enkel van toepassing op de individuele ziekteverzekeringsovereenkomsten.

B.24.1.2. Vóór de vervanging ervan bij artikel 13 van de wet van 17 juni 2009, bepaalde artikel 3, eerste lid, van de wet van 20 juli 2007 :

« Voor de bestaande ziekteverzekeringsovereenkomsten zoals bedoeld in artikel 138*bis*-2 van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst, die op het ogenblik van de inwerkingtreding van deze wet niet beantwoorden aan de vereisten van artikel 138*bis*-3, biedt de verzekeringsonderneming de verzekeringnemer, uiterlijk twee jaar na de inwerkingtreding 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 ».

« Deze wet », zoals beoogd door die bepaling, was de wet van 20 juli 2007, bekendgemaakt in het *Belgisch Staatsblad* van 10 augustus 2007, die met toepassing van artikel 4 ervan op 1 juli 2007 in werking is getreden.

De verzekeringsonderneming die vóór 1 juli 2007 een individuele niet-beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst had gesloten, vermocht bijgevolg over een termijn van bijna twee jaar verstrijkend op 30 juni 2009 te beschikken om de verzekeringnemer een nieuwe ziekteverzekeringsovereenkomst aan te bieden die zou beantwoorden aan de vereisten van artikel 138*bis*-3 van de wet van 25 juni 1992.

B.24.2. Bij artikel 4 van de wet van 17 juni 2009 wordt, in het voormelde artikel 138*bis*-2 van de wet van 25 juni 1992, het woord « individuele » - dat in het eerste lid ervan wordt gebruikt - vervangen door de woorden « andere dan beroepsgebonden », en de woorden « en de leden van zijn gezin die bij zijn ziekteverzekering zijn aangesloten » - die in het tweede lid worden gebruikt - door de woorden « , de hoofdverzekerde en de bijverzekerden ».

Bij artikel 5 van de wet van 17 juni 2009 wordt, in paragraaf 2 van artikel 138*bis*-3, het woord « verzekeringnemer » vervangen door het woord « hoofdverzekerde ».

Die twee bepalingen van de wet van 17 juni 2009 hebben uitwerking met ingang van 1 juli 2007 (artikel 15 van dezelfde wet).

De wijziging van artikel 138*bis*-2, eerste lid, van de wet van 25 juni 1992, heeft tot gevolg dat de regels van artikel 138*bis*-3 van dezelfde wet voortaan verplichtingen creëren, niet alleen voor de verzekeringsonderneming die een individuele niet-beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst heeft gesloten, maar ook voor de verzekeringsonderneming die een collectieve niet-beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst heeft gesloten.

Welnu, uit artikel 3, § 2, tweede lid, van de wet van 20 juli 2007, zoals het werd ingevoegd bij artikel 13 van de wet van 17 juni 2009, blijkt dat de verzekeringsonderneming die vóór 1 juli 2007 een collectieve niet-beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst had gesloten, over een termijn van twee jaar verstrijkend op 30 juni 2009 beschikte om de hoofdverzekerde een nieuwe ziekteverzekeringsovereenkomst aan te bieden die zou

beantwoorden aan de vereisten van artikel 138*bis*-3 van de wet van 25 juni 1992, zoals gewijzigd bij artikel 5 van de wet van 17 juni 2009.

Vermits de wet van 17 juni 2009 pas op 8 juli 2009 in het *Belgisch Staatsblad* werd bekendgemaakt, heeft die verzekeringsonderneming niet daadwerkelijk de bij artikel 13 bepaalde termijn van twee jaar kunnen genieten.

B.24.3. Een overgangsbepaling schendt slechts het beginsel van gelijkheid en niet-discriminatie dat is uitgedrukt in de artikelen 10 en 11 van de Grondwet indien zij een verschil in behandeling creëert dat niet redelijk verantwoord is of indien zij op buitensporige wijze afbreuk doet aan het vertrouwensbeginsel.

B.24.4. Wat het verschil in behandeling betreft dat voortvloeit uit artikel 3, § 2, tweede lid, van de wet van 20 juli 2007 en dat is uiteengezet in B.24.1 en B.24.2, wordt in de memorie van toelichting van het wetsontwerp dat ten grondslag ligt aan de wet van 17 juni 2009, aangegeven dat het niet moet worden verantwoord en dat de wet van 17 juni 2009 het toepassingsgebied van artikel 138*bis*-3 van de wet van 25 juni 1992 niet wijzigt (*Parl. St.*, Kamer, 2008-2009, DOC 52-1662/001, p. 10).

Bijgevolg blijkt niet dat dit verschil in behandeling redelijk is verantwoord.

B.24.5. Aangezien de termijn van twee jaar waarin artikel 3, § 2, tweede lid, van de wet van 20 juli 2007 voorziet, theoretisch blijkt te zijn, doet die bepaling op buitensporige wijze afbreuk aan het beginsel van het gewettigd vertrouwen, in zoverre de verzekeringsonderneming niet daadwerkelijk een termijn heeft kunnen genieten die gelijk is aan de termijn vermeld in B.24.1.2.

B.24.6. In zoverre het op die bepaling betrekking heeft, is het zesde middel gegrond.

B.25.1. Zoals ingevoegd bij artikel 2 van de wet van 20 juli 2007, werd het in B.17.1 geciteerde artikel 138*bis*-4 van de wet van 25 juni 1992 vervangen bij artikel 6 van de wet van 17 juni 2009, dat velerlei wijzigingen erin heeft aangebracht.

B.25.2. Deel uitmakend van dezelfde afdeling als het in B.17.1 geciteerde artikel 138*bis*-2 van de wet van 25 juni 1992 – zoals het was geformuleerd vóór de wijziging ervan bij artikel 4 van de wet van 17 juni 2009 -, was artikel 138*bis*-4 van de wet van 25 juni 1992, zoals het was geformuleerd vóór de vervanging ervan bij artikel 6 van de wet van 17 juni 2009, slechts van toepassing op de individuele ziekteverzekeringsovereenkomsten, op dezelfde wijze als artikel 138*bis*-3 van de wet van 25 juni 1992, op dezelfde wijze als het was geformuleerd vóór de wijziging ervan bij artikel 5 van de wet van 17 juni 2009.

De wet van 20 juli 2007 bevatte geen enkele overgangsbepaling die de verzekeringsonderneming die vóór 1 juli 2007 een individuele niet-beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst had gesloten, een termijn van twee jaar toekende om de verzekeringnemer een nieuwe ziekteverzekeringsovereenkomst aan te bieden die beantwoordde aan de vereisten van artikel 138*bis*-4 van de wet van 25 juni 1992.

Artikel 3, § 2, eerste lid, van de wet van 20 juli 2007, zoals het werd ingevoegd bij artikel 13 van de wet van 17 juni 2009, voorziet daarentegen, « voor wat de toepassing van artikel 138*bis*-4 van de wet van 25 juni 1992 [...] betreft », in een « overgangperiode van twee jaar [die geldt] vanaf 1 juli 2007 ». Die bepaling heeft betrekking op de « bestaande andere dan beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomsten », dat wil zeggen de overeenkomsten die vóór 1 juli 2007 zijn gesloten.

Die bestreden bepaling maakt geen enkel onderscheid tussen de individuele en de collectieve overeenkomsten.

Uit het voorgaande blijkt dat, in zoverre het betrekking heeft op de aanpassing van een overeenkomst aan de regels van artikel 138*bis*-4 van de wet van 25 juni 1992, het in B.22 beschreven verschil in behandeling onbestaande is.

B.25.3. In zoverre het betrekking heeft op artikel 3, § 2, eerste lid, van de wet van 20 juli 2007, ingevoegd bij artikel 13 van de wet van 17 juni 2009, is het zesde middel niet gegrond.

Om die redenen,

het Hof

- vernietigt

. in de in B.24.5 aangegeven mate, artikel 3, § 2, tweede lid, van de wet van 20 juli 2007 « tot wijziging, wat de private ziekteverzekeringsovereenkomsten betreft, van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst », zoals het werd ingevoegd bij artikel 13 van de wet van 17 juni 2009 « tot wijziging, wat de ziekteverzekeringsovereenkomsten betreft, van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst en van de wet van 20 juli 2007 tot wijziging, wat de private ziekteverzekeringsovereenkomsten betreft, van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst »;

. artikel 15 van de wet van 17 juni 2009, in zoverre het van toepassing is op artikel 6 van dezelfde wet;

- verwerpt de beroepen voor het overige.

Aldus uitgesproken in het Frans, het Nederlands en het Duits, overeenkomstig artikel 65 van de bijzondere wet van 6 januari 1989 op het Grondwettelijk Hof, op de openbare terechtzitting van 31 mei 2011.

De griffier,

De voorzitter,

P.-Y. Dutilleux

R. Henneuse