

Récapitulatif de la loi sur les contrats privés d'assurance maladie

La Loi Verwilghen concerne principalement les contrats d'assurance maladie non liés à l'activité professionnelle mais elle impose également certaines obligations en matière de communication aux employeurs qui proposent une assurance maladie liée à l'activité professionnelle à leurs salariés.

1 Philosophie

La loi du 20 juillet 2007 modifiant, en ce qui concerne les contrats privés d'assurance maladie, la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre (ci-après dénommée "la loi"), a été publiée au Moniteur belge le 10 août 2007 et est entrée en vigueur à effet rétroactif au 1er juillet 2007. La loi modificative publiée le 28 mai 2009 y a apporté quelques éclaircissements.

Cette loi vise principalement une amélioration de la situation des assurés en ce qui concerne le droit à l'assurance et la continuité de la couverture.

Elle se base sur 2 principes :

- une assurance maladie doit être accessible à tous
- une fois assuré, on l'est pour toujours

2 Quelles sont les assurances concernées ?

Le terme "assurance maladie" fait probablement penser en premier lieu aux assurances hospitalisation. Elles prévoient un remboursement des frais en cas d'hospitalisation et, souvent, aussi pour certaines maladies graves. La loi Verwilghen désigne cette assurance sous le terme "assurance soins de santé".

La loi s'applique cependant à un domaine plus large ; les assurances suivantes sont, en effet, également considérées comme "assurances maladie" :

- les assurances incapacité de travail qui indemnisent totalement ou partiellement la diminution ou la perte de revenus professionnels en cas de maladie ou en cas de maladie et d'accident ;
- les assurances invalidité qui garantissent une prestation en cas de maladie ou en cas de maladie et d'accident, sans lien avec une éventuelle perte de revenus ;
- l'assurance soins non obligatoire qui prévoit des prestations en cas de perte totale ou partielle d'autonomie.

3 Assurance maladie non liée à l'activité professionnelle

La loi impose une série d'obligations en matière de contrats d'assurances maladie non liés à l'activité professionnelle. Il s'agit des assurances maladie souscrites par une personne sans rapport avec son activité professionnelle. Les obligations concernent notamment la durée, les modalités des modifications tarifaires et contractuelles, l'incontestabilité et le droit à l'assurance pour les personnes handicapées et les malades chroniques.

3.1 Durée

En principe, les contrats d'assurances maladie non liés à l'activité professionnelle sont conclus à vie. Les assurances incapacité de travail constituent une exception à cette règle : celles-ci valent au moins jusqu'à l'âge normal de la retraite.

Nous disons bien "en principe", car il est bien entendu toujours possible de conclure des contrats pour une durée plus courte à la demande expresse du preneur et s'il y va de son intérêt.

En ce qui concerne les contrats existants qui ne répondraient pas à cette obligation, la loi prévoit que l'assureur doit transmettre au preneur d'assurance une proposition d'assurance conforme à la loi, au plus tard le 30 juin 2009.

3.2 Modalités des modifications tarifaires et contractuelles

En principe, l'assureur ne peut apporter des modifications tarifaires ou contractuelles après que le contrat d'assurance a été conclu, sauf à la demande exclusive du preneur d'assurance.

A nouveau, nous utilisons l'expression "en principe" car il y a en effet trois exceptions :

Premièrement, l'assureur peut prévoir une indexation de la prime, de la franchise et des prestations à l'échéance annuelle.

Deuxièmement, l'assureur peut adapter le montant de la prime et/ou les conditions de couverture après avoir obtenu l'accord de la CBFA (Commission bancaire, financière et des assurances).

Finalement, l'assureur peut adapter le montant de la prime et/ou les conditions de couverture en cas de modification de certaines situations personnelles de l'assuré et pour autant que ces modifications aient une influence significative sur le risque, le coût ou l'étendue des prestations garanties. Concrètement, il s'agit de modifications intervenues dans la profession de l'assuré, dans le revenu de l'assuré (uniquement en ce qui concerne les assurances incapacité de travail et invalidité) et d'un changement de statut dans le système de sécurité sociale (uniquement en ce qui concerne les assurances soins de santé et incapacité de travail).

3.3 Incontestabilité

Dès qu'un délai de deux ans s'est écoulé à compter de l'entrée en vigueur du contrat, l'assureur ne peut invoquer la "préexistence d'une affection" pour refuser une prestation.

Concrètement, la loi entend par "préexistence" :

- Le fait que l'assuré était atteint par une affection dont les symptômes s'étaient déjà manifestés au moment de la conclusion du contrat et qui a fait l'objet d'une omission ou inexactitude inattentionnelle de sa part et qui n'a pas été diagnostiquée dans le même délai de deux ans.
- Le fait que l'assuré était atteint par une affection qui ne s'était pas encore manifestée au moment de la conclusion du contrat.

3.4 Droit à l'assurance pour les malades chroniques et personnes handicapées

Cette disposition s'applique uniquement aux assurances soins de santé.

Dorénavant, l'assureur doit accepter sans surprime les malades chroniques et personnes handicapées âgés de moins de 65 ans. Il peut cependant exclure de la couverture les coûts liés à la maladie chronique ou au handicap. Cette exclusion se fait uniquement par une annexe au contrat qui établit avec précision la maladie ou le handicap visé.

4 Assurances maladie liées à l'activité professionnelle

La loi concerne principalement les contrats d'assurances maladie non liés à l'activité professionnelle.

Elle s'attache néanmoins également aux contrats liés à l'activité professionnelle, notamment en ce qui concerne la poursuite individuelle de la couverture et la possibilité de préfinancement de cette poursuite individuelle.

A noter que ce qui suit s'applique à tous les contrats d'assurance maladie liés à l'activité professionnelle, donc à la fois les assurances soins de santé, les assurances incapacité de travail, les assurances invalidité et l'assurance soins non obligatoire.

4.1 La poursuite individuelle

Un droit légal de poursuite individuelle sans formalités médicales vis-à-vis de l'assureur s'applique désormais aux contrats d'assurance maladie liés à l'activité professionnelle. A cet effet, l'assuré principal du contrat lié à l'activité professionnelle (le salarié) doit, durant les deux années au moins précédant la perte de la couverture collective, avoir été affilié de manière ininterrompue à un ou plusieurs contrats d'assurance maladie successifs souscrits auprès d'un assureur. La couverture complémentaire auprès d'une mutuelle ne suffit donc pas.

Le législateur n'avait cependant pas l'intention de prévoir une couverture identique pour la poursuite individuelle. D'un point de vue pratique, cela entraînerait d'énormes problèmes pour les assureurs. Cela impliquerait en effet un accroissement explosif du nombre de produits en assurances maladie individuelles puisque l'assureur devrait prévoir un produit individuel pour chaque police liée à l'activité professionnelle.

La loi stipule toutefois que le contrat d'assurance maladie poursuivi individuellement doit offrir au moins des garanties "similaires".

4.2 Préfinancement

Conformément à la loi, le preneur d'assurance (donc l'employeur) doit informer l'assuré de la possibilité de payer individuellement une prime complémentaire durant son affiliation à l'assurance maladie liée à l'activité professionnelle après qu'il (le preneur d'assurance - employeur) en a été informé par l'assureur. Le paiement de ces primes complémentaires, à condition qu'il se fasse annuellement, a pour effet qu'en cas de poursuite individuelle, la prime est fixée en tenant compte de l'âge de l'assuré au moment où il a commencé à payer les primes complémentaires.

Pour être précis, la loi n'impose pas à l'assureur auprès duquel le contrat lié à l'activité professionnelle a été souscrit de prévoir effectivement ce préfinancement. La loi mentionne uniquement la communication de cette possibilité. De plus, elle n'indique pas les modalités de fonctionnement pratique du préfinancement. Delta Lloyd Life a par ailleurs décidé de ne pas offrir ce produit tant que la loi n'apportera pas plus de clarté quant à quelques éléments pratiques. Si un tel produit venait à entrer dans la gamme de Delta Lloyd Life, nous ne manquerions évidemment pas de vous en avertir.

5 Obligations en matière de communication

Pour que la loi concernant la poursuite individuelle et le préfinancement ne reste pas lettre morte, certaines communications sont rendues obligatoires.

5.1 Communication concernant la poursuite à titre individuel par le preneur (l'employeur)

La loi prévoit que le preneur doit communiquer à l'assuré principal (le salarié) qui perd le bénéfice de l'affiliation au contrat d'assurance maladie lié à l'activité professionnelle ou dont un des membres affiliés de la famille (le co-assuré) perd ce bénéfice, les éléments suivants dans les 30 jours après la perte de ce droit :

- le moment exact de la perte de la couverture collective
- la possibilité de poursuite individuelle
- le délai dans lequel ce droit à la poursuite individuelle peut être exercé (30 à 60 jours voir ci-dessous)
- les coordonnées de l'assureur

Cette communication doit se faire par écrit ou par voie électronique.

Ensuite, l'assuré principal ou le co-assuré dispose d'un délai de 30 jours (à compter de la réception de la communication indiquée ci-dessus) pour informer l'assureur de son intention de poursuite. Il peut demander de prolonger ce délai de 30 jours supplémentaires. A partir du moment où la poursuite individuelle a été demandée, l'assureur dispose de 15 jours pour faire une offre d'assurance. L'assuré principal ou le co-assuré a de nouveau un délai de 30 jours pour accepter cette offre.

5.2 Communication par le preneur d'assurance (l'employeur) concernant le préfinancement

Comme indiqué ci-avant, la loi prévoit que le preneur, après avoir été informé par l'assureur, informe immédiatement les assurés principaux de la possibilité de préfinancement.

Si le preneur a omis de transmettre cette communication, il est tenu de verser la différence entre la prime d'une police individuelle calculée sur base de l'âge atteint au moment de la poursuite individuelle et une police calculée sur base de l'âge atteint par l'assuré au moment de son affiliation au contrat lié à l'activité professionnelle .

Si l'assureur néglige de remplir son devoir d'information, il doit proposer la poursuite individuelle à une prime correspondant à l'âge de l'assuré au moment de son affiliation au contrat lié à l'activité professionnelle.

6 Fonctionnement dans le temps

Depuis l'entrée en vigueur de la loi au 1er juillet 2007, la loi s'applique à la fois aux contrats d'assurance en cours et aux nouveaux contrats.

La loi prévoyait une période transitoire jusqu'au 1er juillet 2009 pour permettre aux assureurs de se conformer à leurs obligations.

7 Important

Si vous proposez à vos salariés une assurance maladie liée à l'activité professionnelle en tant qu'employeur et preneur d'assurance, vous avez deux devoirs d'information :

- Informer les assurés (dans les 30 jours qui suivent la perte de leur assurance) de leurs droits en matière de continuation à titre individuel de leur couverture en soins de santé ou incapacité de travail.

De notre côté, conformément à l'obligation légale, nous offrons cette possibilité à vos employés, grâce à un produit similaire au précédent, moyennant un tarif individuel.

Toute demande peut être envoyée à ServiceDesk@deltalloydlife.be.

- Communiquer aux assurés (présents et futurs) la possibilité de préfinancement qui leur permet de bénéficier d'un tarif plus avantageux au moment de la continuation à titre individuel. Ce tarif tient en effet compte de l'âge de l'assuré au moment où le préfinancement a débuté.

Nous insistons sur le fait que la loi ne vous oblige nullement à offrir ni même à créer le cadre pour ce préfinancement.

La preuve de la communication vous incombe en cas de litige. Vous trouverez sur ce site des documents qui vous aideront à remplir votre devoir de communication.

Les assurances soins de santé (appelées assurances hospitalisation) mais également les assurances incapacité de travail (ce qu'on appelle les assurances "revenu garanti" et "invalidité") sont concernées.