ST. L. 20.417/2.

CONSEIL D'ETAT - RAAD VAN STATE
LEGISLATION - WETGEVING
L
18-03-1991
Vandermeulebroecke
Transmis à M.
Overgemaakt aan de H.

ROYAUME DE BELGIQUE.

KONINKRIJK BELGIE.

AVIS DU CONSEIL D'ETAT.

ADVIES VAN DE RAAD VAN STATE.

Le CONSEIL D'ETAT, section de législation, deuxième chambre, saisi par le Vice-Premier Ministre et Ministre des Affaires économiques et du Plan, le 29 novembre 1990, d'une demande d'avis sur un projet de loi "sur le contrat d'assurance terrestre", et en ayant délibéré en ses séances des 14 janvier, 17 janvier, 24 janvier, 28 janvier, 31 janvier, 4 février et 7 février 1991, a donné le 7 février 1991 l'avis suivant :

De RAAD VAN STATE, afdeling wetgeving, tweede kamer, op 29 novembre 1990 door de Vice-Eerste Minister en Minister van Economische Zaken en het Plan verzocht hem van advies te dienen over een ontwerp van wet "op de landverzekeringsovereenkomst", heeft zich daarover beraden ter vergadering van 14 januari, 17 januari, 24 januari, 28 januari, 31 januari, 4 februari en 7 februari 1991, en op 7 februari 1991 het volgend advies gegeven :

OBSERVATIONS GENERALES.

I. Dans l'exposé des motifs de la loi en projet (p. 3), il est souligné

> "qu'il n'y a ni contradiction, ni double emploi entre la loi du 9 juillet 1975 relative au contrôle des entreprises d'assurances et les dispositions du nouveau projet".

Cette affirmation est exacte sous une réserve toutefois. En effet, sur base de l'article 19, § 1er, de la loi précitée, le Roi a pris quatre arrêtés royaux :

1° l'arrêté royal du 12 janvier 1984 déterminant les conditions minimales de garantie des contrats d'assurance couvrant la responsabilité civile extracontractuelle relative à la vie privée (Moniteur belge du 31 janvier 1984);

2° l'arrêté royal du 5 juillet 1985 relatif à l'activité d'assurance sur la vie (Moniteur belge du 13 juillet 1985);

3° l'arrêté royal du 1er février 1988 réglementant l'assurance contre l'incendie et d'autres périls, en ce qui concerne les risques simples (Moniteur belge du 1er mars 1988);

4° l'arrêté royal du 12 octobre 1990 relatif à l'assurance protection juridique (Moniteur belge du 8 novembre 1990).

Conformément à l'article 19, § 2, de la loi précitée du 9 juillet 1975,

> "Sont nuls toutes clauses et tous accords relatifs à la conclusion et à l'exécution de contrats d'assurance souscrits en Belgique ... qui ne sont pas conformes aux dispositions de la présente loi ou des règlements pris pour son exécution".

Parmi ces arrêtés royaux pris en exécution de la loi du 9 juillet 1975, celui qui réglemente l'assurance contre l'incendie et d'autres périls contient, sur plusieurs points, des dispositions qui diffèrent sensiblement de celles de la loi en projet. Ainsi en est-il, par exemple, de l'article 8, § 1er, de l'arrêté royal du 1er février 1988 selon lequel la durée du contrat d'assurance contre l'incendie ne peut excéder trois ans alors que l'article 30, § 1er, de la loi en projet fixe la durée du contrat, en général, à un an. De même, l'article 13, § 1er, du même arrêté royal porte que lorsque le preneur d'assurance a manqué à son obligation de déclarer complètement ou exactement le risque tant à la conclusion qu'en cours de contrat et qu'un sinistre survient, l'assureur reste tenu d'effectuer sa prestation mais selon le rapport entre la prime payée et la prime que le preneur d'assurance aurait dû payer s'il avait correctement informé l'assureur. Les règles relatives à la déclaration du risque au moment de la conclusion du contrat, inscrites dans les articles 6 et 7 de la loi en projet, distinguent dans cette hypothèse entre la mauvaise foi du preneur d'assurance, auquel cas le contrat est nul (article 6) et la bonne foi de ce preneur, cas dans lequel l'assureur doit proposer une modification du contrat pour l'adapter au risque et, au cas où le preneur d'assurance

refuserait cette modification, l'assureur peut résilier le contrat (article 7). Cet article précise dans quelle mesure l'assureur doit fournir la garantie au cas où un sinistre surviendrait avant la résiliation effective du contrat.

Ces deux exemples illustrent bien que les règles portées par l'arrêté royal du 1er février 1988 et celles énoncées dans la loi en projet ne sont guère conciliables et aboutiraient à des solutions contradictoires, voire incohérentes.

Il s'impose de revoir et d'adapter les arrêtés royaux précités à la loi en projet afin d'éviter l'incertitude pouvant résulter de contradictions telles que celles qui viennent d'être évoquées; les fonctionnaires délégués en conviennent.

II. Suivant l'article 3 de la loi en projet

> "Sauf lorsque leur caractère supplétif ou la possibilité d'y déroger par des conventions particulières résulte de leur rédaction même, les dispositions de la présente loi sont impératives".

Dans le commentaire qui est consacré à cet article dans l'exposé des motifs (p. 22), on peut lire :

> "En raison de la protection que le projet institue en faveur des parties et plus particulièrement du preneur ou du bénéficiaire, il s'impose de donner un caractère impératif à ses dispositions, sauf bien entendu lorsqu'il résulte de leur rédaction même qu'il est permis d'y déroger par des conventions particulières".

.../...

Il convient de se demander si le caractère impératif prévu dans l'article 3 s'attache seulement aux dispositions prises en faveur de l'assuré ou s'il concerne également celles qui règlent les intérêts de l'assureur, comme notamment, l'article 11 de la loi en projet qui prévoit la réduction comme sanction d'un manquement du preneur d'assurance à l'une de ses obligations, ou les articles 14 et suivants qui règlent les sanctions applicables en cas de défaut de paiement de la prime, ou l'article 21 relatif aux sanctions applicables en cas de manquement aux obligations prévues par les articles 19 et 20 du projet, l'article 56 selon lequel l'assureur a droit à une réduction de sa prestation si l'assuré modifie sans nécessité l'état des lieux sinistrés, ou l'article 73 déterminant la sanction applicable lorsque dans une assurance crédit, le preneur ne paie pas les primes échues.

En raison de la généralité des termes de l'article 3 en projet, il semble bien qu'il n'y ait pas lieu de faire une distinction entre les dispositions de la loi en projet suivant qu'elles protègent l'assuré ou l'assureur. Toutes ces dispositions sont impératives sauf si elles autorisent une dérogation conventionnelle.

Cette interprétation, si elle est conforme à l'intention des auteurs du projet, aurait pour conséquence que l'assureur ne pourrait pas renoncer au bénéfice des dispositions prévues en sa faveur, au moment de la conclusion du contrat, la renonciation restant possible a posteriori, au moment où un litige naît entre parties.

Le commentaire qui est fait dans l'exposé des motifs (p. 36) à propos de l'article 11 précité et suivant lequel "... la déchéance (1) pourra être levée en tout ou en partie ..." confirme cette interprétation en donnant à penser que l'assureur pourrait renoncer à la sanction qu'est la réduction ou la suppression de l'indemnité, comme il pourrait renoncer à la suspension de garantie (articles 14 et suivants) ou au refus de la garantie (article 73).

Il convient que les auteurs du projet précisent leur intention quant à l'impérativité des dispositions légales favorables à l'assureur et quant aux conséquences d'une telle impérativité sur la possibilité pour l'assureur de renoncer à appliquer les sanctions légales.

Article 1er.

A. Contrat d'assurance.

1. La loi en projet définit le risque comme étant "un événement aléatoire déterminé". Dans son avis L. 15.456/9, le Conseil d'Etat avait proposé d'écrire que la prestation de l'assureur est due "en cas de survenance d'un événement futur et incertain". Cette rédaction plus précise mérite d'être retenue.

---

(1) Ce mot semble être utilisé à tort dans le texte français; voyez à ce sujet l'observation faite sous l'article 68 de la loi en projet.

Dans la définition du contrat d'assurance, un élément est retenu qui ne l'était pas dans celle du projet L. 15.456/9, à savoir l'intérêt d'assurance dont doit justifier le preneur d'assurance ou le tiers bénéficiaire. Le preneur d'assurance ou le tiers bénéficiaire doit avoir intérêt à ce que le risque assuré ne se réalise pas. Cet élément est exprimé dans la définition en projet de telle façon qu'il semblerait que le preneur ou le tiers bénéficiaire doive avoir un intérêt "à la survenance d'un événement aléatoire". Une telle rédaction est incorrecte.

La définition serait mieux rédigée comme suit :

"... ou variable, une partie - l'assureur - s'engage envers une autre partie - l'assuré - à fournir une prestation stipulée dans le contrat au cas où surviendrait un événement incertain que l'autre partie, au moment de la conclusion du contrat, a intérêt à ne pas voir se réaliser".

B. Assureur.

La définition serait mieux rédigée comme suit :

"La personne qui exerce habituellement et à titre principal l'activité de conclure des contrats d'assurance".

H. Prestation d'assurance.

La prestation d'assurance peut, suivant la définition qui en est donnée, être un service à fournir.

.../...

Jusqu'à présent, la prestation principale de l'assureur devait être le paiement d'une somme d'argent, forfaitaire ou fixée en fonction du préjudice subi, certains contrats comportant des prestations autres que pécuniaires comme, par exemple, dans l'assurance de responsabilité, la clause de direction de procès.

La définition tend à rendre la loi en projet applicable aux contrats d'assistance dans lesquels celui qui fournit l'assistance s'engage à payer une ou plusieurs sommes d'argent, mais aussi à rendre des services (par exemple, procurer des pièces de rechange pour une voiture, fournir une caution au cas où la personne assistée est emprisonnée dans un pays étranger à la suite d'un accident de la circulation). L'Office de contrôle des assurances considère ces contrats comme relevant de l'assurance. La définition en projet confirme cette appréciation. Mais le contrat d'assistance serait-il un contrat d'assurance si les prestations de l'assureur étaient exclusivement des services ? Bien que l'hypothèse paraisse quelque peu théorique, la question mérite d'être posée; les fonctionnaires délégués y ont répondu par la négative.

L'exposé des motifs est muet quant à cette nouvelle conception de la prestation d'assurance. Il devrait être complété sur ce point.

I. Assurance de dommages.

Il convient de remplacer le mot "aléatoire" par les mots "futur et incertain".

.../...

L'observation vaut également pour la définition "J. Assurance de personnes".

J. Assurance de personnes.

L'assurance de personnes est d'après la définition en projet, "celle dans laquelle la prestation d'assurance ou la prime dépend d'un événement futur et incertain qui affecte la vie, l'intégrité physique ou la situation familiale d'une personne".

Cette définition diffère de celle donnée dans le projet L. 15.456/9 en ce que non seulement la prestation d'assurance mais aussi la prime dépendent d'un événement futur et incertain. La prime est évidemment fonction d'un risque qui, dans les assurances sur la vie, est variable, c'est-à-dire qu'il augmente dans les assurances en cas de décès et qu'il diminue dans les assurances en cas de vie. Pour éviter de devoir progressivement augmenter la prime dans les premières et la diminuer dans les secondes, les assureurs ont uniformisé la prime. Suivant la définition en projet, il semble qu'à l'instar de la prestation d'assurance, la débition de la prime dépende de la survenance de l'événement futur et incertain. Telle n'est assurément pas l'intention des auteurs du projet. L'exposé des motifs, dans le commentaire consacré à ladite définition, ne contient aucune explication. Suivant les fonctionnaires délégués, cette partie de la définition tient compte de nouvelles formes d'assurances déjà pratiquées à l'étranger qui permettraient au preneur d'assurance de modifier la prestation d'assurance en cours de contrat et entraîneraient, dès lors, la fixation d'une nouvelle prime. S'il en

est ainsi, il faut compléter l'exposé des motifs sur ce point et rédiger autrement la définition en projet.

K. Assurance à caractère indemnitaire.

Cette définition serait mieux rédigée comme suit :

"Celle dans laquelle l'assureur s'engage à fournir la prestation nécessaire pour réparer tout ou partie d'un dommage subi par l'assuré ou dont celui-ci est responsable".

L. Assurance à caractère forfaitaire.

Mieux vaut écrire :

"Celle dans laquelle la prestation de l'assureur ne dépend pas de l'importance du dommage".

M. N. O. Demande d'assurance, Proposition d'assurance, Police présignée.

1. Par souci de cohérence et de concordance dans la présentation des définitions, il est préférable d'omettre les mots suivants :

- au "M" : "Par demande d'assurance, il faut entendre";

- au "N" : "Par proposition d'assurance, il faut entendre";
- au "O" : "Par police présignée, il faut entendre".

2. Au "O", les mots "signée en blanc" doivent être remplacés par les mots "signée préalablement".

Article 2.

1. Au paragraphe 3, à la fin de la première phrase, mieux vaut écrire : "... aux associations d'assurances mutuelles et à leurs règlements.

En effet, si les "règlements" peuvent effectivement régler les aspects sociaux de ces groupements, ils peuvent également comporter des dispositions relatives aux opérations d'assurances pratiquées par les associations.

2. Il y a lieu de faire de la seconde phrase un alinéa distinct afin de mieux mettre en évidence le pouvoir donné au Roi d'arrêter les dispositions nécessaires pour tenir compte des particularités de ces associations.

Le texte néerlandais de cette seconde phrase devrait être rédigé ainsi qu'il est proposé dans la partie néerlandaise du présent avis.

Article 3.

Afin d'éviter une répétition inutile, l'article 3 devrait être rédigé comme suit :

"Art. 3. Sauf lorsque la possibilité d'y déroger par des conventions particulières ...".

Articles 4 et 5.

Ces articles doivent être intervertis, l'article 5 devenant l'article 4, l'article 4 devenant l'article 5. En effet, il est plus logique que l'article relatif à l'obligation de déclaration précède immédiatement les articles 6 et 7 relatifs aux conséquences d'une déclaration incomplète ou inexacte faite de bonne ou de mauvaise foi.

Article 4 (devenant l'article 5).

L'alinéa 2 serait mieux rédigé comme suit :

"S'il n'est point répondu à certaines questions écrites de l'assureur et si ce dernier a néanmoins conclu le contrat, il ne peut, hormis le cas de fraude, se prévaloir ultérieurement de cette omission".

Article 5 (devenant l'article 4).

Paragraphe 1er.

La proposition d'assurance, aux termes de l'article 1er, lettre N, est un formulaire rempli par le preneur d'assurance pour éclairer l'assureur sur certains éléments qu'il lui est utile de connaître en vue de la conclusion d'un contrat d'assurance; elle ne comporte donc pas tous les

éléments essentiels du contrat en cours de négociation. C'est pourquoi, comme le précise l'exposé des motifs, la proposition complétée et signée par le preneur ne constitue pas une offre; aussi la première phrase de l'article 5, § 1er, énonce-t-elle la règle selon laquelle ni l'assureur, en établissant le formulaire et en le remettant à l'éventuel preneur, ni ce dernier, en remplissant ce formulaire, ne s'obligent à conclure un contrat.

Il est par conséquent surprenant que la deuxième phrase du même article 5, § 1er, oblige l'assureur à conclure le contrat à propos duquel les pourparlers ont eu lieu, à moins qu'il n'ait manifesté au preneur sa volonté de refuser de l'assurer ou son désir d'être mieux renseigné sur l'opération projetée et le risque à garantir.

Il convient de préciser la substance exacte de cette obligation et sa sanction. Le texte ne doit pas être compris comme établissant l'existence d'un contrat sur la seule constatation de l'inertie de l'assureur pendant les trente jours qui suivent la réception de la proposition. Il établit seulement une obligation de conclure un contrat qui est une obligation de faire; l'assureur pourra donc refuser de l'exécuter; il ne lui en coûtera que des dommages et intérêts.

Le texte de l'article 5, § 1er, doit être revu pour faire mieux apparaître la portée de l'obligation qu'il fait peser sur l'assureur.

Paragraphe 2.

L'ensemble du texte de ce paragraphe établit de façon identique le processus de formation ou de rupture du contrat, que ce processus ait été enclenché par la signature d'une police présignée ou par celle d'une demande d'assurance. En effet, le contrat est formé dès que le preneur signe l'un ou l'autre document, la garantie prend cours au même moment, la faculté ménagée au preneur et à l'assureur de renoncer au contrat s'exerce de la même façon et dans le même délai.

Il n'en est pas moins vrai que la police présignée et la demande d'assurance sont des actes dont la nature est, juridiquement, bien différente. Tandis que la police présignée est une offre publique faite par l'assureur à tout preneur et prête à être acceptée, la demande est seulement la manifestation par le preneur du désir d'être assuré le plus tôt possible. Elle ne peut pas être analysée comme une offre que ferait le preneur, car la demande ne comporte pas certains des éléments essentiels du contrat, notamment le montant de la prime; dans le système du projet, celle-ci devra être calculée par l'assureur à l'aide, le cas échéant, des renseignements fournis par le preneur dans une proposition d'assurance dont le projet précise qu'elle est un document distinct qui doit être signé séparément de la demande (article 5, § 2, alinéa 2, dernière phrase).

Il est, dès lors, juridiquement difficile de comprendre que la signature par le preneur d'une demande d'assurance puisse avoir le même effet, quant à la formation du contrat, que la signature d'une police déjà signée par l'assureur. Tandis que, dans ce dernier cas, l'acte du

preneur est l'acceptation de l'offre qui lui est faite ce qui emporte évidemment la conclusion d'un contrat, l'acte que pose le preneur en signant une demande n'est ni une offre, ni une acceptation, et on ne voit donc pas comment cette initiative du seul preneur - qui pourrait d'ailleurs rester longtemps ignorée de l'assureur - peut avoir pour conséquence de former un contrat.

Le Conseil d'Etat n'aperçoit pas non plus la raison pour laquelle, tant dans l'hypothèse de la police présignée que dans celle de la demande d'assurance, la garantie ne peut jamais prendre cours qu'à une date postérieure à celle de la formation du contrat, la seule liberté laissée au preneur étant de reporter le moment à partir duquel il est couvert au-delà de la date prévue par le texte à savoir le lendemain de la réception par l'assureur du document signé par le preneur (article 5, § 2, alinéa 2, première phrase).

Le projet, dont toutes les règles sont en principe impératives (article 3), interdit ainsi un mode de formation du contrat tel que les preneurs d'assurance puissent se garantir sans souffrir aucun délai en souscrivant une police couvrant le risque à partir du moment même où le contrat est conclu. Un tel mode de conclusion serait assurément utile pour qu'un voyageur, par exemple, puisse souscrire à l'aéroport même duquel il s'apprête à s'envoler une police qui couvre le risque encouru pendant le voyage qu'il entreprendra quelques instants après la signature. Il suffirait, pour l'établir, que la loi en projet, qui prévoit déjà que les assureurs peuvent, en mettant en circulation des polices présignées, se mettre en état d'offre publique, permette aussi au preneur d'accepter purement et simplement les

offres ainsi faites et de manifester la volonté d'être immédiatement garanti. On voit bien l'intérêt que pourrait y trouver le preneur, sans apercevoir d'inconvénient pour l'assureur puisque, de toutes façons, ne pourrait être accepté et prendre ainsi immédiatement effet qu'un contrat constaté par une police présignée c'est-à-dire dont tous les éléments essentiels auront été arrêtés par l'assureur.

Le texte de l'article 5, § 2, devrait donc être revu pour distinguer mieux et de façon juridiquement plus correcte le processus de formation du contrat dont le point de départ est une police présignée, c'est-à-dire une offre, du processus lancé par une demande d'assurance qui n'est, pour sa part, qu'une initiative d'une personne désirant s'assurer mais qui ne connaît pas encore toutes les conditions auxquelles l'assureur dont elle utilise le formulaire consentirait à le faire. Il devrait aussi, comme en ont convenu les délégués du ministre, être revu pour permettre un mode de conclusion du contrat qui le rendrait immédiatement efficace.

L'avant-dernière phrase doit être omise car elle est plus explicative que normative; les définitions de l'article 1er, lettres N et O, suffisent, en effet, pour distinguer clairement une proposition d'assurance d'une demande d'assurance.

Quant à la dernière phrase qui concerne aussi bien la proposition dont le paragraphe 1er règle les effets que la demande, objet du paragraphe 2, elle trouverait une meilleure place dans un paragraphe 3 de l'article 5.

Article 7.

Le paragraphe 1er règle le sort du contrat d'assurance en cas d'omission ou d'inexactitude non intentionnelles du preneur d'assurance.

L'article en projet diffère de l'article 6 du projet L. 15.456/9 en ce qu'il prescrit qu'avant de résilier le contrat, l'assureur doit, dans un délai déterminé, proposer de modifier le contrat afin de l'adapter au risque réel, à moins qu'il ne prouve que, dans aucun cas, il n'aurait assuré ce risque, auquel cas il est en droit de résilier le contrat sans proposer de modification. Cette obligation de proposer une modification du texte du contrat assure une meilleure protection du preneur d'assurance.

Les paragraphes 2 et 3 du même article règlent la prestation à fournir par l'assureur si un sinistre survient avant la résiliation du contrat en distinguant deux hypothèses : le preneur d'assurance ne peut pas se voir reprocher l'omission ou la déclaration inexacte non intentionnelle (§ 2) ou, au contraire, peut se les voir reprocher (§ 3).

L'alinéa 2 du paragraphe 3 reproduit le texte proposé par le Conseil d'Etat dans l'avis L. 15.456/9, mais en le modifiant quant aux primes à rembourser. L'assureur doit rembourser la totalité des primes payées et non plus, comme le prévoyait l'article 6, § 3, alinéa 2, du projet L. 15.456/9, le paiement d'un montant égal à trois fois le montant de la prime annuelle. Le nouveau texte cadre

mieux avec l'hypothèse envisagée qui est celle où l'assureur n'aurait, en aucun cas, conclu le contrat.

A l'alinéa 2 du paragraphe 1er, il y a lieu de remplacer le mot "doit" par le mot "propose". A l'alinéa 3 du même paragraphe, le mot "alors" peut être omis (3ème ligne).

Article 9.

L'article en projet exclut de la garantie de l'assurance le risque de guerre ainsi que les faits de même nature déterminés par le Roi.

L'émeute qui est visée dans l'article 19 de la loi du 11 juin 1874 n'est plus mentionnée mais le Roi pourrait la ranger parmi les faits de même nature que la guerre.

Suivant l'exposé des motifs, l'émeute pourrait être couverte si le preneur d'assurance le demande. Il y a lieu de relever que, suivant l'article 1er, § 1er, de l'arrêté royal du 1er février 1988 précité, les risques d'attentats et de conflits du travail sont couverts par la police d'assurance contre l'incendie. Suivant l'annexe audit arrêté royal, il faut entendre par attentat : "toute forme d'émeutes, mouvements populaires, actes de terrorisme ou de sabotage", l'émeute étant définie dans le même texte comme "une manifestation violente, même non concertée, d'un groupe de personnes qui révèle une agitation des esprits et se caractérise par du désordre ou des actes illégaux ainsi que par une lutte contre les organismes chargés du maintien

de l'ordre public sans qu'il soit cherché pour autant à renverser des pouvoirs publics établis".

Si, dans la loi en projet ou dans ses arrêtés d'exécution, l'émeute est visée, il conviendrait de se tenir à cette définition en veillant que celle-ci soit reproduite dans un texte normatif et non dans une annexe comme c'est le cas dans l'arrêté royal du 1er février 1988 précité.

*

La section III doit être pourvue d'un intitulé rédigé comme suit :

"Section III. - Preuve du contrat et contenu de la police".

Le même intitulé est proposé pour l'article 10.

Article 10.

1. Le début du paragraphe 1er serait mieux rédigé comme suit :

"§ 1er. Sous réserve de l'aveu et de serment ...".

2. Le début du paragraphe 3 serait mieux rédigé comme suit :

"§ 3. L'assureur est tenu de délivrer au preneur d'assurance, ...".

Article 11.

1. Il y a une discordance entre le texte de l'article 11 qui utilise les mots "la réduction ou la suppression de la prestation" et l'exposé des motifs (p. 34) qui recourt aux mots "la déchéance".

2. Le mot "réduction" est utilisé dans l'article en projet ainsi que dans d'autres dispositions, par exemple, dans l'article 21 qui concerne la sanction applicable lorsqu'après un sinistre, l'assuré manque à l'une de ses obligations.

Ce mot est nouveau dans le lexique des assurances. Dans son avis L. 15.456/9, le Conseil d'Etat a suggéré de donner une définition de ce terme dans l'exposé des motifs. Celui qui est joint à la loi en projet ne contient aucune explication. Il doit être complété sur ce point.

3. Quant au caractère impératif de cet article, il convient de se référer à l'observation générale II.

Article 12.

L'article en projet règle, en cas de police combinée, l'incidence de la nullité ou de la résiliation de l'un des contrats mentionnés dans la police sur les autres contrats.

Contrairement à l'article 11 du projet L. 15.456/9, il fait une distinction entre la nullité et la résiliation.

Si la police constate l'existence de plusieurs contrats d'assurance, par exemple une assurance contre l'incendie et une assurance de responsabilité, la nullité de l'un de ces contrats en raison d'une omission volontaire dans la déclaration du risque, est limitée au seul contrat vicié par cette omission et n'affecte pas l'autre contrat. Par contre, si l'un de ces contrats est résilié en raison, par exemple, du défaut de paiement de la prime, sa résiliation entraîne la résiliation de l'autre contrat constaté dans la police.

Cette différence est justifiée dans l'exposé des motifs (p. 37) par la circonstance que la nullité est une sanction grave alors que les conséquences d'une résiliation seraient moins graves.

Une telle justification n'est guère convaincante. En effet, la résiliation est comme la nullité une sanction - c'est le cas, notamment, pour la résiliation en cas de défaut de paiement de la prime - et cette sanction peut se révéler aussi grave que la nullité. Après la résiliation,

le preneur qui voudra conclure un nouveau contrat d'assurance, devra déclarer la résiliation au nouvel assureur et celui-ci pourra soit refuser de conclure le contrat soit en soumettre la conclusion à des conditions plus sévères. Il y a lieu de relever, au surplus, que la loi en projet remplace, dans plusieurs cas, la nullité par la résiliation (omission ou déclaration inexacte involontaire, article 7; surassurance, article 42).

De plus, si la résiliation d'un contrat par l'assureur entraîne automatiquement la résiliation des autres contrats constatés par la police, on n'aperçoit plus l'intérêt de la règle nouvelle énoncée dans l'alinéa 2 de l'article en projet, suivant lequel :

> "Si l'assureur résilie la garantie relative à une ou plusieurs prestations, le preneur d'assurance peut alors résilier le contrat dans son ensemble" (1),

sauf dans l'hypothèse d'une convention contraire. Ce n'est évidemment pas pour réduire son application à cette seule hypothèse que la faculté de résiliation a été accordée au preneur.

---

(1) Il s'agit de la reproduction de l'article 11, alinéa 1er, de l'arrêté royal du 1er février 1988 réglementant l'assurance contre l'incendie et d'autres périls, en ce qui concerne les risques simples.

Il s'ensuit qu'il y a une contradiction certaine entre le premier et le deuxième alinéa de l'article en projet.

L'ensemble du texte serait plus cohérent si la règle était la suivante : lorsque plusieurs contrats d'assurance sont contenus dans une seule police, ces contrats sont distincts de sorte que la nullité et la résiliation de l'un d'eux ne se répercute pas sur les autres contrats; il n'en serait autrement que si les parties manifestent l'intention de conclure un contrat unique.

Les fonctionnaires délégués ont admis que la protection de l'assuré serait mieux garantie si l'article en projet était rédigé comme suit :

"Art. 12. Sauf convention contraire, lorsque dans un même contrat, l'assureur s'engage à diverses prestations, soit en raison des garanties promises, soit en raison des risques assurés, la cause de nullité ou la cause de résiliation relative à l'une des prestations n'affecte pas le contrat dans son ensemble.

Si l'assureur résilie la garantie ... (comme au projet)".

Article 13.

Alinéa 1er.

Suivant les déclarations des fonctionnaires délégués, la quérabilité dont le principe est énoncé à l'alinéa 1er de l'article en projet aurait pour conséquence que seuls les assureurs pourraient réclamer le paiement des primes. Les intermédiaires ne pourraient plus, comme ils le font encore actuellement, présenter des demandes de paiement aux assurés.

Cette intention n'est cependant exprimée ni dans le texte en projet ni dans l'exposé des motifs.

Alinéa 2.

Il convient d'écrire : "..., est libératoire le paiement".

Article 14.

Cet article détermine, en son premier alinéa, les sanctions applicables au cas où la prime ne serait pas payée, à savoir la suspension de la garantie et la résiliation; il subordonne ces sanctions à une mise en demeure préalable.

Le début de l'alinéa 1er serait mieux rédigé comme suit :

"Art. 14. Le défaut de paiement de la prime à l'échéance peut donner lieu, au choix de l'assureur, à la suspension ...".

Selon l'alinéa 2, le contrat d'assurance peut prévoir que la garantie ne prend cours qu'après le paiement de la première prime. Une telle clause figure souvent dans les contrats d'assurance. Son but est d'éviter que l'assureur ne doive sa garantie alors que le preneur d'assurance n'aurait pas payé la première prime.

Toutefois, cette clause subordonnant la garantie au paiement de la première prime n'est considérée comme applicable que si la prime est portable, sans quoi l'assureur devrait faire des démarches pour l'exécution du contrat et ne pourrait pas refuser sa garantie au cas où un sinistre surviendrait avant le paiement de la prime. La règle de la quérabilité de la prime étant impérative, la prime ne pourrait plus être portable, ce qui risque de rendre inopérant le deuxième alinéa de l'article en projet.

C'est pourquoi, les fonctionnaires délégués suggèrent de faire de l'alinéa 2 de l'article 14, l'alinéa 2 de l'article 13 et de déroger, dans l'hypothèse ci-dessus envisagée, à la généralité du principe de quérabilité de la prime d'assurance.

Le texte de l'article 13, alinéa 2, serait rédigé comme suit :

.../...

"Toutefois, si le contrat d'assurance prévoit que la garantie ne prend cours qu'après le paiement de la première prime, celle-ci est portable".

Quant au caractère impératif de cet article, il y a lieu de se référer à l'observation générale II.

Article 15.

Une meilleure protection serait garantie à l'assuré si le délai prévu à l'alinéa 2 courait à partir de la réception de la lettre recommandée.

Article 16.

L'alinéa 2 serait mieux rédigé comme suit :

"Si la garantie a été suspendue, le paiement par le preneur des primes arriérées, augmentées s'il y a lieu des intérêts et des frais de recouvrement judiciaire, met fin à cette suspension".

Article 17.

A l'alinéa 2, il y a lieu d'écrire en français : "... afférentes à deux années consécutives".

.../...

Article 18.

Interrogés sur les exceptions apportées par la loi en projet à la règle énoncée dans l'article 18, les fonctionnaires n'ont pas pu donner une réponse satisfaisante. La lecture de l'intégralité du projet n'a pas permis de déterminer qu'il y aurait des exceptions expresses à la règle du crédit de prime.

Il conviendrait de donner dans l'exposé des motifs, et plus particulièrement dans le commentaire de l'article en projet, les explications nécessaires pour identifier les exceptions prévues par la loi.

A l'alinéa 2, mieux vaut écrire :

"En cas de résiliation partielle ou de toute diminution de la garantie ...".

Article 21.

Au sujet de la notion de réduction de la garantie et de l'impérativité des dispositions légales prévues en faveur de l'assureur, il y a lieu de se référer à l'observation faite sous l'article 11 ainsi qu'à l'observation générale II.

La fin du paragraphe 3 serait mieux rédigée comme suit :

"... même s'il n'en est résulté aucun préjudice pour l'assureur".

Article 24.

A l'alinéa 2, mieux vaut écrire en français :

"... si celui-ci ne naît pas".

Article 25.

Le texte néerlandais serait mieux rédigé ainsi qu'il est proposé dans la version néerlandaise du présent avis.

Article 26.

Paragraphe 1er.

1. La règle énoncée au paragraphe 1er, alinéa 1er, s'applique aussi bien à la diminution du risque qu'à son aggravation. En conséquence, il vaut mieux faire de cet alinéa un article distinct qui prendrait place avant l'article 25.

La numérotation des articles doit, dès lors, être modifiée et les références aux articles de la loi en projet devront être revues.

2. A l'alinéa 3 du paragraphe 1er du texte français, le mot "alors" doit être omis.

3. Au dernier alinéa du paragraphe 1er, les mots "du fait que le risque se soit aggravé" seraient avantageusement remplacés par les mots "de l'aggravation du risque".

Paragraphes 2 et 3.

Les paragraphes 2 et 3 de l'article en projet déterminent les conséquences d'un sinistre survenant après l'aggravation selon que le preneur d'assurance a déclaré celle-ci ou non.

Si le preneur a fait la déclaration de l'aggravation et que le sinistre survient alors que la modification ou la résiliation du contrat n'a pas encore pris effet, l'assureur est tenu de fournir la garantie promise.

Si le preneur n'a pas fait la déclaration requise, il y a lieu d'envisager les situations suivantes :

a) le défaut de déclaration ne peut pas être reproché au preneur d'assurance, par exemple, parce qu'il ne connaissait pas l'aggravation : l'assureur doit la garantie;

b) le défaut de déclaration peut être reproché au preneur d'assurance. L'assureur est tenu d'effectuer la prestation d'assurance, mais seulement selon le rapport existant entre la prime payée et la prime qui aurait du être payée à la suite de l'aggravation du risque;

c) si l'assureur prouve qu'il n'aurait pas assuré le risque aggravé, sa prestation est limitée au remboursement des primes payées.

Lorsque le preneur d'assurance a agi dans une intention frauduleuse, le contrat est nul selon le § 3, c, et l'assureur est en droit de conserver les primes. Cette dernière solution diffère de celle prévue dans l'article 27 du projet L. 15.456/9 suivant laquelle l'assureur était en droit de décliner toute garantie et de conserver les primes.

Le texte en projet est critiquable en ce qu'il applique au preneur d'assurance de mauvaise foi, en cas d'aggravation du risque au cours du contrat, la même sanction que celle qui frappe le preneur d'assurance de mauvaise foi en cas d'omission ou de déclaration inexacte au moment de la conclusion du contrat. Dans ce dernier cas, la nullité se justifie parce que le consentement de l'assureur au contrat d'assurance a été vicié. Dans le premier cas, au contraire, le contrat n'est pas nul dès sa conclusion, c'est son exécution qui est aggravée pour l'assureur et il n'y a pas lieu d'appliquer une sanction réservée à l'irrégularité dans la conclusion du contrat.

Il faut donc en revenir, dans l'hypothèse envisagée, à la sanction prévue dans l'article 27, § 4, du projet L. 15.456, c'est-à-dire, le refus de garantir le sinistre, le contrat d'assurance restant maintenu et les primes restant, dès lors, acquises à l'assureur.

Sous réserve de cette observation, le texte du paragraphe 3 serait mieux rédigé de la manière suivante :

"§ 3. Si un sinistre survient et que le preneur d'assurance n'a pas rempli l'obligation visée au paragraphe 1er (devenant l'article 24) :

a) l'assureur est tenu d'effectuer la prestation convenue lorsque le défaut de déclaration ne peut être reproché au preneur;

b) l'assureur n'est tenu d'effectuer sa prestation que selon le rapport entre la prime payée et la prime que le preneur aurait dû payer si l'aggravation avait été prise en considération, lorsque le défaut de déclaration peut être reproché au preneur;

c) ...

Toutefois, lorsque l'assureur apporte la preuve ... remboursement de la totalité des primes payées".

Article 29.

Au cas où la modification de la structure de la section I est adoptée, il y a lieu de viser l'article 4, § 2, et non l'article 5, § 2.

Le texte néerlandais du paragraphe 2 serait mieux rédigé comme il est proposé dans la version néerlandaise du présent avis.

.../...

Section IX.

L'intitulé de la section IX serait mieux rédigé comme suit :

"Durée et fin du contrat".

Le même intitulé est proposé pour l'article 30.

Article 31.

Au paragraphe 1er, alinéa 1er, il convient d'écrire :

"§ 1er. Dans les cas où ..., le preneur d'assurance dispose du même droit.".

Articles 32 et 33.

Ces articles concernent la faillite ou le concordat judiciaire par abandon d'actif de l'une des parties au contrat.

Les articles en projet portent que, dans les deux hypothèses précitées, le contrat d'assurance subsiste au profit de la masse des créanciers, mais que chacune des parties - assureur, créanciers - conserve la faculté de résilier le contrat d'assurance.

Les articles précités ne déterminent pas le délai dans lequel la résiliation par l'assureur ou par le représentant légal des créanciers produit ses effets. L'article 29 du projet ne vise que la résiliation par l'assureur ou par le preneur d'assurance et non celle prévue au profit des créanciers en cas de faillite ou de concordat judiciaire par abandon d'actif. Cette précision devrait figurer dans l'article en projet.

L'article en projet est muet quant à la faillite de l'assureur. Certes, depuis l'entrée en vigueur de la loi du 9 juillet 1975 relative au contrôle des entreprises d'assurances, l'Office de contrôle des assurances peut prendre des mesures en vue de prévenir la déclaration de faillite, notamment imposer un plan de redressement suivant l'article 26, § 2, alinéa 4, de la loi précitée et interdire ou restreindre la libre disposition des actifs de l'entreprise suivant l'article 26, §§ 1er et 2, alinéa 4, de la même loi. Toutefois, le législateur n'a pas exclu qu'une entreprise d'assurances puisse être déclarée en faillite. Les articles 46 et 47 de la même loi concernent "les faillites et procédures analogues"; l'article 47, § 1er, déroge à l'article 442 du livre III du Code de commerce en portant que la faillite d'une entreprise d'assurances ne peut être prononcée par le tribunal que sur requête de l'Office de contrôle des assurances.

Selon les fonctionnaires délégués, la faillite de l'assureur n'a pas été envisagée parce que, suivant l'article 47, § 3, alinéa 4 de la loi du 9 juillet 1975 relative au contrôle des entreprises d'assurance, le Roi est habilité à régler le sort des contrats d'assurance en cours.

Cette habilitation semble conçue en termes trop larges qui ne sont pas compatibles avec le principe fondamental suivant lequel les conventions légalement formées tiennent lieu de loi à ceux qui les ont faites (article 1134 du Code civil). Seul le législateur (ou le Roi moyennant une habilitation précise) pourrait déroger à ce principe.

Il s'ensuit que les articles 32 et 33 devraient être complétés en vue de déterminer le sort des contrats d'assurance en cas de faillite ou de concordat de l'assureur (1).

Article 34.

Au paragraphe 2, alinéas 1er et 2, il vaut mieux écrire :

"... ou, s'il y a infraction pénale, ...".

Article 35.

Le paragraphe 1er de l'article en projet déroge à l'article 2252 du Code civil suivant lequel :

> "la prescription ne court pas contre les mineurs et les interdits ... à l'exception des (autres) cas prévus par la loi (2).

---

(1) Voyez en ce sens l'article 32 du projet de loi sur le contrat d'assurance préparé par le professeur VAN DIEVOET ainsi que l'article 113-6 du Code français des assurances.

(2) Voyez Cassation 21 avril 1961, Revue générale des assurances et responsabilités 1963, n° 7088.

La dérogation est justifiée par la raison d'être d'une prescription triennale, à savoir éviter la disparition des moyens de preuve et de vérification.

Le but ne serait pas atteint si l'assuré ou ses ayants cause pouvaient intenter une action dérivant du contrat d'assurance de nombreuses années après l'événement qui a donné ouverture à cette action.

Dans le paragraphe 2, il est tenu compte d'une jurisprudence dont l'avis L. 15.456/9 avait signalé l'existence. La prescription est suspendue aussi longtemps que l'assuré, le bénéficiaire ou la personne lésée se trouve dans l'impossibilité d'agir en raison d'une force majeure.

Il convient de relever que, suivant les termes dudit paragraphe, le tiers lésé, c'est-à-dire le titulaire d'une action directe contre l'assureur de l'auteur du dommage, peut également se prévaloir de cette disposition. Mais la loi du 21 novembre 1989 organise la prescription de l'action directe de la personne lésée sans mentionner la suspension du délai de prescription en raison de l'impossibilité d'agir résultant d'une force majeure. Il est douteux que le paragraphe 2 en projet puisse s'appliquer à l'action directe prévue par la loi précitée, mais le paragraphe en projet pourrait, en revanche, s'appliquer chaque fois que la loi qui a créé un droit propre en faveur de la personne lésée est muette quant à la prescription de l'action tendant à exercer ce droit propre.

Suivant les paragraphes 3 et 4, la déclaration du sinistre faite en temps utile (§ 3) et les pourparlers entre assureur et personne lésée (§ 4) interrompent la prescription.

La disposition du paragraphe 4 est la reproduction de l'article 15, § 1er, alinéa 2, de la loi du 21 novembre 1989 relative à l'assurance obligatoire de la responsabilité en matière de véhicules automoteurs; cette disposition n'est pas superflue car elle pourrait s'appliquer aux actions directes autres que celle prévue en cas de responsabilité à la suite d'un accident de la circulation; telle semble être l'intention des auteurs du projet.

La règle inscrite dans le paragraphe 3 est nouvelle. La nouvelle cause d'interruption, à savoir la déclaration du sinistre, ne semble pas applicable aux contrats d'assurance qui font l'objet d'une loi spéciale contenant des dispositions en matière de prescription et d'interruption de celle-ci.

Article 36.

L'article en projet ne figurait pas dans le projet L. 15.456/9. Il rend inopposable au preneur d'assurance, à l'assuré et au tiers bénéficiaire la clause prévoyant que les parties au contrat s'engagent à soumettre à des arbitres les litiges relatifs au contrat d'assurance qu'elles ont conclu.

Cette clause est, en effet, inopposable au tiers bénéficiaire parce que la convention ne peut pas imposer le respect d'une obligation à une personne qui n'est pas partie au contrat. Par contre, il est contraire au principe de la convention-loi que la clause d'arbitrage soit inopposable au preneur d'assurance.

Par conséquent, si les auteurs de la loi en projet veulent, pour les raisons développées dans l'exposé des motifs (pp. 55 à 57), exclure tout recours à l'arbitrage, il faut remplacer l'inopposabilité par la nullité de la clause d'arbitrage.

Le texte doit être revu en ce sens.

Article 37.

La fin de l'article 37 serait mieux rédigée comme suit : "... à la conservation de la chose ou de l'intégrité du patrimoine".

Article 39.

1. L'intitulé de l'article 39 serait mieux rédigé comme suit : "Etendue de la prestation d'assurance".

2. Il serait préférable de diviser l'article en deux alinéas distincts et de les intervertir, la seconde phrase devenant l'alinéa 1er et la première phrase devenant l'alinéa 2.

Le premier alinéa commencerait par les mots "Le préjudice peut notamment consister ..." et le deuxième alinéa, par les mots "la prestation due par l'assureur ...".

Articles 42, 43 et 44.

1. Il résulte des explications fournies par les fonctionnaires délégués que la surassurance visée dans les articles 42 et 43 en projet est entendue autrement qu'elle ne l'est dans le régime juridique actuel des assurances.

La surassurance se réalise, en cas d'excédent de valeur assurée par rapport à la valeur réelle d'un bien, soit lorsqu'un ou plusieurs contrats d'assurances sont conclus auprès d'un même assureur, soit lorsque plusieurs contrats d'assurances sont conclus auprès d'assureurs différents.

Cette nouvelle notion de la surassurance (1) devrait être définie dans le texte en projet et faire l'objet d'un commentaire dans l'exposé des motifs.

---

(1) VAN RYN et HEENEN, Principes de droit commercial, IV, Bruylant éd. 1965, n° 2474 (surassurance) et n° 2477 (assurances multiples ou assurance cumulative); en France : LAMBERT - FAIVRE, Droit des assurances, Précis Dalloz, deuxième édition, n°s 198 à 206, spécialement le n° 202.

2. La règle permettant de respecter le principe indemnitaire est, en cas de bonne foi de l'assuré, la réduction de la valeur assurée du ou des contrats, à la valeur réelle du bien assuré ou du bien faisant l'objet de la responsabilité assurée, la réduction s'opérant dans l'ordre inverse des dates de conclusion des contrats multiples. A concurrence de leur valeur excédentaire, les contrats sont résiliés de plein droit, soit partiellement, soit totalement suivant le cas. Normalement, la règle de l'article 18 de la loi en projet devrait s'appliquer, en cas de résiliation, aux primes ne correspondant pas à un risque couvert à moins que cette résiliation soit l'une des "exceptions prévues par la loi" visées au début de l'article 18 précité. En outre, la prime afférente à la garantie réduite devrait être, elle aussi, réduite.

La réduction sur la base de l'article en projet ne pourrait s'appliquer qu'aux seuls contrats d'assurances de choses et de responsabilité à objet déterminé, à l'exclusion des contrats d'assurances de responsabilité à objet indéterminé.

En effet, suivant l'exposé des motifs (p. 61), l'article 42 est applicable "indépendamment de tout sinistre". Or, si dans l'assurance de choses et dans l'assurance de responsabilité à objet déterminé, il y a une valeur déterminable avant tout sinistre, il n'en va pas de même dans l'assurance de responsabilité à objet indéterminé dans lesquelles il n'est pas possible de déterminer s'il y a un excédent d'assurance avant que le sinistre ne soit survenu.

D'ailleurs, l'article 44, § 2, distingue les assurances dans lesquelles "la valeur de l'intérêt assurable est déterminable" et celles où il n'y a pas de valeur déterminable et prévoit, dans cette dernière hypothèse, l'application d'une règle différente de celle de la réduction (§ 2, 2°).

Il en résulte que l'article 43 du projet n'est pas applicable lorsque le montant total de plusieurs assurances de responsabilité à objet indéterminé excède le montant du sinistre et que l'assuré est de mauvaise foi. Le droit commun des obligations conventionnelles permettrait de faire déclarer ces assurances nulles comme contraires à l'ordre public mais il n'y a pas dans la loi en projet de disposition autorisant l'assureur, quand l'assuré est de mauvaise foi, à conserver les primes.

Il serait donc préférable de régler cette hypothèse dans la loi en projet.

3. Suivant les explications fournies par les fonctionnaires délégués, la réduction a lieu avant tout sinistre.

Pour procéder à cette réduction, il faudra connaître tous les contrats d'assurance conclus relativement au même objet et au même risque. Si tous ces contrats sont conclus avec un même assureur, la réduction pourra se faire sans difficulté. Au contraire, si les contrats sont conclus avec des assureurs différents, la réduction ne sera possible

que si tous les contrats conclus par le preneur d'assurance sont connus. Cette connaissance pourra résulter de la proposition d'assurance si le preneur a précisé les contrats conclus antérieurement. Mais le preneur pourrait, sans aucune mauvaise foi, faire une déclaration insuffisante des différents contrats conclus par lui. Il pourra en être ainsi soit lorsque les contrats conclus par le preneur d'assurance sont conclus dans des cadres différents avec certaines garanties qui se recoupent (hypothèse évoquée par les fonctionnaires délégués), soit lorsque l'un des contrats multiples a été conclu par un tiers ayant un intérêt à assurer un bien dont il est détenteur. Dès lors, la déclaration des assurances conclues antérieurement imposée au preneur lors de la conclusion d'un contrat contre l'incendie par l'article 13, § 2, de l'arrêté royal du 1er février 1988 réglementant l'assurance contre l'incendie et d'autres périls, en ce qui concerne les risques simples, pourrait se révéler théorique. Il en serait de même de l'avis que le preneur d'assurance doit donner aux assureurs précédents, de la souscription de contrats ultérieurs relatifs au même risque et couvrant le même risque (projet Van Dievoet, article 41).

On aperçoit mal comment, si des assurances multiples ont été conclues auprès d'assureurs différents, la réduction pourrait s'opérer, si certains de ces contrats restent ignorés.

C'est plutôt lors de la survenance du sinistre que le preneur pourra se rendre compte de l'existence de plusieurs contrats couvrant le même bien à concurrence d'un montant total excédant la valeur réelle de ce bien et qu'il

devra les déclarer s'il veut éviter qu'on lui reproche d'avoir agi de mauvaise foi.

Il en résulte que la réduction de contrats multiples avant la survenance du sinistre paraît difficilement réalisable et qu'elle ne semble concevable qu'après le sinistre. Mais le texte de la loi en projet reste en défaut d'imposer au preneur d'assurance l'obligation de déclarer en même temps que le sinistre, les assurances couvrant "un même intérêt contre le même risque auprès de plusieurs assureurs".

4. L'article 44 en projet concerne, d'une part, le règlement d'un sinistre tant à l'égard de l'assuré qu'entre les assureurs, quand les garanties des contrats multiples correspondent à la valeur réelle du bien (§ 1er, § 2, 1°, et § 3) et d'autre part, le règlement du sinistre en cas d'assurances multiples de responsabilité à objet indéterminé (§ 2, 2° et 3°, et § 3). En outre, cet article est précédé d'un intitulé qui est de nature à créer la confusion par l'utilisation des mots "en cas de cumul d'assurances".

En réalité, les mots "cumul d'assurances" ne peuvent s'appliquer qu'à l'hypothèse visée au paragraphe 2, 2°, c'est-à-dire le cumul d'assurances de responsabilité à objet indéterminé et la manière de répartir entre ces différentes assurances le montant du sinistre. Au contraire, dans les paragraphes 1er et 2, 1°, et 3, il s'agit d'assurances multiples qui permettent de couvrir un sinistre sans excédent de valeur et, dans cette deuxième hypothèse,

il n'y a pas d'assurance cumulative. L'objet des paragraphes 1er, 2, 1°, et 3 est, en réalité, de régler, la couverture d'un sinistre par des assurances multiples sans excédent de valeur assurée.

Il en résulte qu'il vaudrait mieux faire de l'article 44 deux textes distincts, l'un, relatif au règlement d'un sinistre par des assureurs dont les garanties sont égales à la valeur réelle du bien assuré ou du bien qui fait l'objet de la responsabilité assurée, l'autre relatif au cumul d'assurances de responsabilité dont la valeur est indéterminable, qui formerait à lui seul le texte de l'article 44.

5. L'article 44 porte un ensemble de règles d'après lesquelles la charge d'un sinistre devra être répartie entre plusieurs assureurs qui se trouvent avoir assuré le même risque à l'avantage d'un même preneur. Chacun d'eux doit évidemment payer à l'assuré l'indemnité selon les termes du contrat d'assurance qui les lie l'un et l'autre; l'assureur peut, après avoir réglé ce qu'il doit, exiger ensuite des autres assureurs qu'ils supportent une part de sa propre dette. Il s'opère ainsi une répartition de la charge définitive du sinistre, répartition dont le même article 44 fixe les règles de calcul, en permettant toutefois aux assureurs d'en convenir autrement.

Ces recours et cette répartition appellent des observations de diverses natures.

Ils introduisent dans la législation une exception de taille au principe de l'effet relatif des conventions, déposé dans l'article 1165 du Code civil selon lequel les conventions ne peuvent pas plus nuire que profiter à ceux qui leur sont tiers. Les règles projetées ayant pour effet de permettre à l'assureur ayant payé ce qu'il devait de récupérer auprès d'un autre assureur une partie de la somme versée, lui accordent le droit de se prévaloir contre ce dernier d'un contrat auquel il n'est pas partie, dont il peut même n'avoir connu l'existence que par l'effet du hasard, une fois le sinistre survenu et réglé. C'est donc bien sur un contrat auquel il est tiers qu'un assureur fonde le recours qu'il exerce contre un autre. C'est aussi de ce contrat que l'assureur ayant indemnisé tire profit puisque le règlement qu'il a effectué est celui qui aurait de toute façon dû l'être quand bien même il eût été le seul à avoir assuré le sinistre survenu.

C'est d'ailleurs pourquoi l'article 44 du projet appelle une autre observation du point de vue du principe selon lequel nul ne peut s'enrichir aux dépens d'autrui. En effet, l'assureur exerçant le recours tirera profit d'un contrat dont, puisqu'il y est tiers et peut même l'ignorer, il n'aura pas pu être tenu compte au moment où il a lui-même conclu le contrat qui le lie à l'assuré. Les conditions, notamment le montant de la prime, en auront été établies sans considérer l'allègement que pourraient éventuellement procurer à l'assureur un ou plusieurs autres contrats inconnus de lui ou dont il ne peut pas penser qu'ils seront jamais conclus. Chaque assureur, en cas d'une pluralité d'assurances d'un même risque, bénéficiera donc d'une réduction définitive de sa prestation. Cette réduc-

tion lui aura été procurée par l'assuré qui a, de son côté, en s'assurant aussi ailleurs, pris une précaution dont il subit seul la charge, l'assureur n'ayant, pour sa part, consenti aucune réduction de prime à l'assuré du fait de l'existence, réelle ou éventuelle, de ces autres contrats. Le recours procure à l'assureur un enrichissement dont la cause est un contrat dont l'assuré a, seul, supporté le coût; l'enrichissement de l'assureur est donc le résultat de l'appauvrissement de l'assuré. Il est remarquable en effet que le mécanisme mis en place par l'article 44 du projet ne procure pas d'avantage à l'assuré, même pas celui de lui "faciliter la tâche", comme le dit l'exposé des motifs (p. 62) car son paragraphe 1er précise que l'assuré ne peut demander l'indemnisation à n'importe quel assureur que "dans les limites des obligations de chacun d'eux, et à concurrence de l'indemnité à laquelle il a droit".

Enfin, les recours institués par l'article 44 pourraient engendrer de redoutables problèmes dans les hypothèses, - qui pourraient, dans un avenir proche, devenir de plus en plus fréquentes -, où les divers contrats souscrits par un même assuré pour un même risque ne seraient pas tous soumis à la même loi. Quelle serait dans un tel cas la loi d'après laquelle l'existence du recours et ses modalités devraient être appréciées ? Serait-ce la loi de l'assureur ayant indemnisé, ou bien celle de celui contre lequel le recours serait exercé, ou encore celle du lieu du sinistre ? La prudence impose sans doute de ne pas établir aujourd'hui de règle dont la mise en oeuvre sur le plan international serait assurément d'autant plus délicate que les conditions de la concurrence pourraient s'en trouver affectées.

En conclusion, il serait préférable de limiter la portée de l'article 44 au seul règlement du sinistre en cas d'assurances cumulatives de responsabilité dans lesquelles la valeur assurée n'est pas déterminable. Si l'intégralité du texte de l'article en projet était néanmoins maintenue, il faudrait, à tout le moins, justifier de manière explicite et convaincante les exceptions qui y sont apportées à des principes qui sont parmi les plus fondamentaux du droit privé (1).

Article 45.

Paragraphe 1er.

Le paragraphe 1er serait mieux rédigé comme suit :

"§ 1er. Si la valeur du risque est déterminable et si le montant assuré lui est inférieur, l'assureur n'est tenu que dans le rapport de ce montant à cette valeur".

---

(1) Il convient de relever que le projet VAN DIEVOET, qui s'inspire largement de la loi française, ne contient aucune disposition organisant en cas d'assurances multiples sans excédent de valeur un recours en faveur de l'assureur qui a indemnisé seul le dommage contre les autres assureurs, en paiement de leur part respective dans le dommage.

Paragraphe 2.

Les mots "En exécution de la présente loi ou de la loi du 9 juillet 1975 relative au contrôle des entreprises d'assurance" sont superflus et doivent être omis.

Article 46.

L'alinéa 1er serait mieux rédigé comme suit :

"Art. 46. En cas de décès du preneur d'assurance, les droits et obligations nés du contrat d'assurance sont transmis à ceux des successeurs qui conservent un intérêt à cette assurance".

Le début de l'alinéa 2 serait mieux rédigé comme suit :

"Toutefois, l'ayant cause et l'assureur peuvent ...".

L'article 9 de l'arrêté royal du 1er février 1988 réglementant l'assurance contre l'incendie et d'autres périls énonce une règle semblable, mais la résiliation est notifiée par lettre recommandée à la poste ou par exploit d'huissier de justice dans les trois mois et quarante jours du décès et en respectant un préavis d'un mois.

L'exposé des motifs de la loi en projet ne révèle pas les raisons des différences entre l'article en projet et l'article 9 de l'arrêté royal du 1er février 1988. Il

serait préférable de faire concorder la disposition en projet avec ledit article de l'arrêté royal précité.

Article 51.

Mieux vaudrait écrire :

"... toute assurance de dommages a un caractère indemnitaire".

Article 55.

La valeur agréée dont il est question dans l'article en projet est une convention par laquelle les parties arrêtent la valeur de la chose assurée en cas de sinistre. L'indemnité est calculée sur la base de cette valeur. Cette clause est destinée à prévenir les discussions sur la valeur de la chose assurée à prendre en considération pour la fixation du dommage.

Au sujet de l'article 53 du projet L. 15.456/9, le Conseil d'Etat avait observé ce qui suit :

> "... l'article permet à l'assureur de réduire la valeur agréée sur base d'un critère subjectif, à savoir la perte notable de valeur. Tenir compte d'un critère aussi imprécis aboutirait à priver l'accord des parties de toute utilité".

Dans le texte en projet, les auteurs se sont bornés à remplacer les mots "valeur notable" par "valeur sensible". Le critère reste toujours aussi imprécis.

Suivant l'exposé des motifs (p. 76), le Gouvernement n'a pas suivi l'observation du Conseil d'Etat pour le motif qu'il "doit être tenu compte d'autres causes de diminution de la valeur que le dépérissement et notamment des causes extrinsèques à la chose assurée ...".

La clause de valeur agréée perd ainsi la plus grande partie de son intérêt qui est d'écarter toute contestation au moment du sinistre.

Les mots "réduire le contrat ou le résilier" sont équivoques. Le contrat visé est non pas le contrat d'assurance mais la convention qui a fixé la valeur agréée. Il vaudrait mieux, dès lors, écrire : "réduire le montant de la valeur agréée ou mettre fin à la clause constatant l'accord des parties quant à la valeur du bien assuré".

Article 56.

Il y a lieu de se référer à l'observation générale I.

Article 60.

Dans l'alinéa 1er, première phrase du texte français, le mot "il" doit être remplacé par les mots "celui-ci".

Dans la deuxième phrase, on écrira : "Le privilège n'existe, quelles que soient les modalités de paiement de la ...".

Article 61.

Tel qu'il est rédigé, l'article 61 pourrait donner à penser que seraient couverts les dégâts causés par le heurt de véhicules ou d'animaux.

Une telle rédaction est contraire à l'intention de l'auteur du projet telle qu'elle est exprimée dans l'exposé des motifs.

L'article doit être revu de manière à préciser que sont couverts les incendies causés par le heurt de véhicules ou d'animaux.

Article 62.

Il y a, dans la phrase introductive, une discordance entre le texte français et le texte néerlandais, le premier utilisant le mot "sinistre", le second, le mot "risico". Il convient d'y remédier.

Article 63.

Suivant l'exposé des motifs (p. 84 in fine), les parties ne peuvent déroger à l'article en projet, mais

"elles pourraient exclure de la garantie certains meubles déterminés dans le contrat".

Cette réserve doit être exprimée dans le texte de l'article en projet.

Article 64.

L'article 64 serait mieux rédigé comme suit :

"Art. 64. Sauf convention contraire, l'assurance des responsabilités encourues par suite d'un sinistre ... ou l'objet sont mentionnés aux articles 61 à 63, ne couvre pas les dommages résultant de lésions corporelles".

Article 65.

Il est suggéré de rédiger l'article 65 de la manière suivante :

"Art. 65. L'assureur ne peut obliger le preneur d'assurance à faire assurer par lui :

1° des montants supérieurs aux montants assurés;

2° des dommages autres que ceux qui sont initialement garantis".

Article 66.

Au début du paragraphe 2, on écrira :

"§ 2. La suspension de la garantie de l'assureur, la réduction du montant ...".

Dans le deuxième alinéa, il est question de la manière dont le créancier hypothécaire ou privilégié peut éviter que lui soit opposée la sanction du non-paiement de la prime à savoir, suivant le texte dudit alinéa "la suspension (de la garantie), la réduction ou la résiliation".

Suivant l'article 14 de la loi en projet,

> "le défaut de paiement de la prime à l'échéance peut donner lieu à la suspension de la garantie ou à la résiliation du contrat à condition que le débiteur ait été mis en demeure".

Les deux seules sanctions prévues dans le texte précité sont la suspension de la garantie et la résiliation, ce que confirme l'article 16 de la loi en projet.

La réduction qui est également visée dans le texte en projet, est une sanction qui, suivant l'article 11 de la loi en projet, s'applique en cas d'inexécution par le preneur ou l'assuré d'une obligation imposée par le contrat "à condition que le manquement soit en relation causale avec la survenance du sinistre". Une telle relation causale n'est pas concevable en cas de non-paiement de la prime.

Il en résulte que le mot "réduction" dont l'utilisation est justifiée dans les alinéas 1er et 2 du paragraphe 2, doit être omis dans l'alinéa 3 du même paragraphe où l'hypothèse visée est uniquement celle du défaut de paiement de la prime afin de permettre au créancier hypothécaire ou privilégié de payer les primes à la place du preneur d'assurance et d'éviter ainsi que la suspension de la garantie ou la résiliation du contrat lui soient opposées.

Au paragraphe 2, alinéa 2, à la 8e ligne, il convient d'écrire :

"... à compter de la notification que l'assureur en fait par lettre recommandée à la poste; ...".

Au paragraphe 2, alinéa 3, mieux vaut écrire :

"... des primes échues augmentées s'il y a lieu des intérêts ...".

Article 67.

Plutôt que de prévoir un alinéa dans lequel il est dit :

> "Les alinéas précédents ne s'appliquent pas aux contrats d'assurances soumis aux dispositions de l'arrêté royal du 1er février 1988 réglementant l'assurance contre l'incendie et d'autres périls, en ce qui concerne les risques simples",

il serait préférable d'introduire dans la loi en projet les règles spécifiques contenues dans l'arrêté royal du 1er février 1988 précité.

Article 68.

Dans l'alinéa 4 de l'article 68 en projet, est utilisé le mot "déchéance" alors que l'intention du Gouvernement semble bien être de remplacer ce mot par les mots "réduction ou suppression de la prestation d'assurance". Si telle est son intention, il faudrait éviter l'usage du mot "déchéance" dans le texte de la loi en projet ainsi que dans l'exposé des motifs.

La même observation vaut pour l'article 87.

Article 70.

Il ressort de la définition que contient l'article 70 qu'il n'y a pas lieu de distinguer l'assurance crédit et l'assurance-caution, la définition de l'article 70 s'appliquant à ces deux formes d'assurance crédit.

Il en résulte que l'intitulé de la sous-section III doit être modifié ainsi que les textes où les mots "assurance crédit et "assurance caution" sont utilisés (notamment articles 71, 72, 76).

L'exposé des motifs devrait toutefois fournir les explications nécessaires au sujet de la distinction entre assurance crédit et assurance caution.

A la fin de l'article 70, il convient d'écrire :

"... autres risques qui y sont assimilables et qui sont déterminés par le Roi".

Article 71.

Pour tenir compte de l'observation formulée à l'article 12 dont l'alinéa 1er est supplétif, il convient d'écrire à l'alinéa 2 de l'article en projet : "Les articles 12, alinéa 1er, et 25 sont ...".

Article 73.

Il y a lieu de se référer à l'observation générale II, quant au caractère impératif de l'article en projet.

Le début de l'article 73 serait mieux rédigé comme suit : "Par dérogation aux articles 16, alinéa 2, et 17, lorsque ...".

A la dernière ligne, mieux vaut écrire : "... des primes échues".

Article 74.

Au paragraphe 2, alinéa 1er, il faut écrire "le risque s'est aggravé" au lieu de "le risque de survenance d'un événement assuré s'est aggravé".

.../...

A l'alinéa 2, mieux vaut écrire en français : "... et que le preneur a omis, ...".

Aux alinéas 2 et 3, le mot "prime" est au singulier parce que l'assurance crédit fait l'objet le plus souvent d'une police d'abonnement; chaque nouveau risque vient s'inscrire dans le cadre de la police et donne lieu au paiement d'une prime unique.

La première phrase de l'alinéa 3 serait mieux rédigée comme suit :

"Si le preneur est de bonne foi, l'assureur peut réduire sa prestation selon le rapport entre la prime payée et la prime que le preneur d'assurance aurait dû payer si l'aggravation avait été prise en considération".

Il convient de préciser, dans l'exposé des motifs, si le risque, qui est aggravé lorsque des circonstances peuvent faire craindre que la dette ne sera pas payée à son échéance, est également aggravé en cas d'alourdissement de cette dette.

Article 76.

L'article 76 prévoit l'opposabilité de la cession du contrat si l'assureur a donné son consentement par écrit.

Suivant l'article 120, la cession qui y est visée ne pourra s'opérer que par avenant signé par le cédant, le cessionnaire et l'assureur.

Les fonctionnaires délégués ont précisé que l'intention du Gouvernement est de remplacer l'alinéa 1er de l'article 76 par un texte calqué sur celui de l'alinéa 1er de l'article 120.

Article 79.

A la fin de l'alinéa 1er, il faut écrire : "... les limites de la garantie".

Article 81.

L'article 81 serait mieux rédigé comme suit :

"Art. 81. Lorsque l'assuré ne comparaît pas ou ne se soumet pas à une mesure d'instruction ordonnée par le tribunal, il doit réparer le préjudice qu'aurait subi l'assureur".

Article 82.

A la fin de l'alinéa 3, il convient d'écrire : "... pour autant que ces frais n'aient pas été engagés de manière déraisonnable".

Article 84.

L'article 84 serait mieux rédigé comme suit :

"Art. 84. La personne lésée qui remet à l'assureur, en vue d'obtenir le paiement d'une partie non contestée de l'indemnité, une quittance pour solde de tout compte ne peut être considérée comme renonçant à ses droits et acceptant de transiger".

Article 86.

L'article 86 serait mieux rédigé comme suit :

"Art. 86. L'assurance fait naître au profit de la personne lésée un droit propre contre l'assureur.

L'indemnité due par l'assureur est acquise à la personne lésée, à l'exclusion des autres créanciers de l'assuré".

Article 87.

Il détermine l'opposabilité des "exceptions, nullités et déchéances" dérivant de la loi ou du contrat lorsqu'en vertu de la loi, l'assurance fait naître, en faveur du tiers lésé, un droit propre mis en oeuvre par une action directe.

Il fait une distinction entre les assurances obligatoires de responsabilité (§ 1er) et celles qui ne le sont pas (§ 2).

Dans les assurances de responsabilité qui ne sont pas obligatoires, la règle est l'opposabilité de toutes les exceptions au tiers lésé, le Roi étant habilité à étendre à ces assurances le régime d'inopposabilité partielle prévu dans le paragraphe 1er. Suivant l'exposé des motifs (p. 118), un maximum de souplesse est ainsi conservé en la matière.

Il faut relever que, suivant l'article 68 de la loi en projet, lorsque la responsabilité du locataire est assurée, le propriétaire et les tiers possèdent un droit propre contre l'assureur et qu'aucune exception ou déchéance dérivant d'un fait postérieur au sinistre ne peut leur être opposée par l'assureur.

Suivant l'exposé des motifs (p. 92), le dernier alinéa de l'article 68 - qui énonce l'inopposabilité des exceptions postérieures au sinistre - est un cas d'application légale de l'article 87 de la loi en projet.

Cette affirmation n'est pas sans susciter quelque perplexité.

L'assurance de responsabilité locative contre l'incendie n'est pas obligatoire en vertu de la loi; elle est généralement imposée au locataire par le contrat de bail. Elle doit, dès lors, être considérée comme une

assurance qui n'est pas obligatoire (1). Si la règle de l'article 87, § 2, lui était appliquée, le tiers lésé qui exercerait le droit propre à l'indemnité d'assurance pourrait se voir opposer toutes les exceptions dérivant du contrat d'assurance alors que, suivant l'article 68 précité, il ne peut pas se voir opposer les exceptions postérieures à la survenance du sinistre.

Il en résulte une distorsion entre l'article 68 et l'article 87, § 2.

Si par assurance obligatoire, il faut entendre non seulement celle que la loi oblige de conclure mais aussi celle qui est imposée par un contrat, il en résulterait également une distorsion entre l'article 68 et l'article 87, § 1er. Cette distorsion viendrait de ce que l'article 87, § 1er, établit une inopposabilité des exceptions plus large que celle qui est prévue dans l'article 68, alinéa 4.

Il semble possible de remédier à cette distorsion en rendant applicable aux assurances qui ne sont pas obligatoires, la règle inscrite dans l'article 68, alinéa 4, précité, c'est-à-dire l'inopposabilité au tiers lésé des exceptions déduites des manquements du preneur d'assurance aux obligations à exécuter après la survenance du sinistre. De cette façon non seulement la distorsion serait supprimée mais, en outre, le droit propre du tiers lésé conserverait

---

(1) Elle n'est pas rangée dans la liste des assurances obligatoires établie par l'Office de contrôle des assurances dans son rapport annuel 1988-1989.

quelque consistance sans que l'équilibre financier de cette branche d'assurance ne puisse en être sérieusement affecté.

Si cette suggestion n'était pas suivie, il faudrait justifier, dans l'exposé des motifs, la distorsion entre l'assurance de responsabilité locative et, par exemple, l'assurance de responsabilité vie privée qui, l'une comme l'autre, ne sont pas obligatoires en vertu de la loi et sont utilisées fréquemment.

Pour l'article 87, § 1er, alinéa 2, le texte suivant est proposé :

"L'assureur peut toutefois opposer à la personne lésée que, par un acte régulier accompli avant la survenance du sinistre, il a résilié le contrat d'assurance ou en a suspendu les effets ou que ce contrat a été judiciairement annulé ou reconnu inexistant".

Article 88.

La fin de l'article 88, alinéa 1er, serait mieux rédigée comme suit : "... dans la mesure où il aurait pu refuser ou réduire ...".

Article 89.

Le commentaire consacré à cette disposition dans l'exposé des motifs reproduit le commentaire consacré par l'exposé des motifs du premier projet à l'article 86, qui se référait à la loi du 1er juillet 1956 relative à l'assurance obligatoire de la responsabilité civile en matière de véhicules automoteurs.

Le commentaire devrait être revu en tenant compte de ce que la loi du 1er juillet 1956 a été abrogée par la loi du 21 novembre 1989.

Au paragraphe 3 du texte français, mieux vaut écrire :

"§ 3. L'assureur peut appeler l'assuré à la cause ...".

De même au paragraphe 3, alinéa 2, on écrira :

"L'assuré peut appeler l'assureur à la cause ...".

Le début du paragraphe 4 serait mieux rédigé comme suit :

"§ 4. Le preneur d'assurance peut intervenir volontairement ou ...".

Le paragraphe 5 serait mieux rédigé comme suit :

"§ 5. Lorsque le procès contre l'assuré se déroule devant la juridiction répressive, l'assureur peut être mis à la cause par la personne lésée ou par l'assuré ou y intervenir volontairement.

La juridiction répressive ne peut toutefois statuer sur les droits que l'assureur peut faire valoir contre l'assuré et le preneur d'assurance".

Article 91.

L'article 91 serait mieux rédigé comme suit :

"Art. 91. Aucune amende comme aucune transaction pénale ne peuvent faire l'objet d'un ...".

Article 92.

L'article 92 serait mieux rédigé comme suit :

"Art. 92. Un contrat d'assurance de la protection juridique stipule expressément que l'assuré a le droit de choisir lui-même un avocat ou une autre personne habilitée par la loi à le représenter ou à le défendre dans une procédure judiciaire ou autre.

Il en est de même chaque fois qu'il y a conflit d'intérêt entre l'assureur et l'assuré".

Article 93.

Suivant l'article en projet, si l'assureur refuse sa garantie parce qu'il estime que le procès ou la voie de recours envisagée par l'assuré sont dénués de chances raisonnables de succès et que l'assuré ne se rallie pas à ce point de vue, ce dernier peut consulter un avocat de son choix; l'article en projet précise à ce sujet dans le paragraphe 2, alinéa 2 :

"Le Roi détermine les modalités et les effets de cette consultation".

Le Conseil d'Etat n'aperçoit pas l'utilité de cette habilitation. En effet, un arrêté royal du 12 octobre 1990 relatif à l'assurance de protection juridique (1) détermine, dans son article 7, quels sont les effets de la consultation d'un avocat.

Il serait préférable d'introduire dans la loi en projet cette disposition de l'arrêté royal précité.

Article 94.

L'intitulé de l'article 94 serait mieux rédigé comme suit : "Caractère nominatif de la police".

---

(1) Moniteur belge du 8 novembre 1990.

Article 95.

L'alinéa 1er utilise les mots "médecin traitant". Suivant le dictionnaire Robert, ces mots signifient : le médecin qui suit le malade. Entendu en ce sens, toute personne n'a pas un médecin traitant.

Il vaut mieux remplacer les mots "le médecin traitant" par les mots "le médecin choisi par l'assuré".

Le texte néerlandais de l'alinéa 1er devrait être rédigé comme il est proposé dans la version néerlandaise du présent avis.

L'alinéa 2 serait mieux rédigé comme suit :

"Pour autant que l'assureur justifie de l'accord préalable de l'assuré, le médecin de celui-ci transmet ...".

Article 96.

A l'alinéa 1er, les mots "d'assurance" sont superflus et doivent être omis.

Article 97.

L'article 97 gagnerait à être rédigé comme suit :

"Art. 97. Le présent chapitre s'applique aux contrats d'assurance de personnes dans lesquels l'exécution de la prestation d'assurance ne dépend que de la durée de la vie humaine. Ces ...".

Article 98.

L'article 98 serait mieux rédigé comme suit :

"Art. 98. Par dérogation aux articles 49 et 50, toute convention qui leur est contraire, est nulle".

Article 99.

L'alinéa 2 serait mieux rédigé comme suit :

"Le Roi peut autoriser les parties à différer ...".

Article 100.

A la fin de l'article, les mots "qui aurait dû être pris en considération" doivent être omis.

Article 101.

Le texte néerlandais de la phrase introductive du paragraphe 2 devrait être rédigé comme il est proposé dans la version néerlandaise du présent avis.

Le 1° du paragraphe 2 serait mieux rédigé comme suit :

"1° lorsque ce décès procède de l'exécution d'une condamnation judiciaire à la peine capitale;".

Au début du 2°, on écrira :

"2° lorsqu'il a pour cause ...".

Article 102.

L'article 102 serait mieux rédigé comme suit :

"Art. 102. En cas de décès de l'assuré par suite de la survenance d'un risque exclu, l'assureur paye au bénéficiaire le produit de la ...".

Articles 103, 104 et 105.

L'exposé des motifs explique (p. 141) que l'article 103 du projet selon lequel "le preneur d'assurance n'est pas tenu de payer les primes" est écrit pour rendre compte

.../...

de la règle traditionnelle selon laquelle le preneur peut à tout moment mettre fin à un contrat d'assurance sur la vie en n'en payant pas la prime. Le texte en projet est évidemment malencontreux car, pris à la lettre, il énonce que le contrat n'engendre pas l'obligation de payer les primes, ce qui est, à coup sûr, inexact. En effet, si le preneur n'avait pas l'obligation de payer les primes, il pourrait se prévaloir des règles sur le paiement de l'indu pour exiger de l'assureur qu'il lui restitue les primes versées. Or, nul ne doute que le preneur ne dispose pas de cette possibilité de répétition; c'est donc bien qu'il a, en payant les primes, exécuté l'une des obligations que lui impose le contrat d'assurance sur la vie.

Il convient donc d'omettre le premier alinéa de l'article 103 et de préciser, dans un article 104, que la sanction du défaut de paiement n'est pas une action en exécution forcée exercée par l'assureur mais seulement, selon les cas, la résiliation du contrat ou la réduction des prestations de l'assureur.

L'omission du premier alinéa de l'article 103 entraîne évidemment une modification de la rédaction de son alinéa 2, qui peut devenir un article 105.

Le texte suivant est proposé pour l'ensemble de la section III du chapitre II du titre III :

"Art. 103. Paiement de la première prime. Le contrat d'assurance sur la vie ne produit ses effets qu'à partir du jour où la première prime est payée.

Art. 104. Défaut de paiement d'une prime. Le défaut de paiement d'une prime ne donne lieu à aucune action de la part de l'assureur; il entraîne seulement, selon les règles fixées par le Roi, soit la résiliation du contrat, soit la réduction des prestations de l'assureur.

Art. 105. Obligation de payer les primes. Le preneur d'assurances peut, par une convention autre que le contrat d'assurance sur la vie qu'il a conclu, s'engager à demeurer dans les liens de ce dernier contrat en en payant les primes".

Article 108.

Par souci de concordance avec le texte néerlandais, mieux vaux écrire, à l'alinéa 1er :

"Art. 108. Lorsque le conjoint est nommément désigné comme bénéficiaire, le bénéfice du contrat ...".

Le texte néerlandais de l'alinéa 1er devrait être rédigé comme il est proposé dans la version néerlandaise du présent avis.

De même, à l'alinéa 2, on écrira :

"Lorsque le conjoint n'est pas nommément désigné comme bénéficiaire, le bénéfice du contrat ...".

.../...

Article 109.

Au début de l'article, on écrira :

"Art. 109. Lorsque les enfants ne sont pas nommément désignés comme bénéficiaires, le bénéfice du contrat ...".

Article 110.

A la cinquième ligne du texte français, il y a lieu d'écrire : "le bénéfice du contrat est ...".

Article 115.

Le Conseil d'Etat réitère l'observation qu'il a faite dans son avis L. 15.456/9, à savoir qu'un contrat résilié ne peut être remis en vigueur que de l'accord des deux parties. C'est une application du principe fondamental inscrit dans l'article 1134 du Code civil.

Il s'ensuit que l'article 23 de l'arrêté royal du 5 juillet 1985 relatif à l'activité d'assurance sur la vie selon lequel "Le preneur a la faculté de remettre en vigueur le contrat ..." doit être rendu conforme à ce principe.

Article 120.

Il est renvoyé à l'observation faite sous l'article 76.

.../...

Article 122.

L'alinéa 1er exprimant une règle d'évidence, il doit être omis. On écrira à l'alinéa 2 du texte français (devenant l'alinéa 1er) "L'acceptation peut intervenir ...".

Article 127.

L'article 127 serait mieux rédigé comme suit :

"... par un époux commun en biens au profit de l'autre ou à son profit constitue ...".

Article 128.

Suivant les explications fournies par le fonctionnaire délégué par le Ministre de la Justice, l'article en projet, en prévoyant une récompense due au patrimoine commun "dans la mesure où" les primes versées et prélevées sur le patrimoine commun sont manifestement exagérées eu égard aux facultés de celui-ci, ne déroge en rien aux dispositions de la loi du 14 juillet 1976 sur les régimes matrimoniaux en ce qu'elles ont complété l'article 43 de la loi du 11 juin 1874 contenant les titres X et XI, livre 1er du Code de commerce.

Suivant l'article 43, alinéa 3, de la loi précitée du 11 juin 1874 :

> "Dans le cas où les époux étaient mariés sous un régime de communauté, quoique le capital ou la rente reste propre à l'époux bénéficiaire, aucune récompense n'est due au patrimoine commun en raison des versements faits par l'assuré, à moins qu'ils n'aient été manifestement exagérés eu égard à ses facultés".

Ce texte est différent de celui de la loi en projet en ce qu'il implique que, dans l'hypothèse envisagée, une récompense est due au patrimoine si les versements de primes faits par l'assuré sont manifestement exagérés eu égard aux facultés de ce patrimoine. En d'autres termes, si la condition est remplie, la récompense est égale aux montants des primes versées.

Au contraire, le texte en projet, en utilisant les mots "dans la mesure où" semble devoir être compris en ce sens que les primes versées ne feront l'objet d'une récompense que proportionnellement à l'excès par rapport aux facultés du patrimoine commun. Suivant ce texte, le montant de la récompense n'est pas nécessairement égal au montant des primes versées; il peut y être inférieur si les primes ne sont que partiellement exagérées eu égard aux facultés du patrimoine commun.

Le fonctionnaire délégué confirme que les mots "dans la mesure où" doivent être compris dans le sens qui vient d'être précisé.

Si telle est l'intention du Gouvernement, le texte de l'article en projet n'appelle aucune observation mais le commentaire qui lui est consacré dans l'exposé des motifs devrait être plus explicite sur ce point. Dans le cas contraire, il faudrait revoir la rédaction du texte en projet.

Articles 129 à 131.

La loi en projet, qui a le mérite de tendre au règlement détaillé du sort du contrat d'assurance sur la vie conclu par un époux au profit de l'autre, reste néanmoins en défaut de régler le cas où le contrat d'assurance a été conclu par les deux époux pour garantir le remboursement d'un financement ainsi que celui où un époux a conclu le contrat d'assurance alors que les conjoints sont mariés sous le régime de la communauté universelle.

Il conviendrait de compléter la loi en projet en y insérant des dispositions qui règleraient ces deux hypothèses.

Article 138.

A la suite de l'observation faite sous l'article 95, on écrira :

"Art. 138. L'assuré a le libre choix de son médecin".

Article 139.

Au paragraphe 1er, il vaut mieux reproduire les articles 53 et 54 de la loi du 9 juillet 1975 relative au contrôle des entreprises d'assurances en tant qu'ils énoncent les peines applicables.

Pour respecter l'économie notamment de l'article 43, il est proposé d'écrire au 1° et au 2° : "ceux qui, de mauvaise foi, en qualité ...".

Articles 143 et 144.

A la fin de l'article 143 et de l'article 144, il y a lieu d'écrire :

"... de la loi du ... sur le contrat d'assurance terrestre, en tant qu'elle régit les assurances de personnes"

Article 149.

L'article 149 doit être rédigé comme suit :

"Art. 149. Le Roi fixe la date de l'entrée en vigueur de chacune des dispositions de la présente loi".

Observations de forme.

1. L'usage de la majuscule au début de chaque définition apparaît inopportun.

2. Les tirets doivent être remplacés par 1°, 2°, ...

3. La division en paragraphes est à omettre, aucun ne comportant au moins deux alinéas.

4. A l'article 7, § 3, dernier alinéa, du texte français, une virgule doit être placée, à la première ligne, après le mot "sinistre".

5. A l'intitulé du texte français de l'article 128, on écrira le mot "prime" au pluriel.

ALGEMENE OPMERKINGEN.

I. In de memorie van toelichting bij de ontworpen wet (blz. 3) wordt erop gewezen

> "dat de bepalingen van het nieuw ontwerp geen herhalingen zijn van de voorschriften van de wet van 9 juli 1975 of er afbreuk aan doen".

Die bewering is juist als daarbij een voorbehoud wordt gemaakt. De Koning heeft namelijk op grond van artikel 19, § 1, van de voormelde wet vier koninklijke besluiten vastgesteld :

1° het koninklijk besluit van 12 januari 1984 tot vaststelling van de minimumgarantievoorwaarden van de verzekeringsovereenkomsten tot dekking van de burgerrechtelijke aansprakelijkheid buiten overeenkomst met betrekking tot het privé-leven (Belgisch Staatsblad van 31 januari 1984);

2° het koninklijk besluit van 5 juli 1985 betreffende de levensverzekeringsactiviteit (Belgisch Staatsblad van 13 juli 1985);

3° het koninklijk besluit van 1 februari 1988 betreffende de verzekering tegen brand en andere gevaren, wat de eenvoudige risico's betreft (Belgisch Staatsblad van 1 maart 1988);

4° het koninklijk besluit van 12 oktober 1990 betreffende de rechtsbijstandsverzekering (Belgisch Staatsblad van 8 november 1990).

Artikel 19, § 2, van de voormelde wet van 9 juli 1975 luidt als volgt :

> "Nietig zijn alle clausules en overeenkomsten die betrekking hebben op het sluiten en het uitvoeren van verzekeringscontracten die in België zijn gesloten ... en die niet in overeenstemming zijn met de bepalingen van deze wet of van de verordeningen ter uitvoering ervan".

Van die koninklijke besluiten die zijn vastgesteld ter uitvoering van de wet van 9 juli 1975, bevat het koninklijk besluit dat de verzekering tegen brand en andere gevaren regelt, op diverse punten bepalingen die aanzienlijk verschillen van die van de ontworpen wet. Dat is bijvoorbeeld het geval met artikel 8, § 1, van het koninklijk besluit van 1 februari 1988, volgens hetwelk de duur van de brandverzekeringsovereenkomst drie jaar niet mag overschrijden, terwijl artikel 30, § 1, van de ontworpen wet de duur van de overeenkomst in het algemeen op één jaar vaststelt. Evenzo bepaalt artikel 13, § 1, van hetzelfde koninklijk besluit dat wanneer de verzekeringnemer zowel bij het sluiten van als in de loop van de overeenkomst zijn verplichting verzuimt om het risico volledig of juist aan te geven en een schadegeval zich voordoet, de verzekeraar gehouden blijft tot prestatie in de verhouding die bestaat tussen de betaalde premie en de premie die de verzekeringnemer had moeten betalen indien hij de verzekeraar juist had

voorgelicht. In de in de artikelen 6 en 7 van de ontworpen wet gegeven voorschriften betreffende de aangifte van het risico op het tijdstip waarop de overeenkomst wordt gesloten, wordt in dat geval een onderscheid gemaakt tussen de kwade trouw van de verzekeringnemer, in welk geval de overeenkomst nietig is (artikel 6) en de goede trouw van de verzekeringnemer, in welk geval de verzekeraar moet voorstellen de overeenkomst te wijzigen om deze aan het risico aan te passen en, indien de verzekeringnemer die wijziging zou weigeren, de overeenkomst zal opzeggen (artikel 7). Dat artikel bepaalt nader in hoeverre de verzekeraar dekking moet verlenen indien zich een schadegeval zou voordoen voordat de overeenkomst werkelijk is opgezegd.

Die twee voorbeelden illustreren goed dat de voorschriften die vervat zijn in het koninklijk besluit van 1 februari 1988 en die welke gegeven worden in de ontworpen wet, nauwelijks verenigbaar zijn en zouden uitlopen op tegenstrijdige en zelfs incoherente oplossingen.

Het is noodzakelijk om de bovenvermelde koninklijke besluiten te herzien en aan te passen aan de ontworpen wet om de onzekerheid te voorkomen die het gevolg zou kunnen zijn van tegenstrijdigheden als die welke zoëven zijn aangegeven; de gemachtigde ambtenaren zijn het daarmee eens.

II. Artikel 3 van de ontworpen wet luidt als volgt :

"De bepalingen van deze wet zijn van dwingend recht, tenzij uit de bewoordingen zelf blijkt dat zij van aanvullend recht zijn of dat de mogelijkheid wordt gelaten om ervan af te wijken door bijzondere bedingen".

In het commentaar dat in de memorie van toelichting (blz. 22) aan dat artikel wordt gewijd, staat te lezen :

"Omwille van de bescherming die het ontwerp instelt voor de partijen, meer bepaald voor de verzekeringnemer en voor de begunstigde, is het nodig een dwingend karakter aan zijn bepalingen te geven, behalve natuurlijk wanneer uit de redactie zelf blijkt dat afwijkingen door bijzondere overeenkomsten mogelijk zijn".

Men moet zich afvragen of het in artikel 3 bepaalde dwingende karakter enkel verbonden is aan de bepalingen die zijn vastgesteld ten voordele van de verzekerde, dan wel of het ook geldt voor de bepalingen die de belangen van de verzekeraar regelen, zoals inzonderheid artikel 11 van de ontworpen wet, dat voorziet in een vermindering van de verzekeringsprestatie bij wijze van sanctie als de verzekeringnemer een van zijn verplichtingen niet nakomt, of de artikelen 14 en volgende, die de sancties vaststellen die van toepassing zijn bij niet-betaling van de premie, of artikel 21 betreffende de sancties die toepasselijk zijn bij niet-nakoming van de in de artikelen 19 en 20 van het ontwerp bepaalde verplichtingen of artikel 56, volgens hetwelk de verzekeraar recht heeft op een vermindering van zijn prestatie als de verzekerde de gesteldheid van

de beschadigde plaats wijzigt zonder dat het noodzakelijk is, of artikel 73, dat de sanctie vaststelt die van toepassing is wanneer de verzekeringnemer bij een kredietverzekering de vervallen premies niet betaalt.

Wegens de algemene bewoordingen van het ontworpen artikel 3 ziet het er wel naar uit dat er geen reden is om een onderscheid te maken tussen de bepalingen van de ontworpen wet naargelang ze de verzekerde of de verzekeraar beschermen. Al die bepalingen zijn van dwingend recht behalve indien ze een bij overeenkomst bedongen afwijking toestaan.

Als deze interpretatie overeenstemt met de bedoeling van de stellers van het ontwerp, zou ze tot gevolg hebben dat de verzekeraar op het tijdstip waarop de overeenkomst wordt gesloten, niet zou kunnen afzien van het voordeel van de bepalingen die te zijnen gunste zijn vastgesteld; het blijft wel mogelijk er a posteriori van af te zien, op het tijdstip waarop zich een geschil voordoet tussen de partijen.

Het commentaar in de memorie van toelichting (blz. 36) bij het genoemde artikel 11, volgens hetwelk "... de opheffing (1) geheel of gedeeltelijk (kan) worden opgeheven ...", is een bevestiging van die interpretatie aangezien het doet denken dat de verzekeraar van de sanctie bestaande in de vermindering of de opheffing van de vergoe-

---

(1) In de Franse tekst wordt het woord "déchéance" gebruikt, ten onrechte blijkbaar; zie in dat verband de opmerking bij artikel 68 van de ontworpen wet.

ding, zou kunnen afzien, gelijk hij eveneens zou kunnen afzien van de schorsing van de dekking (artikelen 14 en volgende) of van de weigering van de dekking (artikel 73).

De stellers van het ontwerp dienen nader te verklaren welke bedoeling ze hebben met het dwingende karakter van de wetsbepalingen ten voordele van de verzekeraar en met de gevolgen die dat dwingende karakter heeft voor de mogelijkheid voor de verzekeraar om af te zien van de toepassing van de wettelijke sancties.

Artikel 1.

A. Verzekeringsovereenkomst.

1. In de ontworpen wet wordt het risico gedefinieerd als "een bepaald onzeker voorval". In zijn advies L. 15.456/9 had de Raad van State voorgesteld te schrijven dat de verzekeraar een prestatie moet leveren "ingeval zich een toekomstige en onzekere gebeurtenis voordoet". Die redactie is nauwkeuriger en het zou goed zijn als ze werd aangenomen.

In de definitie van de verzekeringsovereenkomst is een gegeven opgenomen dat niet in die van het ontwerp L. 15.456/9 stond, namelijk het belang bij de verzekering waarvan de verzekeringnemer of de begunstigde derde moet doen blijken. De verzekeringnemer of de begunstigde derde moet er belang bij hebben dat het verzekerde risico geen werkelijkheid wordt. Dat gegeven wordt in de ontworpen

definitie zodanig verwoord dat het lijkt alsof de verzekeringnemer of de begunstigde derde belang moet hebben bij "het voorkomen van een bepaald onzeker voorval". Een dergelijke redactie is niet correct.

De definitie zou beter worden geredigeerd als volgt :

"Een overeenkomst waarbij een partij - de verzekeraar - zich er tegen betaling van een vaste of veranderlijke premie tegenover een andere partij - de verzekerde - toe verbindt een in de overeenkomst bepaalde prestatie te leveren in het geval zich een onzekere gebeurtenis voordoet waarbij de andere partij op het tijdstip dat de overeenkomst wordt gesloten, belang heeft dat die zich niet voordoet".

B. Verzekeraar.

De definitie zou beter worden geredigeerd als volgt :

"Degene die gewoonlijk en bij wijze van hoofdbedrijf verzekeringsovereenkomsten sluit".

H. Verzekeringsprestatie.

De verzekeringsprestatie kan volgens de gegeven definitie een te verstrekken dienst zijn. Tot nog toe moest de belangrijkste prestatie van de verzekeraar de betaling

.../...

van een forfaitaire of een naargelang van de geleden schade vastgestelde geldsom zijn; sommige overeenkomsten omvatten andere dan geldelijke prestaties zoals in de aansprakelijkheidsverzekering de clausule van leiding van het geding.

De definitie heeft tot gevolg dat de ontworpen wet toepasselijk wordt op de bijstandsovereenkomsten, waarin degene die de bijstand verleent, zich ertoe verbindt een of meer geldsommen te betalen maar ook diensten te verlenen (bijvoorbeeld reserveonderdelen verschaffen voor een auto, een borg stellen wanneer de bijgestane persoon in een vreemd land wordt opgesloten als gevolg van een verkeersongeval). De Controledienst voor de verzekeringen rekent die overeenkomsten tot de verzekeringen. De ontworpen definitie bevestigt die beoordeling. Maar zou de bijstandsovereenkomst een verzekeringsovereenkomst zijn als de prestaties van de verzekeraar uitsluitend zouden bestaan in diensten ? Hoewel de hypothese ietwat theoretisch lijkt, moet de vraag toch worden gesteld; de gemachtigde ambtenaren hebben er ontkennend op geantwoord.

In de memorie van toelichting is geen sprake van die nieuwe opvatting van de verzekeringsprestatie. Ze zou op dat punt moeten worden aangevuld.

I. <u>Schadeverzekering</u>.

De woorden "onzeker voorval dat" dienen te worden vervangen door de woorden "toekomstige en onzekere gebeurtenis die".

.../...

De opmerking geldt eveneens voor de definitie "J. Persoonsverzekering".

J. Persoonsverzekering.

Volgens de ontworpen definitie is de persoonsverzekering een "verzekering waarbij de verzekeringsprestatie of de premie afhankelijk is van een onzeker voorval dat iemands leven, fysische integriteit of gezinstoestand aantast".

Die definitie verschilt van die welke in het ontwerp L. 15.456/9 werd gegeven doordat niet alleen de verzekeringsprestatie maar ook de premie afhankelijk is van een toekomstige en onzekere gebeurtenis. De premie is uiteraard afhankelijk van een risico, dat in de levensverzekeringen variabel is, dat wil zeggen dat het vergroot in de verzekeringen met overlijdensrisico en verkleint in de verzekeringen bij leven. Om de premie niet geleidelijk te moeten verhogen in de eerstgenoemde verzekeringen en verlagen in de laatstgenoemde, hebben de verzekeraars de premie eenvormig gemaakt. Volgens de ontworpen definitie lijkt het, zoals bij de verzekeringsprestatie, alsof het betalen van de premie afhankelijk is van het optreden van een toekomstige en onzekere gebeurtenis. Dat is zeker niet de bedoeling van de stellers van het ontwerp. De memorie van toelichting verstrekt in het commentaar bij de bewuste definitie geen enkele uitleg. Volgens de gemachtigde

ambtenaren is in dat deel van de definitie rekening gehouden met nieuwe, in het buitenland al gebruikte verzekeringsvormen die de verzekeringnemer de mogelijkheid zouden bieden om de verzekeringsprestatie in de loop van de overeenkomst te wijzigen met als gevolg dat een nieuwe premie wordt vastgesteld. Als dat zo is, moet de memorie van toelichting op dat stuk worden aangevuld en moet de ontworpen definitie anders worden geredigeerd.

K. Verzekering tot vergoeding van schade.

De definitie zou beter worden geredigeerd als volgt :

"Verzekering waarbij de verzekeraar zich ertoe verbindt de prestatie te leveren die nodig is om de schade die de verzekerde geleden heeft of waarvoor hij aansprakelijk is, geheel of gedeeltelijk te vergoeden".

L. Verzekering tot uitkering van een vast bedrag.

Het zou beter zijn te schrijven :

"Verzekering waarbij de prestatie van de verzekeraar niet afhankelijk is van de omvang van de schade".

.../...

M. N. O. Verzekeringsaanvraag, verzekeringsvoorstel, voorafgetekende polis.

1. Ter wille van de samenhang en de gelijkluidendheid van de definities, verdient het de voorkeur de volgende woorden te schrappen :

- onder "M" : "Onder verzekeringsaanvraag wordt verstaan";
- onder "N" : "Onder verzekeringsvoorstel wordt verstaan";
- onder "O" : "Onder voorafgetekende polis moet worden verstaan".

2. Onder "O" moeten de woorden "in blanco ondertekend" worden vervangen door de woorden "vooraf ondertekend".

Artikel 2.

1. Het zou beter zijn in paragraaf 3, aan het slot van de eerste zin, te schrijven : "... op de verenigingen van onderlinge verzekeringen en op de verordeningen ervan".

De "verordeningen" kunnen immers de sociale aspecten van die verenigingen werkelijk regelen, maar kunnen ook bepalingen bevatten betreffende de door die verenigingen uitgeoefende verzekeringsactiviteiten.

.../...

2. Van de tweede zin dient een afzonderlijk lid te worden gemaakt om de aan de Koning verleende bevoegdheid om de nodige bepalingen vast te stellen ten einde rekening te houden met de bijzondere kenmerken van die verenigingen, duidelijker te doen uitkomen.

De Nederlandse tekst van die tweede zin zou beter worden geredigeerd als volgt :

"Om rekening te houden met de bijzondere kenmerken van deze verzekeringsvorm, kan de Koning evenwel de bepalingen aangeven die niet op die verenigingen van toepassing zijn en de wijze bepalen waarop andere bepalingen dat wel zijn".

Artikel 3.

Om overbodige herhaling te vermijden zou artikel 3 moeten worden geredigeerd als volgt :

"Art. 3. De bepalingen van deze wet zijn van dwingend recht, tenzij uit de bewoordingen zelf blijkt dat het mogelijk is ervan af te wijken door bijzondere bedingen".

Artikelen 4 en 5.

Deze artikelen moeten in omgekeerde volgorde komen, zodat artikel 5 artikel 4 wordt en artikel 4 artikel 5. Het is immers logischer dat het artikel betreffende

de mededelingsplicht onmiddellijk voorafgaat aan de artikelen 6 en 7 betreffende de gevolgen van een onvolledige of onjuiste mededeling, te goeder of te kwader trouw.

Artikel 4 (dat artikel 5 wordt).

Het tweede lid zou beter worden geredigeerd als volgt :

"Indien op sommige schriftelijke vragen van de verzekeraar niet wordt geantwoord en indien deze toch de overeenkomst heeft gesloten, kan hij zich, behalve in geval van bedrog, later niet meer op dat verzuim beroepen".

Artikel 5 (dat artikel 4 wordt).

Paragraaf 1.

Luidens artikel 1, N, is het verzekeringsvoorstel een formulier dat door de verzekeringnemer wordt ingevuld om de verzekeraar in te lichten over bepaalde feiten die voor hem nuttig zijn om te weten met het oog op het sluiten van een verzekeringsovereenkomst; het voorstel bevat dus niet alle wezenlijke bestanddelen van de overeenkomst waarover wordt onderhandeld. Daarom is het door de verzekeringnemer ingevulde en ondertekende voorstel geen aanbod, zoals in de memorie van toelichting wordt gezegd; de eerste zin van artikel 5, § 1, bepaalt dan ook dat noch de verzekeraar, als hij het formulier opmaakt en het aan de eventuele verzeke-

ringnemer bezorgt, noch de verzekeringnemer, als hij dat formulier invult, zich ertoe verbinden een overeenkomst te sluiten.

Het is dan ook merkwaardig dat de tweede zin van datzelfde artikel 5, § 1, de verzekeraar verplicht om de overeenkomst waarover besprekingen zijn gevoerd, te sluiten tenzij hij aan de verzekeringnemer zijn weigering te kennen heeft gegeven om hem te verzekeren of zijn wens om beter te worden ingelicht over de geplande verrichting en het te dekken risico.

De juiste inhoud van die verplichting en de sanctie moeten duidelijk worden aangegeven. De tekst mag niet zo worden begrepen dat het bestaan van een overeenkomst louter gebaseerd is op de vaststelling dat de verzekeraar tijdens de dertig dagen na ontvangst van het voorstel niet heeft gereageerd. De tekst legt enkel een verplichting op om een overeenkomst te sluiten, dat is een verbintenis om iets te doen; de verzekeraar kan dus weigeren die na te komen; het zal hem slechts een schadevergoeding kosten.

De tekst van artikel 5, § 1, moet worden herzien om de verplichting die aan de verzekeraar wordt opgelegd, duidelijker te maken.

Paragraaf 2.

In de hele tekst van deze paragraaf is de procedure voor het aangaan of het verbreken van de overeenkomst

dezelfde, ongeacht of die procedure op gang is gebracht door de ondertekening van een vooraf getekende polis of van een verzekeringsaanvraag. De overeenkomst wordt immers aangegaan zodra de verzekeringnemer het ene of het andere stuk ondertekent, de dekking gaat in op hetzelfde tijdstip, de aan de verzekeringnemer en aan de verzekeraar geboden mogelijkheid om van de overeenkomst af te zien, wordt op dezelfde manier en binnen dezelfde termijn aangewend.

Nochtans zijn de vooraf getekende polis en de verzekeringsaanvraag juridisch gezien twee zeer verschillende handelingen. Terwijl de vooraf getekende polis een openbaar aanbod is dat de verzekeraar aan elke verzekeringnemer doet en dat klaar is om te worden aangenomen, is de aanvraag maar de uitdrukking van de wens van de verzekeringnemer om zo vlug mogelijk te worden verzekerd. De aanvraag kan niet worden beschouwd als een aanbod van de verzekeringnemer, omdat een aantal wezenlijke bestanddelen van de overeenkomst, in het bijzonder het bedrag van de premie, niet in de aanvraag voorkomen; volgens het systeem van het ontwerp moet de premie door de verzekeraar worden berekend, in voorkomend geval aan de hand van de inlichtingen die de verzekeringnemer heeft verstrekt in een verzekeringsvoorstel, waarvan in het ontwerp wordt bepaald dat het een afzonderlijk stuk is dat los van de aanvraag moet worden ondertekend (artikel 5, § 2, tweede lid, laatste zin).

Bijgevolg is het juridisch moeilijk te begrijpen dat de ondertekening van een verzekeringsaanvraag door de verzekeringnemer, wat het aangaan van de overeenkomst betreft hetzelfde gevolg kan hebben als de ondertekening van

een reeds door de verzekeraar getekende polis. Terwijl in dat laatste geval de handeling van de verzekeringnemer bestaat in het aannemen van het hem gedane aanbod, wat natuurlijk tot gevolg heeft dat een overeenkomst wordt aangegaan, is de handeling die de verzekeringnemer stelt door een aanvraag te ondertekenen, noch een aanbod, noch het aannemen van een aanbod, zodat men niet goed inziet hoe dat initiatief van de verzekeringnemer alleen - waarvan de verzekeraar trouwens lange tijd onkundig zou kunnen blijven - tot gevolg kan hebben dat een overeenkomst wordt aangegaan.

Het is de Raad van State evenmin duidelijk waarom zowel in het geval van de vooraf getekende polis als in het geval van de verzekeringsaanvraag, de dekking altijd pas kan ingaan op een datum nà de datum waarop de overeenkomst wordt aangegaan en de enige vrijheid die aan de verzekeringnemer wordt gelaten, is dat hij het tijdstip vanaf hetwelk hij gedekt is, later kan doen vallen dan de in de tekst bepaalde datum, namelijk de dag volgend op de ontvangst door de verzekeraar van het door de verzekeringnemer ondertekende stuk (artikel 5, § 2, tweede lid, eerste zin).

Aldus verbiedt het ontwerp, waarvan alle voorschriften in principe van dwingend recht zijn (artikel 3), dat op een zodanige manier een overeenkomst wordt aangegaan dat de verzekeringnemer dadelijk verzekerd kan worden door een polis te ondertekenen die het risico dekt vanaf het tijdstip zelf waarop de overeenkomst wordt gesloten. Een zodanige manier om een overeenkomst te sluiten zou zeker nuttig zijn opdat een reiziger bijvoorbeeld, op de luchtha-

ven waar hij klaar staat om te vertrekken, een polis kan ondertekenen die het risico dekt dat hij loopt tijdens de reis die hij enkele ogenblikken na de ondertekening zal beginnen. Om in die mogelijkheid te voorzien zou het voldoende zijn dat de ontworpen wet, die al bepaalt dat de verzekeraar vooraf getekende polissen in omloop kan brengen en zo een openbaar aanbod kan doen, ook aan de verzekeringnemer de gelegenheid biedt om een dergelijk aanbod zonder meer aan te nemen en de wil te kennen te geven onmiddellijk gedekt te zijn. Het is duidelijk dat de verzekeringnemer daar belang bij zou hebben en voor de verzekeraar blijkt het geen nadeel op te leveren, aangezien in elk geval enkel een in een vooraf getekende polis neergelegde overeenkomst, dat wil zeggen een overeenkomst waarvan alle wezenlijke bestanddelen door de verzekeraar zijn vastgesteld, zou kunnen worden aangenomen en aldus onmiddellijk uitwerking zou kunnen hebben.

De tekst van artikel 5, § 2, zou dus moeten worden herzien om een beter en vanuit een juridisch oogpunt juister onderscheid te maken tussen de procedure voor het aangaan van een overeenkomst die uitgaat van een vooraf getekende polis, dat wil zeggen een aanbod, en de procedure die op gang wordt gebracht door een verzekeringsaanvraag, die louter een initiatief is van een persoon die verzekerd wil worden maar nog niet alle voorwaarden kent waaronder de verzekeraar wiens formulier hij invult, bereid zou zijn dat te doen. Zoals de gemachtigden van de minister het hiermee eens zijn zou de tekst ook herzien moeten worden opdat het mogelijk wordt een overeenkomst aan te gaan op een wijze welke die overeenkomst onmiddellijk uitwerking verleent.

De voorlaatste zin moet worden weggelaten omdat hij meer uitleggend dan normatief is; de definities van artikel 1, N en O, volstaan immers om een duidelijk onderscheid te maken tussen een verzekeringsvoorstel en een verzekeringsaanvraag.

De laatste zin, die zowel betrekking heeft op het voorstel, waarvan de gevolgen in paragraaf 1 worden geregeld, als op de aanvraag, die het onderwerp is van paragraaf 2, zou beter op zijn plaats zijn in een paragraaf 3 van artikel 5.

Artikel 7.

Paragraaf 1 regelt wat er met een verzekeringsovereenkomst gebeurt wanneer de verzekeringnemer gegevens onopzettelijk verzwijgt of onopzettelijk onjuist meedeelt.

Het ontworpen artikel verschilt hierin van artikel 6 van het ontwerp L. 15.456/9 dat het voorschrijft dat de verzekeraar, voordat hij de overeenkomst opzegt, binnen een bepaalde termijn moet voorstellen de overeenkomst te wijzigen om ze aan het reële risico aan te passen, tenzij hij het bewijs levert dat hij dat risico nooit zou hebben verzekerd, in welk geval hij het recht heeft de overeenkomst op te zeggen zonder een wijziging voor te stellen. Die verplichting om een wijziging van de tekst van de overeenkomst voor te stellen, gerandeert een betere bescherming van de verzekeringnemer.

De paragrafen 2 en 3 van hetzelfde artikel bepalen de prestatie die de verzekeraar moet leveren als zich een schadegeval voordoet voordat de overeenkomst is opgezegd. Daarbij worden twee gevallen onderscheiden : het onopzettelijk verzwijgen of het onopzettelijk onjuist meedelen van gegevens kan niet aan de verzekeringnemer worden verweten (§ 2) of kan hem integendeel wel worden verweten (§ 3).

In het tweede lid van paragraaf 3 is de tekst overgenomen die de Raad van State in advies L. 15.456/9 heeft voorgesteld, maar met een wijziging wat de terug te betalen premies betreft. De verzekeraar moet alle betaalde premies terugbetalen en niet meer, zoals in artikel 6, § 3, tweede lid, van het ontwerp L. 15.456/9 werd bepaald, een bedrag dat gelijk is aan driemaal het bedrag van de jaarlijkse premie. De nieuwe tekst is beter afgestemd op het bedoelde geval, namelijk dat waarin de verzekeraar de overeenkomst in geen geval zou hebben gesloten.

In het tweede lid van paragraaf 1 dient het woord "moet" te worden vervangen door de woorden "stelt ... voor". In het derde lid van dezelfde paragraaf kan het woord "dan" vervallen (derde regel).

Artikel 9.

Het ontworpen artikel bepaalt dat het oorlogsrisico alsook soortgelijke feiten die de Koning bepaalt, niet door de verzekering worden gedekt.

.../...

Het oproer, dat vermeld staat in artikel 19 van de wet van 11 juni 1874, is niet meer opgenomen maar de Koning zou het kunnen onderbrengen bij de feiten van dezelfde soort als oorlog.

Volgens de memorie van toelichting zou het oproer kunnen worden gedekt als de verzekeringnemer het vraagt. Er zij op gewezen dat volgens artikel 1, § 1, van het vorengenoemde koninklijk besluit van 1 februari 1988, de risico's op aanslagen en arbeidsconflicten gedekt zijn door de brandverzekeringspolis. Volgens de bijlage bij dat koninklijk besluit moet onder aanslag worden verstaan : "alle vormen van oproer, volksbewegingen, daden van terrorisme of van sabotage" en in dezelfde tekst wordt oproer gedefinieerd als : "gewelddadige manifestatie, zelfs als ze niet beraamd is, van een groep personen, die met opgehitste gemoederen plaatsvindt en gekenmerkt wordt door ongeregeldheden of onwettige daden, alsook door verzet tegen de organen die met de handhaving van de openbare orde belast zijn zonder dat een dergelijke beweging noodzakelijk tot doel heeft de gestelde openbare machten omver te werpen".

Als het oproer wordt opgenomen in de ontworpen wet of in de uitvoeringsbesluiten ervan, is het aangewezen zich aan die definitie te houden en ervoor te zorgen dat ze wordt overgenomen in een normatieve tekst en niet in een bijlage, zoals het geval is in het genoemde koninklijk besluit van 1 februari 1988.

*

Afdeling III moet een opschrift krijgen dat geredigeerd is als volgt :

"Afdeling III. - Bewijs van de overeenkomst en inhoud van de polis".

Hetzelfde opschrift wordt voorgesteld voor artikel 10.

Artikel 10.

1. Het begin van paragraaf 1 zou beter worden geredigeerd als volgt :

"§ 1. Onder voorbehoud van de bekentenis en de eed ...".

2. Het begin van paragraaf 3 zou beter worden geredigeerd als volgt :

"§ 3. De verzekeraar is ertoe gehouden uiterlijk bij het sluiten van de overeenkomst aan de verzekeringnemer ...".

Artikel 11.

1. Er is een gebrek aan overeenstemming tussen de tekst van artikel 11, waarin de woorden "de vermindering of

de opheffing van de prestatie" worden gebruikt, en de memorie van toelichting (blz. 34), waar sprake is van "het verval van het recht op uitkering".

2. Het woord "vermindering" wordt gebruikt in het ontworpen artikel alsook in andere bepalingen, bijvoorbeeld in artikel 21 betreffende de sanctie die van toepassing is wanneer de verzekerde na een schadegeval een van zijn verplichtingen niet nakomt.

Het woord is nieuw in de verzekeringsterminologie. In advies L. 15.456/9 heeft de Raad van State voorgesteld in de memorie van toelichting een definitie te geven van dat woord. De memorie van toelichting bij de ontworpen wet verstrekt geen uitleg en moet op dat punt worden aangevuld.

3. Voor het dwingende karakter van dat artikel wordt verwezen naar algemene opmerking II.

Artikel 12.

Het ontworpen artikel regelt welke weerslag de nietigheid of de opzegging van een van de in een polis vermelde overeenkomsten, bij een combinatiepolis, heeft op de andere overeenkomsten.

In tegenstelling tot artikel 11 van ontwerp L. 15.456/9 maakt het een onderscheid tussen de nietigheid en de opzegging.

.../...

Als in een polis het bestaan van verscheidene verzekeringsovereenkomsten wordt vastgesteld, bijvoorbeeld een brandverzekering en een aansprakelijkheidsverzekering, blijft de nietigheid van een van die overeenkomsten wegens het opzettelijk verzwijgen van gegevens bij de mededeling van het risico, beperkt tot de overeenkomst die door dat verzwijgen wordt aangetast en heeft ze geen invloed op de andere overeenkomst. Als een van die overeenkomsten echter wordt opgezegd omdat bijvoorbeeld de premie niet betaald wordt, heeft die opzegging de opzegging van de andere in de polis vastgestelde overeenkomst tot gevolg.

Dat verschil wordt in de memorie van toelichting (blz. 37) gerechtvaardigd door de omstandigheid dat de nietigheid een zware sanctie is terwijl de gevolgen van een opzegging minder erg zouden zijn.

Zo'n rechtvaardiging is niet erg overtuigend. De opzegging is immers juist zoals de nietigheid een sanctie - dat is bijvoorbeeld het geval met de opzegging wegens het niet betalen van de premie - en die sanctie kan even zwaar blijken te zijn als de nietigheid. Na de opzegging moet de verzekeringnemer die een nieuwe verzekeringsovereenkomst wil sluiten, die opzegging meedelen aan de nieuwe verzekeraar, die dan ofwel kan weigeren de overeenkomst te sluiten, ofwel het sluiten van de overeenkomst afhankelijk kan stellen van strengere voorwaarden. Er zij bovendien op gewezen dat in de ontworpen wet de nietigheid in veel gevallen wordt vervangen door de opzegging (onopzettelijk verzwijgen of onopzettelijk onjuist meedelen van gegevens, artikel 7; oververzekering, artikel 42).

Daar komt bij dat als de opzegging van een overeenkomst door de verzekeraar automatisch de opzegging van de andere in de polis vastgestelde overeenkomsten meebrengt, men het nut niet goed inziet van het nieuwe voorschrift dat wordt gegeven in het tweede lid van het ontworpen artikel en dat als volgt luidt :

> "Indien de verzekeraar de waarborg met betrekking tot één of meer prestaties opzegt, dan mag de verzekeringnemer de gehele verzekeringsovereenkomst opzeggen" (1),

behalve in het geval van een andersluidend beding. De mogelijkheid om de overeenkomst op te zeggen wordt natuurlijk niet aan de verzekeringnemer geboden om de toepassing ervan tot dat geval alleen te beperken.

Daaruit volgt dat er een onmiskenbare tegenstrijdigheid is tussen het eerste en het tweede lid van het ontworpen artikel.

De hele tekst zou een betere samenhang vertonen als het voorschrift als volgt zou luiden : als verscheidene verzekeringsovereenkomsten in één enkele polis zijn opgenomen, zijn die overeenkomsten van elkaar onderscheiden, zodat de nietigheid en de opzegging van een ervan geen invloed heeft op de andere; het zou slechts anders zijn als de partijen de bedoeling te kennen geven één enkele overeenkomst te sluiten.

---

(1) Dat is een herhaling van artikel 11, eerste lid, van het koninklijk besluit van 1 februari 1988 betreffende de verzekering tegen brand en andere gevaren, wat de eenvoudige risico's betreft.

De gemachtigde ambtenaren hebben toegegeven dat de verzekerde beter beschermd zou zijn als het ontworpen artikel zou worden geredigeerd als volgt :

"Art. 12. Wanneer de verzekeraar zich in een zelfde overeenkomst tot verschillende prestaties verbindt, ofwel wegens de geboden dekking, ofwel wegens de verzekerde risico's, geldt de grond voor nietigheid of de grond voor opzegging van een van die prestaties niet voor de hele overeenkomst, tenzij anders is bedongen.

Indien de verzekeraar de dekking met betrekking tot een of meer prestaties opzegt, mag de verzekeringnemer de hele overeenkomst opzeggen".

Artikel 13.

Eerste lid.

Volgens de verklaringen van de gemachtigde ambtenaren zou het in het eerste lid van het ontworpen artikel neergelegde beginsel van de haalpremie tot gevolg hebben dat enkel de verzekeraars de betaling van de premies kunnen opeisen. De tussenpersonen zouden geen vorderingen tot betaling meer kunnen richten aan de verzekerden, zoals ze dat nu nog doen.

Die bedoeling is echter noch in de ontworpen tekst, noch in de memorie van toelichting verwoord.

.../...

Tweede lid.

Men schrijve : "... is de premiebetaling aan een derde bevrijdend indien ...".

Artikel 14.

Dat artikel bepaalt in het eerste lid de sancties die van toepassing zijn in het geval de premie niet zou worden betaald, namelijk de schorsing van de dekking en de opzegging; die sancties worden afhankelijk gesteld van een voorafgaande ingebrekestelling.

Het eerste lid zou beter worden geredigeerd als volgt :

"Art. 14. Niet-betaling van de premie op de vervaldag kan grond opleveren tot schorsing van de dekking of tot opzegging van de overeenkomst, naar keuze van de verzekeraar, mits de schuldenaar in gebreke is gesteld".

Volgens het tweede lid kan de verzekeringsovereenkomst bepalen dat de waarborg pas aanvangt na de betaling van de eerste premie. Zo'n beding staat vaak in verzekeringsovereenkomsten. Het is bedoeld om te voorkomen dat de verzekeraar dekking moet verlenen terwijl de verzekeringnemer de eerste premie niet zou hebben betaald.

Dat beding, dat de dekking afhankelijk stelt van de betaling van de eerste premie, wordt evenwel slechts als toepasbaar beschouwd als de premie een brengpremie is,

.../...

anders zou de verzekeraar stappen moeten doen voor de uitvoering van de overeenkomst en zou hij zijn dekking niet kunnen weigeren als zich een schadegeval zou voordoen voordat de premie was betaald. Aangezien het voorschrift dat de premie een haalpremie is, van dwingend recht is, kan de premie geen brengpremie meer zijn, waardoor het tweede lid van het ontworpen artikel onwerkzaam dreigt te worden.

Daarom stellen de gemachtigde ambtenaren voor om van het tweede lid van artikel 14 het tweede lid van artikel 13 te maken en om in het hierboven beschouwde geval af te wijken van de algemeenheid van het beginsel dat de verzekeringspremie een haalpremie is.

De tekst van artikel 13, tweede lid, zou dan geredigeerd zijn als volgt :

"Als de verzekeringsovereenkomst evenwel bepaalt dat de dekking pas ingaat na de betaling van de eerste premie, is deze een brengpremie".

Wat het dwingende karakter van het artikel betreft, wordt verwezen naar algemene opmerking II.

Artikel 15.

De verzekerde zou een betere bescherming genieten als de in het tweede lid bepaalde termijn zou ingaan vanaf de ontvangst van de aangetekende brief.

.../...

Artikel 16.

Het tweede lid zou beter worden geredigeerd als volgt :

"Als de dekking geschorst is, wordt als gevolg van de betaling van de achterstallige premies door de verzekeringnemer, in voorkomend geval vermeerderd met de interesten en de kosten van gerechtelijke invordering, een einde gemaakt aan die schorsing".

Artikel 17.

In het tweede lid schrijve men in de Franse tekst : "... afférentes à deux années consécutives".

Artikel 18.

Op de vraag naar de uitzonderingen die door de ontworpen wet worden gemaakt op de in artikel 18 bepaalde regel, hebben de ambtenaren geen bevredigend antwoord kunnen geven. Uit de lezing van heel het ontwerp kon niet worden opgemaakt dat er uitdrukkelijke uitzonderingen zijn op de regel van het premiekrediet.

In de memorie van toelichting en meer bepaald in het commentaar bij het ontworpen artikel zou de nodige uitleg moeten worden gegeven om de door de wet gemaakte uitzonderingen te kunnen terugvinden.

.../...

In het tweede lid is het beter om te schrijven :

"Bij gedeeltelijke opzegging of bij enige vermindering van de dekking ...".

Artikel 21.

Voor het begrip "vermindering van de dekking" en het dwingende karakter van de wetsbepalingen ten voordele van de verzekeraar, wordt verwezen naar de opmerking bij artikel 11 en naar algemene opmerking II.

Het slot van paragraaf 3 zou beter worden geredigeerd als volgt :

"... zelfs als de verzekeraar er geen enkel nadeel van heeft ondervonden".

Artikel 24.

In de Franse tekst van het tweede lid is het beter te schrijven :

"... si celui-ci ne naît pas".

Artikel 25.

Ter wille van de overeenstemming tussen de Franse en de Nederlandse tekst schrijve men aan het begin van het tweede lid : "Indien de contractanten ...".

.../...

Artikel 26.

Paragraaf 1.

1. De in paragraaf 1, eerste lid, gestelde regel is zowel van toepassing op de vermindering van het risico als op de verzwaring ervan. Het zou bijgevolg beter zijn van dat lid een afzonderlijk artikel te maken dat vóór artikel 25 zou komen te staan.

De nummering van de artikelen moet bijgevolg worden gewijzigd en de verwijzingen naar de artikelen van de ontworpen wet zullen moeten worden herzien.

2. In de Franse tekst van het derde lid van paragraaf 1 moet het woord "alors" vervallen.

3. In het laatste lid van paragraaf 1 zou het beter zijn de woorden "het feit dat het risico verzwaard is" te vervangen door de woorden "de verzwaring van het risico".

Paragrafen 2 en 3.

De paragrafen 2 en 3 van het ontworpen artikel regelen de gevolgen van een schadegeval dat zich voordoet na de verzwaring, naar gelang de verzekeringnemer van die verzwaring al dan niet kennis heeft gegeven.

Als de verzekeringnemer kennis heeft gegeven van de verzwaring en als het schadegeval zich voordoet wanneer

de wijziging of de opzegging nog geen uitwerking heeft, is de verzekeraar ertoe gehouden de beloofde dekking te verlenen.

Als de verzekeringnemer de vereiste kennisgeving niet heeft gedaan, dienen de volgende situaties te worden beschouwd :

a) het ontbreken van de kennisgeving kan de verzekeringnemer niet worden verweten, bijvoorbeeld omdat hij niet op de hoogte was van de verzwaring : de verzekeraar is de dekking verschuldigd;

b) het ontbreken van de kennisgeving kan de verzekeringnemer worden verweten. De verzekeraar is ertoe gehouden de verzekeringsprestatie te leveren, maar alleen naar de verhouding tussen de betaalde premie en de premie die had moeten worden betaald ten gevolge van de risicoverzwaring;

c) als de verzekeraar bewijst dat hij het verzwaarde risico niet zou hebben verzekerd, beperkt zijn prestatie zich tot het teruggeven van de betaalde premies.

Wanneer de verzekeringnemer met bedrieglijk opzet heeft gehandeld, is de overeenkomst nietig volgens § 3, c, en heeft de verzekeraar het recht de premies te behouden. Deze laatste oplossing verschilt van die waarin artikel 27 van het ontwerp L. 15.456/9 voorziet, volgens welke de verzekeraar het recht had iedere dekking af te wijzen en de premies te behouden.

.../...

Op de ontworpen tekst zijn aanmerkingen te maken in zoverre hij voor de verzekeringnemer die te kwader trouw handelt, in geval van verzwaring van het risico in de loop van de overeenkomst, dezelfde strafmaatregel toepast als die welke wordt toegepast op de verzekeringnemer die te kwader trouw is in geval van verzwijgen of onjuist meedelen van gegevens bij het sluiten van de overeenkomst. In dat laatste geval is de nietigheid verantwoord omdat de toestemming van de verzekeraar voor de verzekeringsovereenkomst waardeloos is gemaakt. In het eerste geval daarentegen is de overeenkomst niet nietig zodra zij gesloten is, maar is het de uitvoering ervan die wordt verzwaard voor de verzekeraar en is er geen reden om een strafmaatregel toe te passen die bestemd is voor onregelmatigheid bij het sluiten van de overeenkomst.

In het beschouwde geval dient men dus terug te vallen op de in artikel 27, § 4, van het ontwerp L. 15.456 bepaalde sanctie, namelijk de weigering om het schadegeval te dekken, waarbij de verzekeringsovereenkomst gehandhaafd blijft en de premies bijgevolg in het bezit blijven van de verzekeraar.

Onder voorbehoud van die opmerking zou het beter zijn de tekst van paragraaf 3 als volgt te stellen :

"§ 3. Als zich een schadegeval voordoet en de verzekeringnemer de in paragraaf 1 (die artikel 24 wordt) bedoelde verplichting niet is nagekomen :

a) is de verzekeraar ertoe gehouden de overeengekomen prestatie te leveren wanneer het ontbreken van de kennisgeving niet kan worden verweten aan de verzekeringnemer;

.../...

b) is de verzekeraar er slechts toe gehouden de prestatie te leveren naar de verhouding tussen de betaalde premie en de premie die de verzekeringnemer had moeten betalen indien de verzwaring in aanmerking was genomen, wanneer het ontbreken van de kennisgeving aan de verzekeringnemer kan worden verweten;

c) ...

Wanneer evenwel de verzekeraar het bewijs levert dat hij het verzwaarde risico in geen geval verzekerd zou hebben ... de terugbetaling van alle betaalde premies".

Artikel 29.

In het geval dat de wijziging van de structuur van afdeling I wordt aangenomen, dient te worden verwezen naar artikel 4, § 2, en niet naar artikel 5, § 2.

Het zou beter zijn paragraaf 2 als volgt te stellen :

"Behoudens voor de in de artikelen 5, § 2, 16 en 31, § 1, tweede lid, bedoelde gevallen heeft de opzegging eerst uitwerking na het verstrijken van een termijn van ten minste een maand te rekenen vanaf de datum van het exploot of van het ontvangstbewijs of, in het geval van een aangetekende brief, vanaf de derde werkdag die volgt op de afgifte ervan bij de post.

.../...

De in het eerste lid bedoelde termijn moet worden vermeld in de overeenkomst en moet worden herhaald in de opzeggingsakte".

Afdeling IX.

Het zou beter zijn het opschrift van afdeling IX als volgt te stellen :

"Duur en einde van de overeenkomst".

Hetzelfde opschrift wordt voorgesteld voor artikel 30.

Artikel 31.

In paragraaf 1, eerste lid, schrijve men :

"§ 1. In de gevallen waarin ..., beschikt de verzekeringnemer over hetzelfde recht" ...

Artikelen 32 en 33.

Deze artikelen betreffen het faillissement of het gerechtelijk akkoord met boedelafstand van een van de partijen bij de overeenkomst.

De ontworpen artikelen stellen dat in de twee voormelde gevallen de verzekeringsovereenkomst blijft be-

.../...

staan ten voordele van de massa van de schuldeisers maar dat elke partij - verzekeraar, schuldeisers - de mogelijkheid behoudt om de verzekeringsovereenkomst op te zeggen.

In de voormelde artikelen wordt de termijn niet bepaald waarbinnen de opzegging door de verzekeraar of door de wettelijke vertegenwoordiger van de schuldeisers uitwerking heeft. Artikel 29 van het ontwerp heeft alleen betrekking op de opzegging door de verzekeraar of door de verzekeringnemer en niet op die ten voordele van de schuldeisers bij faillissement of bij gerechtelijk akkoord met boedelafstand. Die verduidelijking zou in het ontworpen artikel moeten worden aangebracht.

In het ontworpen artikel wordt niets gezegd over het faillissement van de verzekeraar. Sedert de inwerkingtreding van de wet van 9 juli 1975 betreffende de controle der verzekeringsondernemingen, kan de Controledienst voor de Verzekeringen weliswaar maatregelen treffen om de faillietverklaring te vermijden, onder meer een herstelplan opleggen volgens artikel 26, § 2, vierde lid, van de voormelde wet en het vrij beschikken over de activa van de onderneming verbieden of beperken volgens artikel 26, §§ 1 en 2, vierde lid van dezelfde wet. De wetgever heeft evenwel niet uitgesloten dat een verzekeringsonderneming failliet kan worden verklaard. De artikelen 46 en 47 van dezelfde wet hebben betrekking op "de faillissementen en analoge procedures"; artikel 47, § 1, wijkt af van artikel 442 van boek III van het Wetboek van Koophandel door te stellen dat het faillissement van een verzekeringsonderneming door de rechtbank alleen kan worden uitgesproken op verzoek van de Controledienst voor de Verzekeringen.

.../...

Volgens de gemachtigde ambtenaren is het faillissement van de verzekeraar niet in ogenschouw genomen omdat volgens artikel 47, § 3, vierde lid, van de wet van 9 juli 1975 betreffende de controle der verzekeringsondernemingen de Koning gemachtigd is om te bepalen wat er met de lopende verzekeringsovereenkomsten moet geschieden.

Die machtiging lijkt te zijn opgevat in te ruime bewoordingen die niet bestaanbaar zijn met het fundamentele beginsel volgens hetwelk "de overeenkomsten die wettig zijn aangegaan (...) degenen die deze hebben aangegaan tot wet (strekken)" (artikel 1134 van het Burgerlijk Wetboek). Alleen de wetgever (of de Koning met een duidelijke machtiging) zou van dat beginsel kunnen afwijken.

Daaruit volgt dat de artikelen 32 en 33 zouden moeten worden aangevuld om te bepalen wat er gebeurt met de verzekeringsovereenkomsten bij faillissement of gerechtelijk akkoord van de verzekeraar (1).

Artikel 34.

In paragraaf 2, eerste en tweede lid, zou het beter zijn te schrijven :

"... of, indien er misdrijf is ...";

---

(1) Zie in die zin artikel 32 van het ontwerp van wet op de verzekeringsovereenkomst voorbereid door professor VAN DIEVOET alsook artikel 113-6 van de "Code français des assurances".

Artikel 35.

Paragraaf 1 van het ontworpen artikel wijkt af van artikel 2252 van het Burgerlijk Wetboek dat als volgt luidt :

> "de verjaring loopt niet tegen minderjarigen en onbekwaamverklaarden ... met uitzondering van de (andere) bij de wet bepaalde gevallen" (1).

De afwijking is gewettigd door de bestaansreden van een driejarige verjaring, namelijk het verdwijnen van de bewijs- en controlemiddelen vermijden.

Het doel zou niet bereikt zijn indien de verzekerde of zijn rechthebbenden een vordering konden instellen die voortvloeit uit de verzekeringsovereenkomst vele jaren na de gebeurtenis die aanleiding heeft gegeven tot die vordering.

In paragraaf 2 wordt rekening gehouden met een rechtspraak waarvan in het advies L. 15.456/9 het bestaan was vermeld. De verjaring wordt geschorst zolang de verzekerde, de begunstigde of de benadeelde wegens overmacht in de onmogelijkheid verkeert om op te treden.

Er dient op te worden gewezen dat, luidens de bewoordingen van de genoemde paragraaf, de benadeelde derde, dat wil zeggen hij die een rechtstreekse vordering bezit

---

(1) Zie Cassatie 21 april 1961, Revue générale des assurances et responsabilités 1963, nr. 7088.

tegen de verzekeraar van degene die de schade heeft veroorzaakt, zich eveneens op die bepaling kan beroepen. Maar de wet van 21 november 1989 voorziet in de verjaring van de rechtstreekse vordering van de benadeelde zonder gewag te maken van de schorsing van de verjaringstermijn wegens de onmogelijkheid om op te treden door overmacht. Dat de ontworpen paragraaf 2 toepassing kan vinden op de in de voormelde wet bedoelde rechtstreekse vordering kan worden betwijfeld, maar de ontworpen paragraaf zou daarentegen kunnen worden toegepast telkens als de wet die ten voordele van de benadeelde een eigen recht in het leven heeft geroepen, niets zegt in verband met de verjaring van de vordering die strekt tot het uitoefenen van dat eigen recht.

Volgens de paragrafen 3 en 4 wordt de verjaring gestuit door het tijdig aanmelden van het schadegeval (§ 3) en door de besprekingen tussen verzekeraar en benadeelde (§ 4).

De bepaling van paragraaf 4 is de weergave van artikel 15, § 1, tweede lid, van de wet van 21 november 1989 betreffende de verplichte aansprakelijkheidsverzekering inzake motorrijtuigen; die bepaling is niet overbodig daar zij toepassing zou kunnen vinden op de andere rechtstreekse vorderingen dan die waarin is voorzien in geval van aansprakelijkheid ten gevolge van een verkeersongeval; dat lijkt de bedoeling te zijn van de stellers van het ontwerp.

De in paragraaf 3 opgenomen regel is nieuw. De nieuwe stuitingsreden, namelijk het melden van het schadegeval, lijkt niet van toepassing op de verzekeringsovereenkom-

sten die geregeld worden in een bijzondere wet houdende bepalingen inzake verjaring en stuiting van die verjaring.

Artikel 36.

Het ontworpen artikel kwam niet voor in het ontwerp L. 15.456/9. Het zorgt ervoor dat het beding, waarin wordt bepaald dat de partijen bij de overeenkomst er zich toe verbinden de geschillen betreffende de verzekeringsovereenkomst die zij hebben gesloten voor te leggen aan scheidsrechters, niet kan worden tegengeworpen aan de verzekeringnemer, de verzekerde en de derde begunstigde.

Dat beding kan inderdaad niet worden tegengeworpen aan de begunstigde derde omdat de overeenkomst het naleven van een verplichting niet kan opleggen aan een persoon die geen partij is bij de overeenkomst. Het is daarentegen strijdig met het beginsel van de overeenkomst - wet dat het arbitragebeding niet kan worden tegengeworpen aan de verzekeringnemer.

Als de stellers van de ontworpen wet bijgevolg, om de in de memorie van toelichting uiteengezette redenen (blz. 55 tot 57) elk beroep op arbitrage wensen uit te sluiten, moet niet worden bepaald dat het arbitragebeding niet tegenwerpbaar is maar dat het nietig is.

De tekst moet in die zin worden herzien.

.../...

Artikel 37.

Het zou beter zijn het slot van artikel 37 als volgt te stellen : "... bij het behoud van de zaak of bij de gaafheid van het vermogen".

Artikel 39.

1. Het zou beter zijn het opschrift van artikel 39 als volgt te stellen : "Omvang van de verzekeringsprestatie".

2. Het verdient de voorkeur het artikel in te delen in twee afzonderlijke leden en ze onderling van plaats te verwisselen : de tweede zin wordt het eerste lid en de eerste zin wordt het tweede lid.

Het eerste lid zou beginnen met de woorden "De schade kan onder meer bestaan ..." en het tweede lid met de woorden "De prestatie die de verzekeraar verschuldigd is ...".

Artikelen 42, 43 en 44.

1. Uit de uitleg die door de gemachtigde ambtenaren is verstrekt, blijkt dat de oververzekering bedoeld in de ontworpen artikelen 42 en 43 anders wordt opgevat dan in de huidige rechtsregeling van de verzekeringen.

Van oververzekering is er sprake in het geval de verzekerde waarde hoger is dan de reële waarde van een goed, ofwel wanneer een of meer verzekeringsovereenkomsten worden aangegaan bij een zelfde verzekeraar, ofwel wanneer verscheidene verzekeringsovereenkomsten worden aangegaan bij verschillende verzekeraars.

Die nieuwe begripsomschrijving van de oververzekering (1) zou in de ontworpen tekst moeten worden opgenomen en zou moeten worden toegelicht in de memorie van toelichting.

2. De regel die het mogelijk maakt het beginsel tot vergoeding van schade in acht te nemen is, in geval van goede trouw van de verzekerde, de vermindering van de verzekerde waarde van de overeenkomst(en), tot de reële waarde van het verzekerde goed of van het goed waarop de verzekerde aansprakelijkheid betrekking heeft, met dien verstande dat de vermindering wordt toegepast in de omgekeerde volgorde van de data waarop de meervoudige overeenkomsten zijn aangegaan. De overeenkomsten worden van rechtswege opgezegd tot het beloop van hun overwaarde, hetzij gedeeltelijk, hetzij in hun geheel naar gelang van het geval. Normaliter zou de regel van artikel 18 van de

---

(1) VAN RYN en HEENEN, Principes de droit commercial, IV, Bruylant uitg. 1965, nr. 2474 (surassurance) en nr. 2477 (assurances multiples ou assurance cumulative); in Frankrijk : LAMBERT - FAIVRE, Droit des assurances, Précis Dalloz, tweede uitgave, nrs. 198 tot 206, in het bijzonder nr. 202.

ontworpen wet, bij opzegging, moeten gelden voor de premies die niet in verband staan met een gedekt risico waaraan bloot is gestaan, tenzij die opzegging een van de "uitzonderingen (is) waarin de wet voorziet" en waarvan sprake is aan het begin van het eerdergenoemde artikel 18. Voorts zou ook de premie die verband houdt met de verminderde dekking moeten worden verminderd.

De vermindering op basis van het ontworpen artikel zou alleen toepasselijk kunnen zijn op de overeenkomsten voor de verzekering van zaken en van aansprakelijkheid met een bepaald voorwerp, met uitsluiting van overeenkomsten voor de verzekering van aansprakelijkheid met een onbepaald voorwerp.

Volgens de memorie van toelichting (blz. 61) is artikel 42 immers toepasselijk "los beschouwd van enig schadegeval". In de verzekering van zaken en in de verzekering van aansprakelijkheid met een bepaald voorwerp is er weliswaar een waarde die kan worden bepaald alvorens zich enig schadegeval voordoet, doch dit is niet het geval in de verzekering van aansprakelijkheid met een onbepaald voorwerp, waar niet kan worden uitgemaakt of er een oververzekering is vóór de schade is aangericht.

In artikel 44, § 2, wordt overigens een onderscheid gemaakt tussen de verzekeringen waarin "de waarde van het verzekerbaar belang bepaalbaar is" en die waarin er geen bepaalbare waarde is. In dit laatste geval wordt voorzien in de toepassing van een regel die verschilt van die van de vermindering (§ 2, 2°).

.../...

Hieruit volgt dat artikel 43 van het ontwerp niet toepasselijk is wanneer het totale bedrag van verscheidene aansprakelijkheidsverzekeringen met een onbepaald voorwerp hoger ligt dan het bedrag van het schadegeval en wanneer de verzekerde te kwader trouw is. Het gemeen recht van de verbintenissen uit overeenkomst zou het mogelijk maken die verzekeringen nietig te doen verklaren omdat ze in strijd zijn met de openbare orde. In de ontworpen wet is er echter geen bepaling te vinden op grond waarvan de verzekeraar de premies kan inhouden wanneer de verzekerde te kwader trouw is.

Het zou dus beter zijn dat dit geval in de ontworpen wet wordt geregeld.

3. Volgens de uitleg die de gemachtigde ambtenaren hebben verstrekt, geschiedt de vermindering alvorens zich enig schadegeval voordoet.

Wil men werk maken van die vermindering, dan moet men kennis hebben van alle verzekeringsovereenkomsten die met betrekking tot hetzelfde voorwerp en hetzelfde risico zijn aangegaan. Indien alle overeenkomsten bij dezelfde verzekeraar zijn aangegaan, zal die vermindering geen probleem opleveren. Indien de overeenkomsten daarentegen bij verschillende verzekeraars zijn gesloten, zal die vermindering pas mogelijk zijn als alle door de verzekeringnemer gesloten overeenkomsten bekend zijn. Die gegevens kunnen aan het licht komen bij een verzekeringsvoorstel

indien de verzekeringnemer melding heeft gemaakt van de vroeger gesloten overeenkomsten. De verzekeringnemer zou echter, zonder daarom te kwader trouw te zijn, een onvolledige opgaaf kunnen doen van de verschillende door hem gesloten overeenkomsten. Dit zou het geval kunnen zijn wanneer de door de verzekeringnemer gesloten overeenkomsten in verschillende verbanden zijn gesloten met sommige dekkingen die samenlopen (geval in ogenschouw genomen door de gemachtigde ambtenaren), of wanneer een van de meervoudige overeenkomsten is gesloten door een derde die er belang bij heeft een goed te verzekeren dat hij in zijn bezit heeft. Het aangeven van de vroeger gesloten verzekeringen waartoe de verzekeringnemer bij het sluiten van een brandverzekering wordt verplicht door artikel 13, § 2, van het koninklijk besluit van 1 februari 1988 betreffende de verzekering tegen brand en andere gevaren wat de eenvoudige risico's betreft, zou een theoretische verplichting kunnen blijken te zijn. Hetzelfde zou kunnen worden gezegd van de verplichting voor de verzekeringnemer om aan de vorige verzekeraars kennis te geven van het sluiiten van latere overeenkomsten met betrekking tot hetzelfde risico en die hetzelfde risico dekken (ontwerp Van Dievoet, artikel 41).

Het is niet duidelijk hoe men de vermindering zou kunnen toepassen indien er meervoudige verzekeringen zijn gesloten en sommige van die overeenkomsten onbekend blijven.

Het is veeleer bij een schadegeval dat de verzekeringnemer er zich rekenschap van geeft dat verscheidene overeenkomsten hetzelfde goed dekken ten belope van een totaal bedrag dat hoger ligt dan de reële waarde van dit

goed en dat hij zulks moet melden wil hij vermijden dat hem wordt verweten te kwader trouw te hebben gehandeld.

Hieruit volgt dat het moeilijk doenlijk lijkt de verschillende overeenkomsten te verminderen alvorens zich een schadegeval heeft voorgedaan en dat zulks alleen mogelijk schijnt te zijn na het schadegeval. In de tekst van de ontworpen wet wordt de verzekeringnemer er echter niet toe verplicht om tegelijk met het schadegeval aangifte te doen van de verzekeringen die "een zelfde belang tegen hetzelfde risico bij verscheidene verzekeraars" dekken, te melden.

4. Het ontworpen artikel 44 heeft, enerzijds, betrekking op de regeling van een schadegeval zowel ten opzichte van de verzekerde als onder de verzekeraars, wanneer de dekkingen van de verschillende overeenkomsten overeenkomen met de werkelijke waarde van het goed (§ 1, § 2, 1°, en § 3) en, anderzijds, de regeling van het schadegeval in het geval van verscheidene verzekeringen van aansprakelijkheid met een onbepaald voorwerp (§ 2, 2° en 3°, en § 3). Bovendien wordt dit artikel voorafgegaan door een opschrift dat door het gebruik van de woorden "in geval van samenloop van verzekeringen" verwarring kan wekken.

In werkelijkheid kunnen de woorden "samenloop van verzekeringen" slechts van toepassing zijn op het in paragraaf 2, 2°, bedoelde geval, namelijk het cumuleren van aansprakelijkheidsverzekeringen met een onbepaald voorwerp en de wijze waarop het bedrag van het schadegeval over die

.../...

verschillende verzekeringen wordt verdeeld. In de paragrafen 1 en 2, 1°, en 3 gaat het daarentegen om meervoudige verzekeringen, waardoor een schadegeval kan worden gedekt zonder overwaarde, en in dat tweede geval is er geen samenlopende verzekering. In feite bestaat het doel van de paragrafen 1, 2, 1°, en 3 erin een regeling te treffen voor de dekking van een schadegeval door meervoudige verzekeringen zonder overschrijding van de verzekerde waarde.

Daaruit volgt dat het beter zou zijn van artikel 44 twee afzonderlijke teksten te maken. De ene tekst zou dan betrekking hebben op de regeling van een schadegeval door verzekeraars van wie de dekking gelijk is aan de reële waarde van het verzekerde goed of van het goed waarop de verzekerde aansprakelijkheid betrekking heeft; de andere tekst zou betrekking hebben op de samenloop van aansprakelijkheidsverzekeringen waarvan de waarde niet bepaalbaar is en zou op zichzelf de tekst van artikel 44 vormen.

5. Artikel 44 bevat een geheel van regels volgens welke de last van een schadegeval zal moeten worden omgeslagen over verscheidene verzekeraars die hetzelfde risico verzekerd hebben ten voordele van een zelfde verzekeringnemer. Elk van hen moet vanzelfsprekend aan de verzekerde schadevergoeding betalen overeenkomstig de verzekeringsovereenkomst die ze met elkaar hebben gesloten; de verzekeraar kan, na te hebben geregeld wat hij verschuldigd is, daarna van de andere verzekeraars eisen dat ze een deel van zijn eigen schuld dragen. Zodoende wordt de definitieve last van het schadegeval omgeslagen; de berekening van die omslag

geschiedt volgens de in hetzelfde artikel 44 bepaalde regels, maar de verzekeraars mogen een andere verdeelsleutel bedingen.

Bij die rechten van verhaal en bij die omslagregeling zijn opmerkingen van diverse aard te maken.

Ze voeren in de wetgeving een uitzondering van formaat in op het beginsel van de relatieve uitwerking van de overeenkomsten, welk beginsel is neergelegd in artikel 1165 van het Burgerlijk Wetboek, volgens hetwelk overeenkomsten aan derden evenmin nadeel mogen toebrengen als ze hen tot voordeel mogen strekken. Aangezien de ontworpen regels tot gevolg hebben dat de verzekeraar die het verschuldigde betaald heeft, bij een andere verzekeraar een gedeelte van de gestorte som mag verhalen, verlenen ze hem het recht om zich tegen deze laatste te beroepen op een overeenkomst waarbij hij geen partij is en waarvan hij het bestaan zelfs alleen maar bij toeval kan hebben gekend, zodra het schadegeval zich heeft voorgedaan en geregeld is. Wanneer een verzekeraar zich verhaalt op een andere, steunt hij dus wel degelijk op een overeenkomst die hij zelf niet heeft aangegaan. Het is ook uit die overeenkomst dat de verzekeraar die de schade heeft vergoed, profijt trekt, vermits de afwikkeling die hij verricht heeft, deze is die in elk geval verricht had moeten worden, zelfs wanneer hij de enige was geweest die het ontstane schadegeval verzekerd had.

Het is trouwens om die reden dat bij artikel 44 van het ontwerp een andere opmerking te maken valt uit het

oogpunt van het beginsel volgens hetwelk niemand zich mag verrijken op kosten van een ander. De verzekeraar die het verhaal uitoefent, zal immers profijt trekken uit een overeenkomst waarmee, op het ogenblik dat hijzelf de overeenkomst heeft aangegaan die hem met de verzekerde bindt, geen rekening zal kunnen zijn gehouden, aangezien hij daarbij geen partij is en van het bestaan ervan zelfs niet op de hoogte kan zijn. De voorwaarden, inzonderheid het bedrag van de premie, zullen opgesteld zijn zonder rekening te houden met de verlichting die de verzekeraar eventueel te beurt zou kunnen vallen als gevolg van een of meer overeenkomsten die hij niet kent of waarvan hij niet kan denken dat ze ooit zullen worden aangegaan. Is een zelfde risico meerdere malen verzekerd, dan zal elke verzekeraar dus in aanmerking komen voor een definitieve vermindering van zijn prestatie. Voor die vermindering zal de verzekerde gezorgd hebben, die van zijn kant, door ook elders een verzekering aan te gaan, een voorzorgsmaatregel getroffen heeft waarvan hij alleen de last draagt, doordat de verzekeraar, wat hem betreft, aan de verzekerde geen enkele premievermindering heeft toegestaan wegens het reële of eventuele bestaan van die andere overeenkomsten. Door het verhaal verrijkt de verzekeraar zich en de oorzaak van die verrijking is een overeenkomst waarvan de verzekerde, en hij alleen, de kosten heeft gedragen; de verrijking van de verzekeraar is dus het resultaat van de verarming van de verzekerde. Het is immers merkwaardig dat het door artikel 44 van het ontwerp ingestelde mechanisme de verzekerde geen voordeel oplevert, zelfs niet het voordeel van hem "de taak ... te vergemakkelijken", zoals in de memorie van toelichting wordt gezegd (blz. 62), want paragraaf 1 preciseert dat de

verzekerde alleen van welke verzekeraar ook schadevergoeding kan vorderen "binnen de grenzen van ieders verplichtingen en ten belope van de vergoeding waarop hij recht heeft".

Ten slotte zouden de verhaalmogelijkheden ingesteld bij artikel 44 geduchte problemen kunnen doen rijzen wanneer - en zulks zou in een nabije toekomst meer en meer kunnen voorkomen - de verschillende overeenkomsten die een zelfde verzekerde heeft aangegaan voor een zelfde risico, niet alle onder dezelfde wet zouden vallen. Volgens welke wet zouden in zo'n geval het bestaan van het verhaal en de wijzen waarop het uitgeoefend kan worden beoordeeld moeten worden ? Zou het de wet van de verzekeraar zijn die de vergoeding heeft betaald, of de wet van degene waartegen het verhaal wordt uitgeoefend, of nog de wet van de plaats waar het schadegeval zich heeft voorgedaan ? De voorzichtigheid gebiedt weliswaar thans nog geen regel te stellen waarvan de nadere uitwerking op het internationale vlak beslist des te kieser zal zijn daar het mogelijk is dat de concurrentievoorwaarden erdoor niet ongemoeid gelaten worden.

De conclusie is dan ook dat het beter zou zijn de strekking van artikel 44 te beperken tot de loutere regeling van de schade bij samenlopende aansprakelijkheidsverzekeringen waarbij de verzekerde waarde niet bepaalbaar is. Wordt de tekst van het ontworpen artikel echter in zijn geheel gehandhaafd, dan zou voor de uitzonderingen die daarin worden aangebracht op beginselen die behoren tot de meest fundamentele beginselen van het privaatrecht, op zijn minst

op uitdrukkelijke en overtuigende wijze een verklaring moeten worden gegeven (1).

Artikel 45.

Paragraaf 1.

Paragraaf 1 zou beter als volgt worden geredigeerd :

"§ 1. Indien de waarde van het risico bepaalbaar is en indien het verzekerde bedrag lager is dan die waarde, dan is de verzekeraar slechts tot prestatie gehouden naar de verhouding van dat bedrag tot die waarde".

Paragraaf 2.

De woorden "Ter uitvoering van deze wet of van de wet van 9 juli 1975 betreffende de controle der verzekeringsondernemingen" moeten als overbodig vervallen.

---

(1) Er dient op gewezen te worden dat het ontwerp VAN DIEVOET, waarvoor in ruime mate aansluiting is gezocht bij de Franse wet, geen enkele bepaling bevat die in geval van meervoudige verzekeringen zonder overwaarde, de verzekeraar die als enige de schade heeft vergoed, een verhaal laat uitoefenen op de overige verzekeraars, tot betaling van hun respectieve aandeel in de schade.

Artikel 46.

Het eerste lid zou beter als volgt worden gerediGeerd :

"Art. 46. In geval van overlijden van de verzekeringnemer, gaan de rechten en verplichtingen uit de verzekeringsovereenkomst over op die erfopvolgers die een belang blijven hebben bij die verzekering".

Het begin van het tweede lid zou beter als volgt worden gesteld :

"De rechtverkrijgende en de verzekeraar kunnen evenwel ...".

Artikel 9 van het koninklijk besluit van 1 februari 1988 betreffende de verzekering tegen brand en andere gevaren bevat een soortgelijke regel, maar van de opzegging wordt bij een ter post aangetekende brief of bij gerechtsdeurwaardersexploot kennis gegeven uiterlijk drie maanden en veertig dagen na het overlijden en op voorwaarde dat een opzeggingstermijn van één maand wordt nageleefd.

In de memorie van toelichting bij de ontworpen wet wordt niet uitgelegd waarom het ontworpen artikel verschilt van artikel 9 van het koninklijk besluit van 1 februari 1988. Het zou verkieslijk zijn de ontworpen bepaling in overeenstemming te brengen met het genoemde artikel van het voormelde koninklijk besluit.

Artikel 51.

Het zou beter zijn te schrijven :

"Art. 51. Het beginsel van schadevergoeding.

Elke schadeverzekering is een verzekering tot vergoeding van schade".

Artikel 55.

De voorafgaande taxatie waarvan sprake in het ontworpen artikel is een overeenkomst waarbij de partijen de waarde van de verzekerde zaak in geval van schade vaststellen. De schadevergoeding wordt berekend op grond van die waarde. Dat beding moet dienen om betwistingen te vermijden over de waarde van de verzekerde zaak die in aanmerking moet worden genomen voor het bepalen van de schade.

Met betrekking tot artikel 53 van ontwerp L. 15.456/9, heeft de Raad van State de volgende opmerking gemaakt :

> "Het artikel stelt de verzekeraar (...) in staat de getaxeerde waarde te verminderen op grond van een subjectief criterium, namelijk de aanzienlijke waardevermindering. Het in aanmerking nemen van zo'n vaag criterium (...) zou tot gevolg hebben dat het akkoord tussen de partijen geen enkel nut meer oplevert".

In de ontworpen tekst hebben de auteurs zich ertoe bepaald de woorden "valeur notable" te vervangen door de woorden "valeur sensible", terwijl in de Nederlandse tekst nog steeds sprake is van "aanzienlijke waardevermindering". De opmerking over de vaagheid van het criterium blijft dan ook gelden.

Volgens de memorie van toelichting (blz. 76), heeft de Regering de opmerking van de Raad van State niet gevolgd omdat "er moet worden rekening gehouden met andere oorzaken van waardevermindering en meer bepaald met oorzaken die vreemd zijn aan de verzekerde zaak".

Het beding van voorafgaande taxatie verliest dus voor een groot deel zijn nut, dat erin bestaat elke betwisting uit te sluiten op het ogenblik dat de schade zich voordoet.

De woorden "de vermindering van de verzekering vragen of de overeenkomst opzeggen" zijn niet duidelijk. De bedoelde overeenkomst is niet de verzekeringsovereenkomst maar de overeenkomst waarbij de getaxeerde waarde is vastgesteld. Het zou derhalve beter zijn te schrijven : "het bedrag van de getaxeerde waarde verminderen of een einde maken aan het beding waarin het akkoord van de partijen over de waarde van het verzekerde goed wordt vastgesteld".

Artikel 56.

Er zij verwezen naar de algemene opmerking I.

.../...

Artikel 60.

In de Franse tekst van het eerste lid, eerste volzin, moet het woord "il" worden vervangen door de woorden "celui-ci".

In de tweede volzin schrijve men : "Het voorrecht geldt slechts ...".

Artikel 61.

De gegeven tekst van artikel 61 zou de indruk kunnen wekken dat de schade veroorzaakt door het getroffen worden door voertuigen of door dieren gedekt zou zijn.

Een zodanige redactie is strijdig met de bedoeling van de steller van het ontwerp, zoals die in de memorie van toelichting te kennen gegeven wordt.

Het artikel moet zo worden herzien dat gepreciseerd wordt dat branden veroorzaakt door het getroffen worden door voertuigen of door dieren gedekt worden.

Artikel 62.

In de inleidende volzin is er een gebrek aan overeenstemming tussen de Franse en de Nederlandse tekst, doordat in de eerste wordt gewerkt met het woord "sinistre" en in de tweede met het woord "risico". Die discordantie moet weggewerkt worden.

Artikel 63.

Volgens de memorie van toelichting (blz. 85 bovenaan), mogen de partijen niet afwijken van het ontworpen artikel, maar "kunnen (ze) wel zekere in de overeenkomst bepaalde goederen van dekking uitsluiten".

Dat voorbehoud moet uitgedrukt worden in de tekst van het ontworpen artikel.

Artikel 64.

Artikel 64 zou beter als volgt worden geredigeerd :

"Art. 64. Tenzij anders is bedongen wordt de schade voortkomend uit lichamelijke letsels niet gedekt door de verzekering van de aansprakelijkheid opgelopen ten gevolge van een schadegeval dat de in de overeenkomst aangewezen goederen treft en waarvan de oorzaak of het voorwerp wordt vermeld in de artikelen 61 tot 63".

Artikel 65.

Er wordt in overweging gegeven artikel 65 als volgt te redigeren :

"Art. 65. De verzekeraar kan de verzekeringnemer niet de verplichting opleggen door hem te laten verzekeren :

.../...

1° bedragen die de verzekerde bedragen overschrijden;

2° andere schade dan die waarvoor aanvankelijk dekking is verleend".

Artikel 66.

Aan het begin van paragraaf 2 schrijve men :

"§ 2. De schorsing van de dekking van de verzekeraar, de vermindering van het bedrag ...".

In het tweede lid is er sprake van de wijze waarop de hypothecaire of bevoorrechte schuldeiser kan vermijden dat de sanctie wegens wanbetaling van de premie aan hem wordt tegengeworpen. Volgens de tekst van dat lid is dit "de schorsing (van de dekking), de vermindering of de opzegging".

Artikel 14 van de ontworpen wet luidt :

> "Niet-betaling van de premie op de vervaldag kan grond opleveren tot schorsing van de dekking of tot opzegging van de overeenkomst mits de schuldenaar in gebreke is gesteld".

De enige twee sancties waarin de genoemde tekst voorziet zijn de schorsing van de dekking en de opzegging, hetgeen door artikel 16 van de ontworpen wet wordt bevestigd.

De vermindering, waarvan eveneens sprake is in de ontworpen tekst, is een sanctie die volgens artikel 11 van de ontworpen wet wordt toegepast in het geval de verzekeringnemer of de verzekerde een in de overeenkomst opgelegde verplichting niet nakomt "mits er een oorzakelijk verband bestaat tussen de tekortkoming en het schadegeval". Van zulk een verband kan er geen sprake zijn in geval van wanbetaling van de premie.

Hieruit volgt dat het woord "vermindering", waarvan het gebruik gerechtvaardigd is in het eerste en het tweede lid van paragraaf 2, moet vervallen in het derde lid van dezelfde paragraaf, waarin alleen het geval wordt bedoeld dat de premie niet wordt betaald om de hypothecaire of bevoorrechte schuldeiser de mogelijkheid te geven de premies in de plaats van de verzekeringnemer te betalen en aldus te vermijden dat de schorsing van de dekking of de opzegging van de overeenkomst aan hem worden tegengeworpen.

In paragraaf 2, tweede lid, schrijve men op de negende regel :

"... vanaf de kennisgeving die de verzekeraar daarvan doet bij ter post aangetekende brief; ...".

In paragraaf 2, derde lid, is het beter te schrijven :

"... de vervallen premies te betalen, in voorkomend geval vermeerderd met de intrest ...".

.../...

Artikel 67.

Het zou beter zijn in de ontworpen wet de specifieke regels in te voegen die vervat zijn in het eerdergenoemde koninklijk besluit van 1 februari 1988. Dit valt te verkiezen boven het opnemen van een lid luidende :

> "De voorgaande leden worden niet toegepast op de verzekeringsovereenkomsten die onderworpen zijn aan de bepalingen van het koninklijk besluit van 1 februari 1988 betreffende de verzekering tegen brand en andere gevaren wat de eenvoudige risico's betreft".

Artikel 68.

In het vierde lid van het ontworpen artikel 68 worden de woorden "verval van recht" gebruikt, terwijl het wel degelijk de bedoeling van de Regering lijkt te zijn dat die woorden worden vervangen door de woorden "vermindering of opheffing van de verzekeringsuitkering". Indien dit de bedoeling is, zou moeten worden vermeden dat van de woorden "verval van recht" gebruik wordt gemaakt, zowel in de tekst van de ontworpen wet als in de memorie van toelichting.

Dezelfde opmerking geldt voor artikel 87.

Artikel 70.

Uit de bepaling die artikel 70 bevat blijkt dat er geen onderscheid moet worden gemaakt tussen de kredietverzekering en de borgtochtverzekering. De bepaling van artikel 70 is immers van toepassing op die twee vormen van kredietverzekering.

Hieruit volgt dat het opschrift van onderafdeling III moet worden gewijzigd. Dit geldt ook voor de teksten waarin de woorden "kredietverzekering" en "borgtochtverzekering" worden gebruikt (met name de artikelen 71, 72, 76).

In de memorie van toelichting zou evenwel de nodige uitleg moeten worden verstrekt in verband met het onderscheid tussen kredietverzekering en borgtochtverzekering.

Aan het slot van artikel 70 schrijve men :

"... andere risico's die daarmee kunnen worden gelijkgesteld en die door de Koning worden bepaald".

Artikel 71.

Wil men rekening houden met de opmerking die geformuleerd is bij artikel 12, waarvan het eerste lid een aanvulling vormt, dan behoort er in het tweede lid van het ontworpen artikel te worden geschreven : "De artikelen 12, eerste lid, en 25 zijn aanvullend wat betreft ...".

Artikel 73.

Er dient te worden verwezen naar de algemene opmerking II wat de dwingende aard van het ontworpen artikel betreft.

.../...

Het zou beter zijn het begin van artikel 73 als volgt te redigeren : "In afwijking van de artikelen 16, tweede lid, en 17, kan de ...".

Op de voorlaatste regel schrijve men : "... vervallen premies".

Artikel 74.

In paragraaf 2, eerste lid, schrijve men in plaats van "het risico dat het verzekerde voorval zich voordoet, is verzwaard", "het risico is verzwaard".

In het tweede lid zou het beter zijn in de Franse tekst te schrijven : "... et que le preneur a omis, ...".

In het tweede en het derde lid staat het woord "premie" in het enkelvoud omdat de kredietverzekering meestal in een open polis wordt opgenomen; elk nieuw risico wordt in de polis opgenomen en brengt betaling van een eenmalige premie met zich.

Het zou beter zijn de eerste zin van het derde lid als volgt te redigeren :

"Indien de verzekeringnemer te goeder trouw is, kan de verzekeraar zijn uitkering verminderen naar de verhouding tussen de betaalde premie en de premie die de verzekeringnemer had moeten betalen indien de verzwaring in aanmerking was genomen".

.../...

In de memorie van toelichting moet worden gepreciseerd of het risico, dat wordt verzwaard wanneer door omstandigheden kan worden gevreesd dat de schuld niet zal worden betaald op de vervaldatum, eveneens wordt verzwaard wanneer die schuld groter wordt.

Artikel 76.

In artikel 76 wordt bepaald dat de overdracht van de overeenkomst kan worden tegengeworpen als de verzekeraar daarmede schriftelijk heeft ingestemd.

Volgens artikel 120 kan de daarin bedoelde overdracht alleen geschieden door middel van een bijvoegsel getekend door de overdrager, de overnemer en de verzekeraar.

De gemachtigde ambtenaren hebben gepreciseerd dat het de bedoeling van de Regering is dat het eerste lid van artikel 76 wordt vervangen door een tekst waarbij het eerste lid van artikel 120 als voorbeeld wordt genomen.

Artikel 79.

Aan het slot van het eerste lid schrijve men :

"... de grenzen van de dekking".

Artikel 81.

Het zou beter zijn artikel 81 als volgt te redigeren :

"Art. 81. Wanneer de verzekerde niet verschijnt of zich niet onderwerpt aan een door de rechtbank bevolen onderzoeksmaatregel, moet hij de schade die de verzekeraar zou hebben geleden vergoeden".

Artikel 82.

Aan het slot van het derde lid behoort er te worden geschreven : "... voor zover die kosten niet onredelijk zijn gemaakt".

Artikel 84.

Het zou beter zijn artikel 84 als volgt te stellen :

"Art. 84. De benadeelde die om betaling van een niet-betwist gedeelte van de schadevergoeding gedaan te krijgen de verzekeraar een kwitantie ter finale afrekening bezorgt, kan niet worden geacht af te zien van zijn rechten en bereid te zijn tot het aangaan van een dading".

Artikel 86.

Het zou beter zijn artikel 86 als volgt te redigeren :

"Art. 86. De verzekering geeft de benadeelde een eigen recht tegen de verzekeraar.

De door de verzekeraar verschuldigde schadevergoeding vervalt aan de benadeelde, met uitsluiting van de overige schuldeisers van de verzekerde".

Artikel 87.

Het artikel bepaalt de tegenwerpbaarheid van de "excepties, (de) nietigheid en (het) verval van recht" die voortkomen uit de wet of de overeenkomst wanneer de verzekering krachtens de wet de benadeelde derde een eigen recht geeft dat uitgeoefend wordt door middel van een rechtstreekse vordering.

In het artikel wordt een onderscheid gemaakt tussen de verplichte aansprakelijkheidsverzekeringen (§ 1) en de niet-verplichte (§ 2).

Ten aanzien van de niet-verplichte aansprakelijkheidsverzekeringen geldt als regel dat alle verweermiddelen aan de benadeelde derde kunnen worden tegengeworpen, waarbij de Koning gemachtigd wordt om de in paragraaf 1 uitgewerkte regeling van gedeeltelijke niet-tegenwerpbaarheid door te trekken tot die verzekeringen. Volgens de memorie van toe-

lichting wordt zodoende in dezen een maximum aan soepelheid behouden (blz. 118).

Er dient ook op te worden geattendeerd dat de eigenaar en de derden volgens artikel 68 van de ontworpen wet, in het geval dat de aansprakelijkheid van de huurder verzekerd is, een eigen recht hebben ten opzichte van de verzekeraar en dat geen enkel verweermiddel of verval van recht ten gevolge van een later feit dan het schadegeval hun door de verzekeraar kan worden tegengeworpen.

Volgens de memorie van toelichting (blz. 92) is het laatste lid van artikel 68 (waarin gesteld wordt dat de verweermiddelen van na het schadegeval niet tegengeworpen kunnen worden) een geval van een bij de wet geregelde toepassing van artikel 87 van de ontworpen wet.

Enige verbouwereerdheid moet wel het gevolg zijn van zodanige bewering.

Het verzekeren van de aansprakelijkheid van de huurder tegen brand is niet wettelijk verplicht; zodanige verzekering wordt de huurder doorgaans opgelegd door het huurcontract. Vandaar dat zij moet worden aangemerkt als een niet-verplichte verzekering (1). Als het voorschrift van artikel 87, § 2, erop werd toegepast, dan zouden aan de benadeelde derde die het eigen recht op schadevergoeding door de verzekering uit zou oefenen, alle verweermiddelen

---

(1) Zij staat niet op de lijst van de verplichte verzekeringen gelijk de Controledienst voor de verzekeringen die heeft opgemaakt in zijn jaarverslag 1988-1989.

voortkomende uit de verzekeringsovereenkomst kunnen worden tegengeworpen, terwijl hem volgens het voormelde artikel 68 geen verweermiddelen mogen worden tegengeworpen die recenter zijn dan het zich voordoen van het schadegeval.

Een discrepantie tussen artikel 68 en artikel 87, § 2, is daarvan het gevolg.

Indien onder verplichte verzekering niet alleen de verzekering moet worden verstaan die op grond van de wet verplicht moet worden aangegaan, maar ook die welke bij een overeenkomst wordt voorgeschreven, dan zou daaruit eveneens een discrepantie tussen artikel 68 en artikel 87, § 1, volgen. Die discrepantie zou hieraan te wijten zijn dat artikel 87, § 1, in een ruimere niet-tegenwerpbaarheid van de verweermiddelen voorziet dan die welke in uitzicht wordt gesteld in artikel 68, vierde lid.

Het lijkt mogelijk die discrepantie te verhelpen door de regel zoals die vervat is in het voormelde artikel 68, vierde lid, toepassing te laten vinden op de niet-verplichte verzekeringen, dat wil zeggen de regel dat de verweermiddelen afgeleid van de tekortkomingen waarin de verzekeringnemer is vervallen ten opzichte van de verplichtingen die na het zich voordoen van het schadegeval dienden te worden nagekomen, aan de benadeelde derde niet kunnen worden tegengeworpen. Zodoende zou niet alleen de discrepantie worden opgeheven, maar zou ook het eigen recht van de benadeelde derde enigszins solide blijven zonder dat het financiële evenwicht van die tak van verzekeringen er ernstig door geraakt kan worden.

Als op dat voorstel niet wordt ingegaan zou in de memorie van toelichting een verantwoording moeten worden opgegeven voor de discrepantie tussen de verzekering van de aansprakelijkheid van de huurder en, bij voorbeeld, de verzekering van de aansprakelijkheid in het privé-leven, die beide niet wettelijk verplicht zijn maar wel veelvuldig worden gebruikt.

De volgende tekst wordt voorgesteld voor artikel 87, § 1, tweede lid :

"De verzekeraar kan evenwel aan de benadeelde tegenwerpen dat hij door middel van een regelmatige handeling gesteld voordat het schadegeval zich heeft voorgedaan, de verzekeringsovereenkomst heeft opgezegd of de werking ervan heeft geschorst of dat die overeenkomst door de rechter is vernietigd, respectievelijk niet-bestaande is geacht".

Artikel 88.

Het begin van artikel 88, eerste lid, zou beter zijn indien het aldus werd gesteld :

"De verzekeraar kan zich, voor zover hij volgens de wet of de verzekeringsovereenkomst de uitkering mag weigeren of verminderen, een recht ...".

Artikel 89.

De commentaar die in de memorie van toelichting aan deze bepaling wordt besteed, is een weergave van de commentaar die door de memorie van toelichting van het eerste ontwerp werd besteed aan artikel 86, dat refereerde aan de wet van 1 juli 1956 betreffende de verplichte aansprakelijkheidsverzekering inzake motorrijtuigen.

De commentaar zou moeten worden herzien en daarbij dient in gedachten te worden gehouden dat de wet van 1 juli 1956 is opgeheven bij de wet van 21 november 1989.

In paragraaf 3 van de Franse tekst is het beter te schrijven :

"§ 3. L'assureur peut appeler l'assuré à la cause ...".

Evenzo behoort in paragraaf 3, tweede lid, te worden geschreven :

"L'assuré peut appeler l'assureur à la cause ...".

Het zou beter zijn het begin van paragraaf 4 aldus te stellen :

"§ 4. De verzekeringnemer kan vrijwillig tussenkomen of ...".

Het zou beter zijn paragraaf 5 als volgt te redigeren :

"§ 5. Wanneer het geding tegen de verzekerde voor het strafgerecht verloopt, kan de verzekeraar door de benadeelde of door de verzekerde in het geding worden betrokken of er vrijwillig in tussenkomen.

Het strafgerecht kan evenwel geen uitspraak doen over de rechten die de verzekeraar kan doen gelden tegen de verzekerde en de verzekeringnemer".

Artikel 91.

Het zou beter zijn het artikel als volgt te redigeren :

"Art. 91. Ten aanzien van geen enkele geldboete of minnelijke schikking in strafzaken kan een verzekeringsovereenkomst worden aangegaan, uitgezonderd die welke ten laste zijn van de burgerrechtelijk aansprakelijke persoon".

Artikel 92.

Het zou beter zijn artikel 92 als volgt te redigeren :

"Art. 92. In een verzekeringsovereenkomst inzake rechtsbijstand wordt uitdrukkelijk bepaald dat de verzekerde gerech-

tigd is om zelf een advocaat te kiezen of een andere persoon die wettelijk bevoegd is om hem tijdens een gerechtelijke of andere procedure te vertegenwoordigen of te verdedigen.

Hetzelfde geldt telkens als er zich een belangenconflict voordoet tussen de verzekeraar en de verzekerde".

Artikel 93.

Het ontworpen artikel behelst dat wanneer de verzekeraar weigert dekking te verlenen omdat hij oordeelt dat het rechtsgeding of het door de verzekerde overwogen rechtsmiddel geen redelijke kans op slagen bieden en de verzekerde dat standpunt niet deelt, laatstgenoemde een advocaat naar eigen keuze kan raadplegen; in het ontworpen artikel staat hieromtrent in paragraaf 2, tweede lid, te lezen :

"De Koning bepaalt op welke wijze deze raadpleging geschiedt en de gevolgen ervan".

Het is de Raad van State niet duidelijk wat het nut van die machtiging is. Artikel 7 van een koninklijk besluit van 12 oktober 1990 betreffende de rechtsbijstandsverzekering (1) bepaalt immers wat de gevolgen zijn van het raadplegen van een advocaat.

Het zou verkieslijk zijn die bepaling van het zoëven genoemde koninklijk besluit in de ontworpen wet op te nemen.

---

(1) Belgisch Staatsblad van 8 november 1990.

Artikel 94.

Het zou beter zijn het opschrift van artikel 94 als volgt te stellen : "Naamgebondenheid van de polis".

Artikel 95.

In het eerste lid wordt de uitdrukking "behandelende geneesheer" gebezigd. Volgens het Benelux-Sociaalrechtelijk Woordenboek is een "behandelend arts" een arts die een bepaalde patiënt in behandeling heeft. Nog volgens hetzelfde woordenboek beantwoordt aan de Franse uitdrukking "médecin traitant" in het Nederlands "huisarts", d.w.z. een arts die een algemene praktijk uitoefent. Naar luid van het Franse woordenboek "Robert" betekent in het Frans de uitdrukking "médecin traitant" "le médecin qui suit le malade". Aldus opgevat heeft niet iedereen een "behandeld arts".

Het is beter de woorden "behandelende geneesheer" te vervangen door de woorden "de door de verzekerde gekozen arts" en te schrijven : "De door de verzekerde gekozen arts geeft de verzekerde die erom verzoekt de geneeskundige verklaringen af ...".

Het zou beter zijn het tweede lid als volgt te redigeren :

"Mits de verzekeraar aantoont de voorafgaande toestemming van de verzekerde te bezitten, geeft de arts van de verzekerde aan de adviserend arts van de verzekeraar een verklaring af over de doodsoorzaak".

Artikel 96.

In het eerste lid moet het woorddeel "verzekerings-" in de samenstelling "verzekeringsbeding" als overbodig vervallen.

Artikel 97.

Artikel 97 zou ermee winnen indien het als volgt werd gesteld :

"Art. 97. Dit hoofdstuk is van toepassing op de overeenkomsten omtrent persoonsverzekeringen waarin de uitvoering van de verzekeringsprestatie slechts afhankelijk is van de duur van het menselijk leven. Die ...".

Artikel 98.

Het zou beter zijn het artikel aldus te stellen :

"Art. 98. In afwijking van de artikelen 49 en 50 is elk ermee strijdig beding nietig".

Artikel 99.

Het zou beter zijn het tweede lid als volgt te redigeren :

"De Koning kan de partijen toestaan de onbetwistbaarheid uit te stellen ...".

Artikel 100.

Aan het slot van het artikel behoren de woorden "die in acht had moeten genomen worden" te vervallen.

Artikel 101.

De inleidende volzin van paragraaf 2 zou aldus gesteld moeten worden :

"Tenzij anders is bedongen, dekt de verzekeraar de dood van de verzekerde niet : ...".

Het zou beter zijn 1° van paragraaf 2 als volgt te stellen :

"1° wanneer de dood het gevolg is van de tenuitvoerlegging van een rechterlijke veroordeling tot de doodstraf;".

Aan het begin van 2° schrijve men :

"2° wanneer de dood ...".

Artikel 102.

Het zou beter zijn artikel 102 als volgt te redigeren :

"Art. 102. Indien de verzekerde overleden is ten gevolge van een uitgesloten risico, betaalt de verzekeraar de begunstigde de opbrengst terug van de ...".

Artikelen 103, 104 en 105.

In de memorie van toelichting (blz. 141) wordt uiteengezet dat met artikel 103 van het ontwerp volgens hetwelk "de verzekeringnemer niet gehouden (is) tot betaling van de premies", de bedoeling voorzit uiting te geven aan de gangbare regel dat de verzekeringnemer een levensverzekeringsovereenkomst te allen tijde kan beëindigen door de premie ervan niet te betalen. De ontworpen tekst is uiteraard onhandig geformuleerd want naar de letter beschouwd stelt hij dat de overeenkomst niet de verplichting tot betaling van de premies met zich brengt, hetgeen beslist onjuist is. Als de verzekeringnemer namelijk niet verplicht was de premies te betalen, dan zou hij zich kunnen beroepen op de voorschriften ter zake van de onverschuldigde betaling om van de verzekeraar te vorderen dat deze hem de gestorte premies terugbetaalt. Nu lijdt het voor niemand enige twijfel dat de verzekeringnemer die mogelijkheid tot terugvordering niet heeft; dat betekent dus wel dat hij door de premies te betalen een van de verplichtingen van de levensverzekeringsovereenkomst heeft uitgevoerd.

.../...

Het eerste lid van artikel 103 behoort dus te vervallen en in een artikel 104 dient te worden aangegeven dat de sanctie die op niet-betaling staat niet een door de verzekeraar aangewende vordering tot gedwongen tenuitvoerlegging is, maar alleen, al naar het geval, de ontbinding van de overeenkomst of de vermindering van de uitkeringen van de verzekeraar.

Valt het eerste lid van artikel 103 weg, dan heeft dat uiteraard een gewijzigde redactie van het tweede lid tot gevolg, welk lid een artikel 105 kan worden.

De volgende tekst wordt voorgesteld voor de gehele afdeling III van hoofdstuk II van titel III :

"Art. 103. Betaling van de eerste premie. De levensverzekeringsovereenkomst treedt eerst in werking op de dag dat de eerste premie wordt betaald.

Art. 104. Niet-betaling van een premie. Niet-betaling van een premie geeft geen aanleiding tot enige vordering zijdens de verzekeraar; volgens de door de Koning vastgestelde voorschriften brengt niet-betaling alleen de ontbinding van de overeenkomst mee of de vermindering van de uitkeringen van de verzekeraar.

Art. 105. Verplichting tot betaling van de premies. De verzekeringnemer kan door een andere overeenkomst dan de levensverzekeringsovereenkomst die hij heeft aangegaan, er zich toe verbinden om binnen het verband van de laatstgenoemde overeenkomst te blijven door er de premies van te betalen.

.../...

Artikel 108.

Ter wille van de overeenstemming met de Nederlandse tekst is het beter in de Franse tekst van het eerste lid te schrijven :

"Art. 108. Lorsque le conjoint est nommément désigné comme bénéficiaire, le bénéfice du contrat ...".

In de Nederlandse tekst schrijve men : "Wanneer de echtgenoot bij name als begunstigde wordt aangewezen, behoudt hij ...".

In het tweede lid moet worden geschreven :

"Wordt de echtgenoot niet bij name als begunstigde aangewezen, dan ...".

Artikel 109.

Aan het begin van het artikel moet worden geschreven :

"Art. 109. Wanneer de kinderen niet bij name als begunstigden worden aangewezen, dan worden de aanspraken op de voorzieningen van de overeenkomst verleend aan de personen die deze hoedanigheid hebben, ...".

Artikel 110.

Het artikel moet als volgt worden geredigeerd :

"Art. 110. Wanneer de echtgenoot en de kinderen al of niet bij name gezamenlijk als begunstigden worden aangewezen, dan worden de aanspraken op de voorzieningen van de overeenkomst voor de helft verleend aan de echtgenoot ... (voorts zoals in het ontwerp)".

Artikel 115.

De Raad van State herhaalt de opmerking die hij in zijn advies L. 15.456/9 gemaakt heeft, namelijk dat een opgezegde overeenkomst niet opnieuw in werking mag worden gesteld, tenzij met het goedvinden van de beide partijen. Het gaat om de toepassing van het basisbeginsel dat is ingeschreven in artikel 1134 van het Burgerlijk Wetboek.

Daaruit volgt dat artikel 23 van het koninklijk besluit van 5 juli 1985 betreffende de levensverzekeringsactiviteit volgens hetwelk "de verzekeringnemer de mogelijkheid (heeft) het contract opnieuw in werking te stellen ..." in overeenstemming met dat beginsel behoort te worden gebracht.

Artikel 120.

Er wordt verwezen naar de opmerking die onder artikel 76 is gemaakt.

Artikel 122.

Aangezien het eerste lid een voor de hand liggend voorschrift inhoudt, moet het vervallen. In de Franse tekst van het tweede lid, (dat het eerste lid wordt) behoort te worden geschreven : "L'acceptation peut intervenir ...".

Artikel 127.

Het zou beter zijn het artikel als volgt te stellen :

"Art. 127. De aanspraken ontleend aan de verzekering die een in gemeenschap van goederen getrouwde echtgenoot ten behoeve van de andere of van zichzelf heeft bedongen, vormen ...".

Artikel 128.

Volgens de uitleg die de gemachtigde ambtenaar van de minister van Justitie heeft verschaft, wijkt het ontworpen artikel, dat voorziet in een vergoeding die verschuldigd is aan het gemeenschappelijk vermogen "voor zover" de gestorte premies die ten laste van dat gemeenschappelijk vermogen zijn betaald, kennelijk de mogelijkheden ervan te boven gaan, op geen enkel punt af van de bepalingen van de wet van 14 juli 1976 op de huwelijksvermogensstelsels in zoverre zij hebben voorzien in de aanvulling van artikel 43 van de wet van 11 juni 1874 houdende titels X en XI van boek I van het Wetboek van Koophandel.

Artikel 43, derde lid, van de voormelde wet van 11 juni 1874 luidt aldus :

> "Ingeval de echtgenoten gehuwd waren onder een stelsel van gemeenschap van goederen is, ook al is het kapitaal of de rente eigendom van de begunstigde echtgenoot, geen vergoeding verschuldigd aan het gemeenschappelijk vermogen uit hoofde van stortingen gedaan door de verzekerde, tenzij die kennelijk overdreven zijn, gelet op de mogelijkheden van de verzekeringnemer".

Die tekst verschilt van die van de ontworpen wet doordat hij inhoudt dat in het beschouwde geval een vergoeding verschuldigd is aan het vermogen indien de premiebetalingen die de verzekerde gedaan heeft, kennelijk overdreven zijn gelet op de mogelijkheden van dat vermogen. Met andere woorden, de vergoeding is gelijk aan de bedragen van de betaalde premies indien aan de voorwaarde is voldaan.

Daarentegen laat het zich aanzien dat de ontworpen tekst waarin de woorden "voor zover" gebruikt worden, zo moet worden begrepen dat de betaalde premies slechts een vergoeding zullen vergen naar de mate waarin de mogelijkheden van het gemeenschappelijk vermogen overschreden worden. Volgens die tekst is het bedrag van de vergoeding niet noodzakelijk gelijk aan het bedrag van de betaalde premies; het kan lager zijn als de premies slechts gedeeltelijk overdreven zijn ten opzichte van de mogelijkheden van het gemeenschappelijk vermogen.

De gemachtigde ambtenaar bevestigt dat de woorden "voor zover" dienen te worden verstaan in de zin zoals die zoëven uiteen is gezet.

Als dat de bedoeling van de Regering is, behoeft de tekst van het ontworpen artikel geen enkele opmerking, doch moet de commentaar die er in de memorie van toelichting aan is gewijd duidelijker zijn op dat punt. In het tegenovergestelde geval zou de redactie van de ontworpen tekst herzien moeten worden.

Artikelen 129 tot 131.

De ontworpen wet biedt het pluspunt dat ermee wordt gestreefd naar een uitvoerige regeling van de levensverzekeringsovereenkomst die door een echtgenoot ten gunste van de andere wordt aangegaan, doch er wordt geen regeling in getroffen voor het geval dat de verzekeringsovereenkomst is aangegaan door de beide echtgenoten om de terugbetaling van een financiering te waarborgen en evenmin voor het geval dat een echtgenoot de verzekeringsovereenkomst heeft aangegaan terwijl de echtgenoten onder het stelsel van de algehele gemeenschap getrouwd zijn.

De ontworpen wet zou aangevuld moeten worden met bepalingen welke die twee gevallen regelen.

Artikel 138.

In aansluiting aan de onder artikel 95 gemaakte opmerking dient te worden geschreven :

"Art. 138. De verzekerde kiest vrij zijn arts".

.../...

Artikel 139.

Wat paragraaf 1 betreft is het beter de artikelen 53 en 54 van de wet van 9 juli 1975 betreffende de controle der verzekeringsondernemingen over te nemen in zoverre er de toepasselijke straffen in worden geformuleerd.

Om geen afbreuk te doen aan de economie van inzonderheid artikel 43 wordt voorgesteld in 1° en 2° te schrijven : "zij die, te kwader trouw, als ...".

Artikelen 143 en 144.

Aan het slot van artikel 143 en artikel 144 behoort te worden geschreven :

"... van de wet van ... op de landverzekeringsovereenkomst, in zoverre zij betrekking heeft op de persoonsverzekeringen".

Artikel 149.

Artikel 149 dient aldus te worden gesteld :

"Art. 149. De Koning bepaalt voor elk artikel van deze wet de dag waarop het in werking treedt".

.../...

Vormopmerkingen.

1. Het lijkt niet geraden een hoofdletter te gebruiken aan het begin van elke definitie.

2. De streepjes behoren te worden vervangen door 1°, 2°, ...

3. De indeling in paragrafen dient te vervallen aangezien geen enkele paragraaf ten minste twee leden omvat.

4. In artikel 7, § 3, laatste lid, van de Franse tekst moet op de eerste regel een komma worden geplaatst na het woord "sinistre".

5. In de Franse tekst van het opschrift van artikel 128 dient het woord "prime" in het meervoud te worden geschreven.

La chambre était composée de

Messieurs : J.-J. STRYCKMANS, président de chambre,

C.-L. CLOSSET, président de chambre,

M. LEROY, conseiller d'Etat,

J. DE GAVRE, assesseurs de la section de législation,

P. GOTHOT, assessoren van de afdeling wetgeving,

Madame : J. GIELISSEN, greffier assumé,

La concordance entre la version française et la version néerlandaise a été vérifiée sous le contrôle de M. J.-J. STRYCKMANS.

Le rapport a été présenté par M. P. HERBIGNAT, auditeur adjoint. La note du Bureau de coordination a été rédigée et exposée par M. I. KOVALOVSZKY, référendaire adjoint.

LE GREFFIER - DE GRIFFIER,

J. GIELISSEN.

De kamer was samengesteld uit

Mevrouw : toegevoegd griffier.

De overeenstemming tussen de Franse en de Nederlandse tekst werd nagezien onder toezicht van de H. J.-J. STRYCKMANS.

Het verslag werd uitgebracht door de H. P. HERBIGNAT, adjunct-auditeur. De nota van het Coördinatiebureau werd opgesteld en toegelicht door de H. I. KOVALOVSZKY, adjunct-referendaris.

LE PRESIDENT - DE VOORZITTER,

J.-J. STRYCKMANS.