

Leven

1. 2E PIJLER : WAT GEBEURT ER BIJ FAILLISSEMENT VAN DE WERKGEVER ?

Pensionletter nr.8, 2005

Naarmate grotere delen van het loonbudget besteed worden aan aanvullende pensioenen, wordt ook de vraag naar het lot van deze pensioentoezeggingen ingeval van insolventie van de werkgever prangender.

Vandaag voorziet de wet in het verplicht **extern beheer** van de pensioentoezeggingen (met uitzondering van interne voorzieningen opgebouwd in het kader van een individuele toezegging ten voordele van bestuurders of zaakvoerders). Dit betekent dat bij insolventie van de werkgever, de reserves die in het kader van de pensioentoezegging werden opgebouwd bij een derde, afzonderlijke rechtspersoon, **geen deel uitmaken van de boedel van de gefailleerde vennootschap**.

De werknemer heeft aldus recht op het kapitaal opgebouwd door zijn eigen bijdragen en door de werkgeversbijdragen.

Voor eventuele premies die de werkgever zou hebben nagelaten te betalen aan de pensioeninstelling en die niet meer konden worden opgevangen door het financieringsfonds, zal de werknemer een **aangifte van schuldvordering** moeten doen in het faillissement van zijn werkgever. Dit geldt zowel voor tekorten in de verworven reserves, het gegarandeerd rendement en bij het dynamisch beheer van eerder gewijzigde vasteprestatieplannen. En voor zover deze schuldvordering op **werkgeversbijdragen** slaat die als loon kunnen worden beschouwd, is zij in principe **bevoorrecht**.

Bij faillissement is bovendien in de reglementen bepaald dat het vermogen van het pensioenfonds of van het financieringsfonds in de groepsverzekeringen, dat de verworven reserves - verhoogd met de rendementsgarantie - overschrijdt, onder bepaalde voorwaarden terugkeert naar de werkgever (het wordt in een sociaal fonds gestort tenzij andere toekenningsmodaliteiten). Dit betekent ook dat deze herinjectie van de tevelen tot gevolg heeft dat **de toegezegde verworven prestaties** in een dergelijke situatie **niet gewaarborgd zijn**.

2. REGEL VAN DE 80 % EN VROEGER GEPRESTEERDE JAREN

Ruling nr. 500.267 van 26-01-2006 : www.fisconet.fgov.be

Er wordt een groepsverzekering opgemaakt voor X, zaakvoerder van de bvba Y.

Vraag: hoeveel jaren kunnen in aanmerking worden genomen voor de regel van 80 %?

De feiten

X is zijn beroepswerkzaamheid begonnen als zelfstandig stagiair op 01-12-1970.

Op 17-06-1981 gaat X voor eigen rekening werken, nog steeds als zelfstandige. Sinds die datum heeft hij zich toegelegd op de uitbreiding van zijn cliënteel.

Op 01-01-2005 brengt X zijn activiteit en zijn volledige cliënteel onder in een bvba, die op 17-12-2004 werd opgericht en waarvan hij de enige vennoot is. Ten gevolge van die operatie blijft X dezelfde activiteit uitoefenen, maar voortaan binnen die vennootschap.

Vraag

Deze bvba wil een groepsverzekering sluiten ten voordele van X en het aantal jaren loopbaan weten dat ze in het kader van de regel van 80% kan inbrengen. Ze wil eigenlijk de jaren loopbaan vanaf 17-06-1981 in aanmerking nemen en een compensatie van 10 jaar uitvoeren voor de jaren van voor die datum.

Beslissing

De rulingcommissie bepaalt allereerst dat een **back service enkel betrekking kan hebben op degenen met het statuut van werknemer of bedrijfsleider in de vennootschap in kwestie**. Hij die een zelfstandige activiteit - natuurlijke persoon heeft uitgeoefend, zoals X (zonder het statuut van bedrijfsleider te bezitten) is er niet bij betrokken. Bijgevolg kan X, in het onderhavige geval, voor de periode vóór de oprichting van de bvba (dus voor 17.12.2004) geen back service genieten.

De compensatie met 10 jaar vroegere dienst geldt daarentegen voor elke beroepsactiviteit die eerder als werknemer, zelfstandige of ambtenaar is uitgeoefend. Ze is niet beperkt tot enkel de werknemers of bedrijfsleiders in de fiscale zin van het woord. In het onderhavige geval kan de groepsverzekering, daar X wel degelijk een beroepsactiviteit als zelfstandige heeft gehad voor 17.12.2004, voor hem een compensatie met 10 jaar uitvoeren vanaf die datum.

3. TAKS VAN 1,10 % EN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

Assurinfo nr. 6, 16 februari 2006

De programmawet van 27 december 2005 heeft een taks van 1,10 % ingevoerd op de individuele levensverzekeringen gesloten door natuurlijke personen. Maar de wet bepaalt niets in verband met de aanvullende verzekeringen.

Nu heeft de fiscale administratie bevestigd dat in het raam van de derde pijler het principe van **“bijzaak volgt hoofdzaak” verder wordt toegepast** (wat niet meer het geval is voor de tweede pijler – aanvullende bedrijfspensioenen sedert de wet Vandenbroucke).

Dit betekent dat aanvullende verzekeringen zoals bvb. de arbeidsongeschiktheid, het tarief van de verbonden levensverzekering volgen, te weten 1,10 %, of zelfs 0 % in de gevallen die van deze taks zijn vrijgesteld, zoals het Pensioensparen of het VAPZ.

Marktinformatie

1. EXIT BELASTING OP VERDRIET IN VLAANDEREN

De Tijd van 11 & 16 februari 2006 ; Trends-Tendances van 16 februari 2006

De “belasting op verdriet” zoals Frank Vandenbroucke **de successierechten op de gezinswoning** noemde, **is definitief afgeschaft in Vlaanderen**. De Vlaamse regering heeft haar principeakkoord gegeven : de maatregel zou 1 januari 2007 ingaan.

De vrijstelling zal zowel gelden voor de gehuwden als voor de samenwonenden, mits ze minstens 3 jaar samenwonen. De maatregel zal eveneens van toepassing zijn wanneer een van de partners of beiden in een rusthuis verblijven, zelfs al gebeurde dat vrijwillig. Maar opgelet, **de vrijstelling geldt alleen voor de overlevende echtgenoot (of samenwonende partner)**. De kinderen moeten nog steeds successierechten betalen wanneer ze het ouderlijk huis erven.

2. LEVENSVZERKERING HEEFT SUCCES IN SECTOR VAN DE BANCASSURANCE

L'Echo van 14 februari 2006

Dankzij de bancassurance is de bank in heel wat landen het bevoorrechte verkoopkanaal van individuele levensverzekeringen.

In België worden nagenoeg 60% van die contracten via de banken verkocht. Van de 10 grootste verzekeraars in het segment Leven, zijn er 5 bank-verzekeraars (Fortis, KBC, AXA, ING en Dexia). België is beslist niet het enige land waar de banken meer dan de helft van de levensverzekeringspremies innen. In Spanje bij voorbeeld worden meer dan 70% van de levensverzekeringsproducten via een bank verkocht. In Italië en Frankrijk is dit 60%. In andere landen daarentegen, weegt het bank-verzekeringsmodel minder door; dit is het geval in Duitsland, Nederland en het Verenigd Koninkrijk. In Zwitserland ten slotte, worden heel weinig verzekeringen via een bankagentschap aan de man gebracht.

3. GENEESKUNDIGE VERKLARINGEN : STRENGE INTERPRETATIE DOOR DE ORDE

Assurinfo van 16 februari 2006

De Raad van de Orde der Geneesheren heeft de deontologische gevolgen onderzocht van een bepaling van de wet op de landverzekeringsovereenkomst (art. 95), die onder meer betrekking heeft op de geneeskundige verklaring.

De door de verzekerde gekozen arts is niet meer verplicht maar *kan* gewoon de verzekerde de geneeskundige verklaringen bezorgen die nodig zijn om een contract te sluiten of uit te voeren. Bovendien mogen die **verklaringen alleen betrekking hebben op de huidige gezondheidstoestand**. Overigens mogen ze enkel worden overhandigd aan de adviserend geneesheer van de verzekeraar, die ten opzichte van laatstgenoemde als filter van de gegevens moet optreden. Ten slotte moet de adviserend arts, wanneer het risico voor de verzekeraar niet meer bestaat, de geneeskundige verklaringen aan de verzekerde

terugbezorgen of, in geval van overlijden, aan diens rechthebbenden, wanneer zij daarom verzoeken.

Bij het sluiten van een overeenkomst gebeurt het geregeld dat bijkomende informatie wordt gevraagd. **Het is aan de arts om te oordelen of deze informatie wel nuttig is voor de beoordeling van het risico door de verzekeraar.** Indien de geneesheer de bijkomende informatie niet of slechts gedeeltelijk wil geven, moet hij er zich bewust van zijn dat het contract misschien niet zal kunnen gesloten worden, of tegen een premietoeslag of met bepaalde uitsluitingen. Deze arts moet dus de verzekerde de reden van de weigering uitleggen opdat de verzekerde zijn verdere houding ten aanzien van de verzekeringsovereenkomst kan bepalen.

Bij de aangifte van een ongeval of een ziekte maakt de verzekerde vaak gebruik van een aangifteformulier dat door de verzekeraar werd verstrekt. De Orde der Geneesheren is van mening dat de invulling van een dergelijk formulier dient te worden gelijkgesteld met een geneeskundige verklaring. De arts mag bijgevolg enkel antwoorden op **vragen over de beschrijving van de huidige gezondheidstoestand**. Zo mag op de vraag hoelang de verzekerde al in behandeling is bij de arts, geen antwoord worden gegeven. Evenals de vraag naar de vorige artsen van de patiënt. Ook in dit geval moet de arts die weigert bijkomende informatie te geven, die weigering toelichten omdat dit voor de verzekerde bepalend kan zijn om bij het uitblijven van betaling al dan niet juridische stappen te ondernemen.

De Orde wijst er eveneens op dat de arts van de verzekerde enkel een verklaring over de **doodsoorzaak** van de verzekerde mag geven indien de verzekerde daarvoor toestemming had gegeven. De verklaring mag de geschiedenis van de aandoening die tot de dood heeft geleid, niet bevatten en ze moet rechtstreeks aan de adviserend geneesheer van de verzekeraar worden overgemaakt.

4. VERTROUWELIJK KARAKTER VAN DE MEDISCHE GEGEVENS

Hof van Beroep van Brussel, 13 mei 2002, RGAR 2005, 14047 ; Assurance au présent / Verzekeringsnieuws, nr.5, 6 februari 2006

De verzekeringsmaatschappij die gegevens behandelt over de gezondheidstoestand van haar verzekerden of van derden is onderworpen aan de plicht van het beroepsgeheim. De mededelingen aan de adviserend geneesheer van de maatschappij en het gebruik van de aldus verstrekte inlichtingen zijn onderworpen aan het **medisch geheim**.

De adviserend geneesheer kan zich voor de uitoefening van de beheers- en secretariaatstaken die hij moet vervullen, zo nodig laten bijstaan door medisch of administratief personeel. De verzekeringsmaatschappij of de medisch adviseur die inlichtingen over een verzekerde of over een derde meedeelt aan derden die noch de hoedanigheid noch de titel hebben om kennis te hebben van deze gegevens, schendt het beroepsgeheim.

Mevrouw X heeft een annulatieverzekering gesloten. Zij beslist om haar reis te annuleren om bij haar schoondochter te blijven die een operatie moet ondergaan. Zij beroept zich dus

op haar annulatieverzekering. Om na te gaan of de verzekeringsvoorwaarden vervuld zijn, verzoekt de verzekeraar de behandelend geneesheer van de schoondochter een vragenlijst in te vullen. Daar de geneesheer echter niet alle vragen beantwoordt, wordt het gedeeltelijk ingevulde formulier naar mevrouw X teruggezonden, echter niet onder een aparte omslag, zodat deze te weten komt dat haar schoondochter kanker heeft.

Voor de rechtbank heeft de verzekeraar door zo te handelen een fout begaan.

De verzekeraar argumenteert dat zijn raadgevend geneesheer zich om deontologische redenen niet rechtstreeks tot de behandelend geneesheer van de schoondochter kon richten. Het Hof gaat met deze redenering niet akkoord : indien de verzekeraar van oordeel was dat hij de bijkomende informatie enkel via zijn verzekerde kon verkrijgen, had hij omwille van het medisch beroepsgeheim, hetzij een nieuw blanco formulier moeten opsturen met de vraag het volledig te laten invullen door de behandelend geneesheer, hetzij het gedeeltelijk ingevulde formulier onder gesloten omslag moeten opsturen. Bovendien en in tegenstelling tot wat de verzekeraar beweert, mocht deze uit de verklaring van de verzekerde dat zij bij haar schoondochter wilde zijn om haar moreel te steunen niet zomaar afleiden dat zij op de hoogte was van de ernst van haar toestand. Het Hof benadrukt dat het begrijpelijk is dat de schoondochter wilde vermijden dat mevrouw X zou vernemen dat zij aan kanker leed, temeer daar de schoonmoeder maar pas haar echtgenoot had verloren.

De verzekeraar had dus schade berokkend die de rechtbank *ex aequo et bono*, op 2.000 € heeft begroot.

5. WIJZIGING VAN DE WET OP DE VERZEKERINGSBEMIDDELING

Assurinfo nr.6 van 16 februari 2006

De nieuwe wet op de verzekeringsbemiddeling, die op 12 januari jl. door de Kamer werd aangenomen, is een omzetting van een Europese richtlijn van december 2002.

Deze wet moet de **vrijheid van vestiging en de vrije dienstverlening** waarborgen via een systeem van “home country control”, nl. **een Europees paspoort**.

De wet voorziet meer bepaald in **nieuwe informatievereisten voor de verzekeringstussenpersonen**.

Wanneer de verzekeringstussenpersoon de cliënt meedeelt dat hij adviseert op grond van een objectieve analyse, zal hij de producten die op de markt bestaan eerst moeten onderzoeken en zijn advies aan de cliënt moeten motiveren.

Voorafgaand aan de overeenkomst, zal de verzekeringstussenpersoon ook de verlangens en behoeften van de cliënt moeten identificeren.

6. SOCIALE BIJDRAGEN EN WETTELIJK SAMENWONENDEN

Fiscologue/Fiscoloog nr.°1012, februari 2006

Zoals iedereen weet, zijn de meewerkende echtgenoten sedert 1 juli 2005 wettelijk onderworpen aan het volledig stelsel van het sociaal statuut van de zelfstandigen.

In dat opzicht **worden de personen die een verklaring van wettelijke samenwoning hebben gedaan, voor dit stelsel gelijkgesteld met echtgenoten**.