

QUARTERLY NEWSLETTER ON BELGIAN AND LUXEMBOURG INSURANCE LAW  
Lettre d'Informations Trimestrielle en Droit Belge et Luxembourgeois des Assurances  
DRIEMAANDELIJKSE NIEUWSBRIEF OVER BELGISCH EN LUXEMBURGS VERZEKERINGSRECHT



Best Belgian Law firm

You want to know more about this newsletter,  
its topics and give your opinion:  
Visit our forum on: [www.philippelaw.com/forum](http://www.philippelaw.com/forum)

## Editorial

Pour ce dernier numéro de l'année 2009, nous avons déjà fait nos emplettes pour les cadeaux de fin d'année auprès des différents législateurs (belge, luxembourgeois, européen) qui nous « gâtent » avec toute une série de nouveaux textes ou projets de textes.

Pas moins de trois modifications législatives intéressantes tant les assureurs que les intermédiaires sont intervenues ou entrées en vigueur récemment en Belgique.

Vu leur importance, nous traiterons de la (encore nouvelle!) modification de la loi Verwilghen en matière d'assurance maladie et de la modification de la loi Cauwenberghs relative à l'intermédiation en assurances, tant en français qu'en néerlandais.

La loi sur les fonds dormants en assurance-vie intéressera aussi bien les assureurs belges que les assureurs étrangers. Nous reviendrons probablement encore ultérieurement sur cette loi, à l'égard de laquelle nous sommes très critiques, vu qu'il faut s'interroger si son objectif est réellement de protéger les bénéficiaires ... ou alors d'améliorer à terme les finances publiques?

Au niveau européen les tractations continuent de

manière acharnée entre les « centres financiers » et les « grandes puissances » pour trouver un compromis sur l'extension du champ d'application de la directive sur la fiscalité de l'épargne aux assurances-vie.

Finalement, le gouvernement luxembourgeois a déposé son projet de loi visant à définir la future procédure de collecte d'informations auprès des banquiers, assureurs, ... dans le cadre de la procédure d'échange d'informations sur demande, prévue par les nouvelles conventions préventives de double imposition conclues sous la pression du G20.

Nous ferons également un tour d'horizon de la jurisprudence sur des sujets aussi divers que les indemnités de procédure, coût accru pour l'assureur intervenant volontaire dans une procédure pénale, le recours à des détectives en matière de fraude à l'assurance, et la responsabilité de l'assureur du fait de ses conseils techniques.

C'est un peu tôt, mais cette Newsletter étant la dernière que nous vous enverrons en 2009, nous vous souhaitons... d'excellentes fêtes de fin d'année !

Hélène de Rode

### Assurance maladie—Ziekteverzekering

La nouvelle notion d'assurance « *liée à l'activité professionnelle* » - Page 2

Het nieuwe begrip « *beroepsgebonden* » verzekering - Pagina 3

### Intermédiation en assurance- Verzekeringsbemiddeling

Aperçu de la loi du 31 juillet 2009 modifiant la loi du 27 mars 1995 - Page 4

Overzicht van de Wet van 31 juli 2009 tot wijziging van de wet van 27 maart 1995 - Pagina 6

### Life insurance

Also foreign insurers have to look for the beneficiaries of "sleeping" insurance contracts - Page 8

### Assurances en général

Indemnité de procédure - Page 10

Licéité des constats opérés par un détective privé pour débusquer la fraude de la victime qui simule son handicap - Page 11

### Assurances de choses

La responsabilité de l'assureur du fait de son expert - Page 12

### Life insurance

Follow up on Luxembourg insurers' professional secrecy and its (no) future - Page 13

Varia - Page 14

## ■ Assurance maladie

### La loi Verwilghen déjà modifiée : la nouvelle notion d'assurance « liée à l'activité professionnelle »

La loi du 1er juillet 2007 avait introduit un chapitre IV dans la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre. Le législateur mettait alors en place un nouveau cadre légal pour les assurances maladies (soins de santé, incapacité de travail, invalidité,... voir les définitions à l'article 138bis - 1 de la loi du 25 juin 1992) offertes par des assureurs privés.

Cette loi vient d'être modifiée par la loi du 17 juin 2009 (M.B. 08.07.2009). Elle est d'application à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2009.

L'une des modifications majeures du régime touche à la terminologie employée par le législateur. Ainsi, les termes assurance « liée ou non à l'activité professionnelle » ont été préférés à la distinction initiale entre assurances maladies « individuelles » ou « collectives ».

Au sens de la loi nouvelle, l'on entend par contrat d'assurance maladie « lié à l'activité professionnelle » : tout contrat d'assurance maladie conclu par un ou plusieurs preneurs d'assurance au profit d'une ou plusieurs personnes liées professionnellement au (x) preneur(s) d'assurance au moment de l'affiliation (article 138bis - 1, §2, de la LCAT).

Selon les travaux préparatoires de la loi du 17 juin 2009, les termes « liée à l'activité professionnelle » visent principalement la relation employeur-employé ou entreprise-indépendant (par exemple: dirigeant d'entreprise), autrement dit les cas de relation de travail directe. Ceci n'empêche pas que les mots précités puissent également viser des cas de relation de travail moins directe s'inscrivant dans le cadre de l'activité professionnelle. Cela pourra être le cas, par exemple, lorsque des commissions paritaires ou des organes de concertation compétents (secteur public) concluent de tels contrats d'assurance maladie au bénéfice du personnel de leur secteur. (Doc. parl., Ch., 2008-2009, n° 1662/001, exposé des motifs, p. 6).

Cette modification de terminologie n'est pas anodine. Elle aura notamment pour conséquence d'amener certaines assurances maladies à changer de catégorie.

Ainsi, comme le relève Luc Vereycken, les engagements « individuels » soins de santé et incapacité de travail conclus au profit d'un dirigeant d'entreprise

relevaient, avant la réforme, de la catégorie des assurances maladie « individuelles ». Depuis la redéfinition des notions, ces contrats relèvent maintenant de la catégorie d'assurance maladie « liée à l'activité professionnelle ».

Une des conséquences notables consistera à voir naître un droit à la *poursuite individuelle* du contrat au profit du dirigeant qui quitterait l'entreprise (L. Vereycken, « Nouveau concept : assurance liée à l'activité professionnelle », *L&B*, 06/2009, p. 7).

Par contre, comme Luc Vereycken, nous considérons qu'en l'état actuel du texte, une assurance « revenu garanti » souscrite par un indépendant pour son propre compte ne sera pas considérée comme « liée à l'activité professionnelle » au sens de la loi, et ce dès lors qu'elle ne répond pas à la définition d'un contrat d'assurance maladie conclu par un preneur d'assurance au profit d'une personne *liée professionnellement* au preneur d'assurance au moment de l'affiliation. Preneur et assuré son en effet confondus en une seule personne.

***Tout contrat d'assurance maladie conclu par un ou plusieurs preneurs d'assurance au profit d'une ou plusieurs personnes liées professionnellement au (x) preneur(s) d'assurance au moment de l'affiliation.***

Voici donc une nouvelle difficulté à laquelle le législateur soumet les assureurs pratiquant l'assurance maladie. Si l'on peut comprendre et bien entendu approuver que le législateur entende améliorer ses textes, l'on regrettera vivement que les modifications de la loi du 25 juin 1992 soient si fréquentes et désordonnées.

À peine les compagnies ont-elles intégré le régime applicable et formé leurs collaborateurs aux modifications introduites, voilà qu'une loi vient à nouveau remettre en cause les standards parfois difficiles à mettre en pratique sur le plan opérationnel.

Ceci est particulièrement nuisible à la sécurité juridique que tant assureurs qu'assurés sont en droit d'at-

## ■ Ziekteverzekering

### De wet Verwilghen reeds gewijzigd: het nieuwe begrip «beroepsgebonden» verzekering

De wet van 1 juli 2007 introduceerde een vierde hoofdstuk in de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst. De wetgever bracht aldus een nieuw wettelijk kader tot stand voor de ziekteverzekeringsovereenkomsten (gezondheidszorg; arbeidsongeschiktheid; invaliditeit,... zie de definities in artikel 138 bis – 1 van de wet van 25 juni 1992) aangeboden door privéverzekeraars.

**De ziekteverzekerings-overeenkomst die gesloten is door één of meerdere verzekeringnemers ten behoeve van één of meerdere personen die op het moment van de aansluiting bij de verzekering beroepsmatig met de verzekeringnemer(s) verbonden zijn.**

Deze wet werd gewijzigd door de wet van 17 juni 2009 (B.S. 08.07.2009). Zij trad in werking vanaf 1 juli 2009.

Eén van de grootste wijzigingen heeft betrekking op de gebruikte terminologie door de wetgever. Zo werden de woorden «al dan niet beroepsgebonden» verzekering verkozen boven het initiële onderscheid tussen “individuele” of “collectieve” ziekteverzekeringen.

In de zin van de nieuwe wet, verstaat men onder «beroepsgebonden» ziekteverzekering: de ziekteverzekeringsovereenkomst die gesloten is door één of meerdere verzekeringnemers ten behoeve van één of meerdere personen die op het moment van de aansluiting bij de verzekering beroepsmatig met de verzekeringnemer(s) verbonden zijn. (artikel 138bis – 1, §2 van WLO).

Volgens de voorbereidende werkzaamheden van de wet van 17 juni 2009, doelt de term. «beroepsgebonden» hoofdzakelijk op de relatie werkgever-werknemer of onderneming-zelfstandige (bijvoorbeeld: bedrijfsleider), anders gezegd de gevallen waar er een rechtstreekse arbeidsrelatie aanwezig is. Dit verhindert echter niet dat er ook andere situaties kunnen voorkomen waar die arbeidsrelatie minder rechtstreeks is maar die zich nog altijd in het kader van de beroepsactiviteit situeren. Dit zou bijvoorbeeld het geval zijn als paritaire comités of bevoegde

overlegorganen (publieke sector) dergelijke verzekeringsovereenkomsten voor het personeel van hun sector zouden sluiten. (Parl. St., Kamer., 2008-2009, n° 1662/001, toelichting, p. 6).

Deze wijziging in de terminologie is niet onschuldig. Zij zal in het bijzonder tot gevolg hebben dat bepaalde ziekteverzekeringen van categorie veranderen.

Zo behoorden de «individuele» toezeggingen betreffende de gezondheidszorg en de arbeidsongeschiktheid gesloten in het voordeel van een bedrijfsleider voor de wetswijziging tot de categorie van «individuele» ziekteverzekeringen. Sinds de herdefiniëring van de begrippen, behoren deze contracten tot de categorie van «beroepsgebonden» ziekteverzekering.

Eén van de opmerkelijke gevolgen bestaat erin een recht te zien ontstaan op *individuele voortzetting* van het contract ten voordele van de bedrijfsleider die de onderneming verlaat (L. Vereycken, «Nouveau concept : assurance liée à l'activité professionnelle», *L&B*, 06/2009, p. 7).

Daarentegen, zoals Luc Vereycken, menen wij dat op grond van de huidige tekst een verzekering «gewaarborgd inkomen» ondertekend door een zelfstandige voor zijn eigen rekening niet zal beschouwd worden als «beroepsgebonden» in de zin van de wet, en dit omwille van het feit dat zij niet beantwoordt aan de definitie van een ziekteverzekering gesloten door een verzekeringnemer *ten behoeve van* een persoon *die beroepsmatig met de verzekeringnemer is verbonden* op het ogenblik van de aansluiting. Verzekeringnemer en verzekerde zijn verenigd in één persoon.

Ziehier, aldus een nieuwe moeilijkheid waaraan de wetgever de verzekeraars, die zich bezighouden met ziekteverzekeringen, onderwerpen. Hoewel we het kunnen begrijpen en goedkeuren dat de wetgever de wettekst wilde verbeteren, betreuren wij dat er zo vaak en zo onordelijke wijzigingen aan de wet van 25 juni 1992 worden aangebracht.

De ondernemingen hebben amper het toepasselijk regime geïntegreerd en hun medewerkers vorming

gegevens betreffende de geïntroduceerde wijzigingen, of de wetgever zet de normen, die vaak moeilijk in de praktijk om te zetten zijn, opnieuw op losse schroeven.

wachten.

P.M. / S.M.

Dit is bijzonder schadelijk voor de rechtszekerheid die zowel de verzekeraars als de verzekerden mogen ver-

## ■ Intermédiation en assurance

### Aperçu de la loi du 31 juillet 2009 modifiant la loi du 27 mars 1995 relative à l'intermédiation en assurances et en réassurances et à la distribution d'assurances.

En Belgique, de nombreuses polices d'assurance sont souscrites l'initiative d'un intermédiaire. Le secteur de l'intermédiation en assurance est régi par la loi du 27 mars 1995, mieux connue sous son abréviation usuelle « loi Cauwenberghs ».

L'intermédiaire doit demander son inscription à la C.B.F.A. selon les formes et modalités déterminées par arrêté royal (article 9 de la loi et article 2 de l'A.R. du 25 mars 1996).

Nonobstant deux réformes récentes (loi du 22 février 2006, M.B., 15 mars 2006 et loi du 1<sup>er</sup> mars 2007 portant dispositions diverses III, M.B., 14 mars 2007), le Législateur a remis l'ouvrage sur le métier et a élaboré la loi du 31 juillet 2009. Publiée au Moniteur Belge du 8 septembre 2009, cette nouvelle loi a pour principale visée d'adapter les conditions d'inscription à la profession d'intermédiaire en assurances ou de réassurances.

L'inscription étant exclusive (articles 5 § 1<sup>er</sup>, al 5 et 7 de la loi du 27 mars 1995), l'intermédiaire ne peut solliciter d'inscription que pour une seule des catégories prévues par la loi : (1) courtier d'assurances, (2) agent d'assurances ou (3) sous-agent d'assurance.

Le nouveau régime peut être synthétisé ainsi :

Selon la loi :

#### 1. L'obligation d'inscription

L'inscription au registre des intermédiaires d'assurance ou de réassurance, tenu par la C.B.F.A., est obligatoire pour exercer la profession.

- le courtier d'assurance est « l'intermédiaire d'assurances ou de réassurances qui met en relation des preneurs d'assurance et des entreprises d'assurances, ou des entreprises d'assurances et des entreprises de réassurances, sans être lié par le choix de celles-ci ». Pour cette catégorie, la loi prévoit que l'intermédiaire « joint à sa demande d'inscription une déclaration sur l'honneur de laquelle il ressort qu'il exerce ses activités professionnelles en dehors de tout contrat d'agence exclusive ou de tout autre engagement juridique lui imposant de placer la totalité ou une partie déterminée de sa production auprès d'une [entreprise d'assurances ou de réassurances] ou de plusieurs [entreprises d'assurances ou de réassurances] appartenant au même groupe. » (article 5 bis).

Cette inscription est un **préalable obligatoire** dont le non-respect implique que l'intermédiaire ne pourra exercer aucune activité d'intermédiation sur le territoire belge. En vertu du principe de la libre prestation de service érigé par le droit communautaire, l'intermédiaire établi sur le territoire d'un état membre pourra exercer des activités d'intermédiation en Belgique pour autant que l'autorité de contrôle compétente à laquelle il ressortit lui ait délivré l'agrément nécessaire et qu'il respecte la législation belge applicable qui lui aura été communiquée par la C.B.F.A (article 8 § 2, al. 1).

- l'agent d'assurance est « l'intermédiaire d'assurances ou de réassurances qui, en raison d'une ou plusieurs conventions ou procurations, au nom et pour le compte d'une seule ou de plusieurs entreprises d'assurances ou de réassurances, exerce des activités d'intermédiation en assurances ou en réassurances » ;

- le sous agent est l'intermédiaire d'assurances ou de réassurances, autre que l'agent ou le courtier d'assurance, qui agit sous la responsabilité soit d'un courtier d'assurance soit d'un agent d'assurance.

## 2. Les conditions d'inscription

L'article 10 de la loi « Cauweberghs » énonce les conditions auxquelles l'intermédiaire doit répondre pour prétendre s'inscrire au registre et **conserver** son inscription. En effet, l'intermédiaire doit répondre aux conditions visées à l'article 10 non seulement **préalablement** à l'exercice de la profession qu'il envisage mais encore **durant toute la durée de son activité professionnelle**.

Tout en veillant au respect intégral de l'article 10 sanctionné pénalement (article 15) et administrativement (article 16), l'intermédiaire devra être attentif aux conditions suivantes qui ont été modifiées :

- *Les connaissances professionnelles requises.* Cette exigence porte sur les connaissances techniques (législation sur le contrat d'assurance, législation sur les pratiques du commerce etc.) et les connaissances de gestion d'entreprise (connaissances des principes fondamentaux du droit comptable et droit fiscal de la profession) (articles 10,1° et 11§ 1°). L'intermédiaire doit, en outre, justifier d'une expérience pratique (article 11 § 3). Le niveau des connaissances professionnelles requises et la durée de l'expérience pratique dépendent de la catégorie dans laquelle l'intermédiaire désire s'inscrire (article 11).

- *L'aptitude et l'honorabilité professionnelle suffisantes.* La loi interdit à cet égard aux intermédiaires d'exercer une fonction d'administrateur, de directeur, de gérant ou de mandataire d'une entreprise d'assurance (article 10, 3° et article 90 § 2 de la loi du 9 juillet 1975 dite loi de contrôle ».

- *L'assurance RC professionnelle* (article 10, 4°). Ce contrat d'assurance est **obligatoire** sur la totalité du territoire de l'Espace Economique Européen et bénéficie tant à l'intermédiaire qu'à ses préposés. Les intermédiaires qui agissent en qualité de mandataire d'entreprises d'assurances ou de réassurances ou d'autres intermédiaires d'assurances et de réassurances, y compris les établissements de crédit sont **dispensés de l'obligation** d'assurer leur responsabilité professionnelle dans la mesure où leur mandant assume cette responsabilité. (article 10,4°, aliéna 2). L'entreprise d'assurance doit avertir la C.B.F.A. lorsqu'il est **mis fin** au contrat (article 10,4°, aliéna 1<sup>er</sup>).

- L'article 10,5° impose à l'intermédiaire de « *s'abstenir de participer à la promotion, à la conclusion et à l'exécution de [contrats d'assurance ou de réassurance] manifestement contraires aux dispositions législatives et réglementaires du droit belge qui sont impératives, s'il s'agit de contrats conclus avec une [entreprise d'assurances ou avec une entreprise de réassurances] qui fait l'objet d'un agrément en Belgique ; aux dispositions législatives et réglementaires du droit belge qui sont d'intérêt général, s'il s'agit de contrats conclus avec une [entreprise d'assurances autorisée en Belgique ou avec une entreprise de réassurances étrangère]* ».

- L'intermédiaire ne peut traiter qu'avec des entreprises belges qui sont agréées en Belgique, ou avec des entreprises qui sont agréées dans un autre état membre et qui sont autorisées à offrir leurs prestations d'assurances en Belgique (article 10, 6°).

- *L'adhésion à un système extrajudiciaire de traitement de plaintes* (article 10, 6°bis et arrêté royal du 21 juin 2006). La loi du 31 juillet 2009 complète cette obligation en prévoyant désormais que (i) l'intermédiaire est « *tenu (...) de donner suite à toute demande d'information qui lui serait adressée dans le cadre du traitement des plaintes via ce système* » (article 10,6°bis) et (ii) l'arrêté royal du 21 juin 2006 pourra missionner la CBFA pour récolter les demandes et retraits d'adhésion et pour recouvrer les cotisations impayées ;

- *Le respect des dispositions anti-blanchiment contenues dans la loi du 11 janvier 1993 relative à la prévention de l'utilisation du système financier aux fins du blanchiment de capitaux et du financement du terrorisme* et aux arrêtés d'exécution de celle-ci, pour autant que l'intermédiaire intéressé soit soumis à cette législation. Ces mesures s'appliquent aux courtiers d'assurances et aux agents d'assurances non exclusifs travaillant dans le secteur vie.

J.A. / N.G.

## ■ Verzekeringsbemiddeling

### Overzicht van de Wet van 31 juli 2009 tot wijziging van de wet van 27 maart 1995 betreffende de verzekerings- en herverzekeringsbemiddeling en de distributie van verzekeringen.

In België worden talloze verzekeringspolissen afgesloten op initiatief van een tussenpersoon. De sector van de verzekeringsbemiddeling wordt beheerst door de Wet van 27 maart 1995, ook wel bekend als de « wet Cauwenberghs ».

Niettegenstaande twee recente wetwijzigingen (wet van 22 februari 2006, B.S. 15 maart 2006 en wet van 1 maart 2007 houdende diverse bepalingen (III), B.S. 14 maart 2007.), heeft de wetgever het nodig geacht nieuwe stappen te ondernemen, die tot het opstellen van de Wet van 31 juli 2009 hebben geleid. Deze wet werd gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad van 8 september en heeft als voornaamste doelstelling wijzigingen door te voeren aan de voorwaarden voor de inschrijving in het register.

Het nieuwe regime kan kort samengevat worden als volgt :

#### 1. De verplichting tot inschrijving

De inschrijving in het register van verzekerings- en herverzekeringstussenpersonen, dat bijgehouden wordt door de CBFA, is vereist teneinde toegelaten te worden tot de activiteit van verzekerings- of herverzekeringsbemiddeling.

Deze inschrijving is een **verplicht voorwaarde**, waarvan de niet-naleving tot gevolg heeft dat de bemiddelaar geen enkele activiteit van bemiddeling op het Belgisch grondgebied mag uitoefenen. In het licht van de vrijheid van dienstverlening ingesteld door het gemeenschapsrecht, kan een in een andere lidstaat gevestigde verzekeringstussenpersoon zijn werkzaamheden van verzekeringsbemiddeling ook in België uitoefenen indien de bevoegde autoriteit van zijn lidstaat van herkomst de vereiste toestemming heeft gegeven en hij de in België toepasselijke wettelijke bepalingen naleeft, die hem worden meegegeeld door de CBFA (artikel 8 § 2 van de wet van 27 maart 1995).

De tussenpersoon dient zijn aanvraag tot inschrijving aan de CBFA te richten, volgens de vormen en voorwaarden vastgesteld in een koninklijk besluit (artikel

9 van de wet van 27 maart 1995 en artikel 2 van het KB van 25 maart 1996).

Gelet op het exclusief karakter van de inschrijving, kan een tussenpersoon zich enkel laten inschrijven in één van de drie wettelijk voorziene categorieën : (1) verzekeringsmakelaar, (2) verzekeringsagent of (3) verzekeringssubagent (artikel 5 § 1, lid 5 en artikel 7 van de wet van 27 maart 1995).

Krachtens de wet van 27 maart 1995 worden bovengenoemde categorieën als volgt gedefinieerd :

- de verzekeringsmakelaar is « *de verzekerings- of herverzekeringstussenpersoon die verzekeringsnemers en verzekeringsondernemingen, of verzekeringsondernemingen en herverzekeringsondernemingen, met elkaar in contact brengt, zonder in de keuze van deze gebonden te zijn* ». Met betrekking tot deze categorie vereist de wet dat de verzekeringstussenpersoon « *bij zijn verzoek om inschrijving een verklaring op erewoord voegt waaruit blijkt dat hij zijn beroepswerkzaamheden uitoefent buiten elke exclusieve agentuurovereenkomst of elke andere juridische verbintenis die hem verplicht zijn hele productie of een bepaald deel ervan te plaatsen bij een (verzekerings- of een herverzekeringsonderneming) of meerdere (verzekerings- of herverzekeringsondernemingen) die tot eenzelfde groep behoren* » (artikel 5 bis van de wet van 27 maart 1995).

- de verzekeringsagent is « *de verzekerings- of herverzekeringstussenpersoon die, uit hoofde van een of meer overeenkomsten of volmachten, in naam en voor rekening van één of meerdere verzekerings- of herverzekeringsondernemingen werkzaamheden van verzekerings- of herverzekeringsbemiddeling uitoefent* » ;

- de verzekeringssubagent is de verzekerings- of herverzekeringstussenpersoon, andere dan de verzekeringsagent of -makelaar, die handelt onder de verantwoordelijkheid van hetzij een verzekeringsmakelaar, hetzij een verzekeringsagent.

#### 2. De voorwaarden

Artikel 10 van de « wet Cauwenberghs » bepaalt de voorwaarden waaraan de tussenpersoon dient te beantwoorden om ingeschreven te worden, alsook om deze inschrijving te **handhaven**.

De tussenpersoon dient inderdaad niet enkel aan de voorwaarden van artikel 10 te voldoen voorafgaandelijk aan de uitoefening van zijn werkzaamheden, doch ook tijdens de volledige duur van zijn professionele activiteit van verzekeringsbemiddeling.

Met het oog op de sanctiëring van de niet-naleving van artikel 10 door middel van strafsancities en administratieve boetes (artikelen 15 en 16), dient de aandacht van de tussenpersonen gevestigd te worden op de wijzigingen van volgende voorwaarden:

- *De vereiste beroepskennis.* Deze voorwaarde handelt over de technische kennis (wetgeving met betrekking tot de verzekeringsovereenkomsten, wetgeving betreffende de handelpraktijken, ...) en de kennis van bedrijfsbeheer (grondbegrippen van boekhouding en de basisprincipes van fiscaal recht in verband met het beroep) (artikelen 10,1° en 11 § 1, 1°). De tussenpersoon moet bovendien de vereiste praktische ervaring kunnen aantonen (artikel 11 § 3). Het niveau van de vereiste beroepskennis en de duur van de praktische ervaring variëren naargelang de categorie waarin de tussenpersoon zich wenst in te schrijven (artikel 11).

- *Een voldoende geschiktheid en professionele betrouwbaarheid.* De wet verbiedt in dit opzicht aan de tussenpersonen om de functie van bestuurder, directeur, zaakvoerder of lasthebber van een verzekeringsonderneming uit te oefenen (artikel 10, 3° et artikel 90 § 2 van de wet van 9 juli 1975, Controlewet verzekeringen genoemd).

- *De beroepsaansprakelijkheidverzekering* (artikel 10, 4°). Dergelijk verzekeringscontract dient **verplicht** te worden aangegaan voor het hele grondgebied van de Europese Economische Ruimte en begunstigt zowel de tussenpersoon zelf als diens aangestelden. De tussenpersonen die optreden in naam en voor rekening van verzekerings- of herverzekeringsmaatschappijen of andere verzekerings- of herverzekeringstussenpersonen, met inbegrip van de kredietinstellingen, zijn **vrijgesteld van de verplichting** hun beroepsaansprakelijkheid te verzekeren op voorwaarde dat hun lastgever deze aansprakelijkheid op zich neemt (artikel 10, 4°, lid 2). De verzekeringsonderneming dient bij de **beëindiging** van de verzekeringsovereenkomst de CBFA hiervan op de hoogte brengen (artikel 10, 4°, lid 1).

- Artikel 10, 5° verplicht de tussenpersoon « *zich ervan te onthouden deel te nemen aan de promotie, de sluiting en de uitvoering van (verzekerings- of herverzekeringsovereenkomsten) die klaarblijkelijk strijdig zijn met de wettelijke en reglementaire bepalingen van het Belgisch recht die van dwingende orde zijn, wanneer het gaat om (overeenkomsten) gesloten met een in België toegelaten (verzekeringsonderneming of met een herverzekeringsonderneming; met de wettelijke en reglementaire bepalingen van het Belgisch recht die van algemeen belang zijn, wanneer het gaat om (overeenkomsten) gesloten met een (in België gemachtigde verzekeringsonderneming of een buitenlandse herverzekeringsonderneming)* ».

- De tussenpersoon kan slechts handelen met ondernemingen die zijn toegelaten in België of met ondernemingen toegelaten in een andere lidstaat maar die gemachtigd zijn om in België hun verzekeringsdiensten aan te bieden (artikel 10, 6°).

- *Toetreding tot een buitengerechtelijke klachtenregeling* (artikel 10, 6°bis en het KB van 21 juni 2006). De Wet van 31 juli 2009 vervolledigt deze verplichting en voorziet voortaan dat : (i) de tussenpersoon dient « (...) *in te gaan op elk verzoek om informatie dat hij in het kader van die regeling ontvangt* » (artikel 10, 6° bis) (ii) het KB van 21 juni 2006 kan de CBFA belasten met het verzamelen van de aanvragen om toetreding en uittreding en met de inning van de bijdragen.

- *Voldoen aan de wet van 11 januari 1993 tot voorkoming van het gebruik van het financiële stelsel voor het witwassen van geld en de financiering van terrorisme* en aan de besluiten ter uitvoering daarvan, voor zover deze wetgeving van toepassing is op de betrokken tussenpersoon. Deze voorwaarde is van toepassing op verzekeringsmakelaars en verzekeringsagenten, die hun beroepsactiviteiten buiten elke exclusieve agentuurovereenkomst uitoefenen in de groep van activiteiten "leven".

Er dient tenslotte benadrukt te worden dat de verplichting voor tussenpersonen om een bankgarantie te verschaffen die werd opgelegd door de Wet van 22 februari 2006, door de Wet van 31 juli 2009 wordt afgeschaft.

J.A/N.G.

## ■ Life insurance

### Also foreign insurers have to look for the beneficiaries of “sleeping” insurance contracts

The law dd. July 24<sup>th</sup> 2008 (called “on miscellaneous topics”, which entered into force on August 8<sup>th</sup> 2008) imposes on insurance companies to look for the beneficiaries of life insurance contracts for which no beneficiary has claimed the insured capital.

This law is still waiting for various Royal Decrees to be taken, in order to be fully operational, but the Belgian financial and insurance sectors created this year a non profit organisation called “Identifin” whose aim is to allow the centralized access to the Belgian population registry in order to facilitate research of beneficiaries.

Time now also foreign insurance companies active on the Belgian market to consider these new obligations!

1. The **aim of the legislation** is to force **insurance companies** to take a more **active role** in the research of the beneficiaries of their contracts if they do not claim the capital spontaneously and – ultimately – to ensure the **transfer of unclaimed capitals** to the Belgian “Caisse des Dépôts et Consignations/Deposito- en Consignatiekas” (CDC).

2. The law is **applicable to** all life insurance contracts (including wedding and birth insurance, but excepted all life insurances taken within the specific regime of the second pension pillar) where the beneficiary is a natural person and which are subject to Belgian law and to all insurance companies making business in Belgian (either established in Belgium or operating from another EU-Member state).

A life insurance is considered as a “sleeping” contract if there has been no “intervention” from the beneficiary within the six months following the date where the insurer has become aware of the realization of the insured risk.

The new obligations are applicable not only to new contracts but also to previously concluded contracts which are to be considered as “sleeping” at the moment of entry into force of the law (August 8<sup>th</sup> 2008) or become “sleeping” in the year following this entry into force. For the latter, the insurance company has however until August 8<sup>th</sup> 2011 to transfer the capitals

(and provided no “intervention” from a beneficiary took place before this date). Are only excluded those contracts for which any claim was, at the date of entry into force, definitely time barred (according to the ordinary limitation periods applicable to insurance contracts).

3. The insurance companies have the obligation to **look for the beneficiaries of “sleeping” contracts:**

- by sending a first (ordinary) letter to the beneficiaries (the may therefore consult the Belgian population registry through Identifin in order to check their current residence) and,

- without response from the beneficiaries within one month after this first letter, by sending a registered letter with acknowledgment of receipt to the beneficiaries (after having – mandatorily – checked their current residence through Identifin).

These letters have to inform the beneficiaries of the existence of the contract and of the procedure which will be followed if there is no “intervention” from the beneficiary.

Only the Belgian insurers’ association Assuralia – and not the individual insurers – has the right to access the Belgian population and social security registries (competence delegated to the common association Identifin).

The insurer may invoice the costs of its various researches with a maximum of 5% of the capital and an absolute maximum of 200 €. He is not obliged to perform research operations whose costs would exceed this limit.

**The insurer has to consult Identifin in order to find the current residence of the beneficiaries and inform them in writing of the existence of the contract. Without any reaction from the beneficiaries, the insurer will transfer the capital to the CDC.**

4. Furthermore, the insurance companies have some **specific obligations** which differ however depending on the type of life insurance.

**For temporary death coverage** the insurer has, within the 6 months following the end of the insured period, to verify whether the insured risk occurred or not during that period. This is not requested for contracts where the insured period ended before August 8<sup>th</sup> 2008 or for life insurance policies linked to loans.

For **all types of insurance containing death coverage**, the insurer has to try to get into contact with the insured person before the latter reaches the age of 90 years and then every 5 years, in order to check that he/she is still alive. This verification is deemed accomplished if either the insurer or the intermediary (agent or broker) has had a personal contact with the insured (the insurer having to keep evidence of this contact).

For **all life insurances** where no beneficiary has claimed the insured capital, the insurer has – within 18 months following the knowledge of the realization of the risk – to check if all the conditions of the policy for the cover of the risk are met (and he has to keep evidence of this verification).

5. If, although the researches detailed above having been performed, no “intervention” from a beneficiary occurred, the insurer has to **transfer the capital** of the contract **to the CDC** within 18 months following his knowledge of the realization of the insured risk.

The insurer has to evidence a potential

“intervention” from the beneficiary’s side (the signature of the acknowledgment of receipt being considered as such an “intervention”).

Together with the capital, the insurer **also transfers** to the CDC **the necessary information** regarding the insurance contract (to be detailed by Royal Decree) as well as the identity of those persons who may for sure no longer claim the capital.

This transfer of the capital is not considered as a payment for the levy of fiscal or other contributions.

By transferring the capital, the insurance company is (except error or fault on the insurer’s side) released from all its obligations towards the beneficiaries, the public authorities and all other third parties. The CDC keeps the capitals on behalf of the beneficiaries, who have 30 years as of the CDC’s last operation to claim their capital. The law does however not clearly indicate if the transfer operates a veritable novation (the CDC becoming a new debtor without having the possibility to oppose exceptions resulting out of the insurance contract) or if the relation remains unchanged, the insurer only being released from its obligations.

If the check regarding the fulfilment of the conditions of the policy – *cf. supra* – turned out negative, the insurer only transfers to the CDC the information and identities mentioned here above, but not the capital.

6. If the **capital is less than 20 €**, the insurance company has no obligation to make verifications and may transfer the capital to the CDC without any additional information.

M.G.

## ■ Assurances en général Indemnité de procédure

L'intervention volontaire est un moyen procédural économique auquel les compagnies d'assurance recourent fréquemment pour devenir partie à un litige. Elle peut avoir lieu tant devant les juridictions civiles que devant les juridictions pénales.

Depuis la loi du 21 avril 2007 relative à la répétibilité des frais et honoraires d'avocat, se posait la question de savoir si une partie, intervenante volontaire devant une juridiction répressive, pouvait être condamnée à payer une indemnité de procédure à la/les partie(s) triomphante(s), alors que cette condamnation n'était pas explicitement prévue par l'article 162bis du Code d'instruction criminelle (C.I.Cr.) qui détermine les parties pouvant être condamnées au paiement de cette indemnité.

La Cour constitutionnelle s'est prononcée sur cette question dans un arrêt du 23 avril 2009, sous l'angle de l'égalité et de la « non discrimination », en décidant que l'assureur intervenant volontaire devant le juge répressif pouvait être condamné à payer l'indemnité de procédure car cette condamnation résultait de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre (arrêt 70/2009, [www.courconstitutionnelle.be](http://www.courconstitutionnelle.be)); dans le même sens, C. const., 17 septembre 2009, arrêt 146/2009, [www.courconstitutionnelle.be](http://www.courconstitutionnelle.be)).

La Cour de cassation, dans son arrêt prononcé le 9 septembre 2009 (P.09.0360. disponible sur [www.juridat.be](http://www.juridat.be)), s'est ralliée à la position de la Cour constitutionnelle :

*«L'indemnité de procédure est une intervention forfaitaire dans les frais et honoraires d'avocat de la partie ayant obtenu gain de cause. Elle est mise, en vertu de l'article 1022 du Code judiciaire, à charge de la partie qui succombe.*

*Il en résulte que, devant le juge civil, la défenderesse aurait pu être condamnée au paiement de cette indemnité.*

*Dès lors que la mise en cause de l'assureur devant la juridiction répressive est autorisée dans les mêmes conditions, l'article 162bis, aliéna 1<sup>er</sup>, du Code d'instruction criminelle ne peut être lu comme interdisant la condamnation de la partie intervenue volontairement et qui succombe. »*

Cet arrêt constitue un revirement de jurisprudence dans la mesure où, parallèlement au contentieux pendant devant la Cour constitutionnelle, la Cour de cassation s'était prononcée précédemment sur cette question bien délimitée en décidant que l'article 162bis C.I.Cr. n'autorisait pas le juge pénal à condamner la partie intervenante volontaire à payer l'indemnité de procédure à la partie civile triomphante (voir notamment Cass., 2 décembre 2008, RG P.08.0482.N/1, [www.juridat.be](http://www.juridat.be); Cass., 4 mars 2009, RG P.08.1682, [www.juridat.be](http://www.juridat.be)). La Cour faisait donc une interprétation stricte du texte.

Pendant quelques mois, deux courants jurisprudentiels contradictoires ont donc coexisté, ce qui ne servait pas la sécurité juridique et pouvait déboucher sur un bras de fer entre les deux Hautes Juridictions.

Quel que soit le sentiment qu'on éprouve à la lecture de ce récent arrêt de la Cour de cassation, il est clair qu'un même son de cloche, de la part de la Cour constitutionnelle et de la Cour de cassation, est favorable à l'économie procédurale, la sécurité juridique, la cohérence, la fiabilité et de la crédibilité du système juridique, que le justiciable est en droit d'attendre.

J.A.

**L'assureur, intervenant volontaire, peut être condamné par le juge pénal à payer l'indemnité de procédure à la partie civile triomphante.**

## ■ Assurances en général

### Licéité des constats opérés par un détective privé pour débusquer la fraude de la victime qui simule son handicap

La loi du 25 juin 1992 n'offre guère de protection à l'assureur de responsabilité contre le risque de simulation des victimes qui parviendraient à convaincre les experts de l'existence d'un handicap imaginaire. Ceci peut se produire lorsque la victime, par exemple, prétend souffrir d'un problème locomoteur. Comment remettre en cause les plaintes de la victime qui boite ou se présente aux séances d'expertise en fauteuil roulant... ?

Il arrive, dans de telles situations, que la suspicion de fraude conduise les assureurs à mandater un détective privé, assisté le cas échéant d'un huissier de justice, pour filmer et observer les déplacements du présumé fraudeur dans un lieu public (la loi organisant la profession de détective privé interdisant formellement d'espionner ou de faire espionner, de prendre ou faire prendre des vues des personnes qui se trouvent dans des lieux non accessibles au public, sans que le gestionnaire du lieu et les personnes concernées aient donné leur consentement) afin de s'assurer que le handicap dont se prévaut la victime se manifeste également...en dehors des réunions d'expertise. Le procédé interpelle. Est-il licite ? Les constats seront-ils admissibles, comme moyens de preuve, en justice ?

Par une loi du 19 juillet 1991, le législateur a décidé d'organiser la profession de détective privé. Il n'est dès lors plus permis de croire que ce mode de preuve serait contraire à l'ordre public en ce qu'il concerne des données collectées à l'insu de la victime. Il faut cependant, pour être admissible, que la preuve ait été recueillie licitement c'est-à-dire sans méconnaître la loi, au sens large, et la loi précitée du 19 juillet 1991, en particulier (L'on peut se demander si la Cour de cassation, dans son arrêt du 10 mars 2008, n'a pas ouvert une brèche afin d'admettre, dans des conditions bien définies, les preuves même recueillies illicitement : « Sauf si la loi prévoit expressément le contraire, le juge peut examiner l'admissibilité d'une preuve *illicitement* recueillie à la lumière des articles 6 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales et 14 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques en tenant compte de tous les éléments de la cause, y compris de la manière suivant laquelle la preuve a été recueillie et des circonstances dans les-

quelles l'irrégularité a été commise », Cass., 10 mars 2008, S.07.0073.N).

Une difficulté peut alors surgir à la lecture de l'article 7 de la loi du 19 juillet 1991, lequel dispose qu'« il est interdit au détective privé de recueillir des informations *relatives à la santé* (ou aux origines sociales ou ethniques) des personnes qui font l'objet de ses activités ». Un détective privé, mandaté par un assureur pour débusquer la simulation d'un préjudice corporel, n'est-il pas chargé de recueillir des informations sur la santé de la victime, en contrariété à la loi ?

**L'on ne saura trop conseiller aux assureurs d'insister pour que les détectives fassent preuve de sobriété en constatant objectivement la manière dont la victime se déplace sans s'aventurer à des déductions.**

Nous ne le pensons pas. Les travaux préparatoires indiquent que cette précision a été introduite dans la loi afin de compléter la protection offerte par le secret médical. Le détective ne pourrait dès lors en aucun cas recueillir des données du dossier médical d'une victime, ou des examens médicaux qu'elle aurait subis. Par contre, **révéler la manière dont une personne se déplace en rue n'est certainement pas une information relative à la santé proprement dite**. Comme l'écrit en des termes excellents le Professeur Mougenot, « *tout d'abord, les faits constatés ne sont pas couverts par le secret médical, dès lors qu'ils sont perceptibles par n'importe qui. En outre, par eux-mêmes, ces faits n'ont rien à voir avec la santé de l'individu photographié ou filmé. Ce n'est que par déduction que l'on peut établir un rapport avec l'état de santé de l'intéressé. Il n'y a donc pas de lien direct entre les constats effectués par le détective et la santé de la personne* ». Cette position est celle adoptée en général par la jurisprudence.

L'on ne saura cependant trop conseiller aux assureurs d'insister pour que les détectives fassent preuve de sobriété en constatant objectivement la manière dont la victime se déplace sans s'aventurer à des déductions concernant, par exemple, l'absence d'efforts,

l'absence de grimace, ...bref, en évitant les propos relatifs à l'état de santé de la victime. A cette condition, le film et/ou le rapport du détective privé devront permettre au juge d'y puiser des présomptions graves, précises et concordantes de la fraude, et d'en

tirer toutes les conséquences sur le droit à l'indemnité.

C.E.

## ■ Assurances de choses

### La responsabilité de l'assureur du fait de son expert

La cour d'appel de Liège, dans un arrêt du 7 avril 2008 (R.R.D., 2009, p. 228) a eu à trancher une question plutôt rare. L'assurée se plaignait d'une erreur qui avait été commise à la fois par son réparateur et par l'expert de son assureur omnium, au cours de l'expertise des dégâts subis par son véhicule à la suite d'un accident. Selon elle, une panne de sa voiture survenue ultérieurement était la conséquence de dégâts non décelés lors de cette expertise (il n'y avait eu alors aucun démontage) et, par conséquent, non réparés. Elle produisait un rapport unilatéral d'un (autre) expert à l'appui de ses dires.

La cour décide que, certes, le réparateur a commis une faute, mais l'expert aussi, faute qui « engage la responsabilité de la compagnie d'assurance qui l'a mandaté », car : « L'exécution de bonne foi des conventions et le devoir d'information et de conseil que l'assuré est en droit d'attendre de sa compagnie d'assurances qui désigne un professionnel de l'automobile qualifié d'expert automobile, pour procéder avec le réparateur qui représente l'assuré qui l'a choisi, à l'évaluation de l'ampleur des dégâts », ce qui permettra de déterminer si le contrat liant les parties

trouve à s'appliquer ou non, impliquent non seulement que cet expert vérifie si tous les dégâts invoqués sont en relation avec le sinistre déclaré, mais aussi si ce réparateur a bien perçu et déterminé tous les dégâts en relation causale avec le sinistre ».

On sait que le contrat qui lie l'assureur à son expert n'est pas un contrat de

mandat, mais un contrat de louage d'industrie, l'expert ayant pour mission d'informer l'assureur et de lui donner ses avis sur

l'ampleur du sinistre, ses causes, les responsabilités. S'y ajoute habituellement un mandat limité, celui de fixer définitivement avec l'assuré ou son représentant le montant définitif du dommage.

Ce qui est particulier, dans cette affaire, c'est que la cour retient la mission d'évaluation des dommages, confiée à l'expert par l'assureur, comme faisant partie des prestations promises par ce dernier à l'assuré, dans le cadre du contrat d'assurance. Et il est vrai que dans les polices d'assurance 'dégâts matériels' de véhicules, il est fréquemment stipulé que l'assureur nommera à ses frais un expert chargé d'évaluer les dommages du véhicule ; 'à ses frais' implique que le prix de cette opération est compris dans la prime.

On comprend dès lors que dans le cadre de cette mission, la faute de son expert engage effectivement la responsabilité de l'assureur ; c'est à juste titre que la cour a mis en évidence, à cet égard, le devoir d'exécution de bonne foi des conventions et le devoir d'information et de conseil qui pèse sur un professionnel ; un expert ne doit pas « profiter » de l'erreur ou de la négligence du réparateur (qui aurait dû démonter, pour vérifier tous les dégâts, ce qu'il n'a pas fait), il doit veiller à ce que l'expertise des dommages soit bien faite et complète.

Nous verrons dans le prochain numéro une autre question fort intéressante concernant l'évaluation des dommages par un collègue d'experts.

H.d.R .

**L'expert d'assurance qui omet de vérifier certains dégâts possibles commet une faute qui engage la responsabilité de l'assureur, son mandant, vis-à-vis de l'assuré.**

## ■ Life insurance

### Follow up on Luxembourg insurers' professional secrecy and its (no) future

We reported in our last newsletter on the probable future implications that the new double taxation treaties and the revision of the Savings Directive will have on Luxembourg insurers' professional secrecy. In both sectors recent evolutions took place.

1. The Ministry of Finance has filed with the Parliament on October 1<sup>st</sup> his law proposal (n°6072) on the approval of the new double taxation treaties (or additional protocols to existing treaties) signed since Luxembourg committed, after the G20 summit in spring, to adopt the **OECD standards on information exchange "on demand"**.

This law proposal also contains the **procedure** to be followed by the Luxembourg tax authorities in case of a request from a foreign authority based on article 26 of OECD's Model Tax Convention:

- The Luxembourg tax authority has to check if the request is compliant.
- If so, the authority is going to notify an injunction to the person who is holding the information (i.e. the insurer) and with this notification the person(s) on whom information is held are deemed to be informed!
- The information holder has to disclose the information to the tax authority at the latest within one month following the notification.
- Within the same period of one month, the information holder and/or any other person having a legitimate interest (especially the person on whom information is held) may file a recourse against the injunction with the administrative court. Such recourse suspends the effects of the injunction during the time of the procedure.
- If the information holder does not disclose the information, an administrative fine of up to 250.000 € may be imposed on him.

If this text is adopted in its current wording, it will thus be very important for insurers to immediately forward to their client any injunction related to him with a clear indication on the possible actions against this injunction and the time limitations.

2. The revision process of the **Savings Directive** is still ongoing and even if it seems inevitable that life-insurance products will be covered by its future **scope**, it is yet not clear which kind of products.

The first proposal was to include only products where the biometric risk coverage is lower than 5 % of the capital insured and which is fully linked to interest.

After several other proposals made by the Czech Presidency, the Swedish Presidency now raised 3 sets of questions in order to collect the Member-State's (final) position:

- Rather than referring to a (minimum) biometric risk, wouldn't it be preferable to include all types of insurance products, with however a broader set of exemptions?
- Regarding the exemption for "pensions", how could the scope of this exemption be better defined and should there be a minimum 5-year payment condition?
- Because a scope limited to insurance products *fully* linked to interest payments is too narrow, a threshold of income related to interests should be introduced. Would a 40% limit be acceptable?

The future scope of the new Savings Directive will thus probably be even larger than what was expected based on the first proposals. The declared intention is to reach a final agreement on this before the end of this year.

M.G.

## • Varia

**Le 26 novembre 2009** : Colloque consacré au paiement, organisé par le Centre des Facultés Universitaires Catholiques pour le recyclage en droit. Intervention de Cédric Eyben: **Paiement avec subrogation.**

Lieu : Bruxelles

Pour en savoir plus : [http://www4.fusl.ac.be/4DACTION/EWA\\_Agenda/ID/0/8512](http://www4.fusl.ac.be/4DACTION/EWA_Agenda/ID/0/8512)

**Les actes de la conférence PHILIPPE & PARTNERS « Assurance vie - Morceaux choisis » (8 octobre 2009)**

sont disponibles on-line sur: [www.philippe-law.eu](http://www.philippe-law.eu)

- Pierre MOREAU : L'acceptation médicale en assurance vie (individuelle et groupe)
- Evelyne ANDRE : Révision de la directive fiscalité de l'épargne - Incidences sur l'assurance vie?
- Claude DEVOET : Les droits du preneur d'assurance et du bénéficiaire
- Hélène DE RODE : Assurance vie et droit patrimonial: les héritiers et le conjoint
- Marc GOUDEN : L'attitude de l'assureur face aux tiers - Le secret professionnel

## PHILIPPE & PARTNERS' Insurance & Liability Team

**Hélène DE RODE** is one of the partners of the firm, member of the Liège Bar. She was professor of insurance law at the UCL until 2003 and is currently professor of insurance law at the FUCaM (Mons). She has developed since more than 25 years a practice whose essential activities are focused on insurance law (liability insurances, technical insurances, life insurances) by providing legal advice and assisting in judicial proceedings and arbitration. She published numerous papers and 4 books, a new book (*Traité des assurances terrestres*) is in preparation.

**Denis PHILIPPE** is one of the founding partners of the firm, member of the Brussels and Luxembourg Bars. He is professor at the Université catholique de Louvain, at the graduate school ICHEC and at the University of Paris X Nanterre. His academic duties cover obligation law (liabilities), English and German contract law, public and private contract law, banking law and international contract law. He is appointed as arbitrator with CEPANI and CCI on a regular basis and benefits from more than 30 years professional experience in various matters amongst which liability and insurance.

**Marc GOUDEN** is one of the partners of the firm, member of the Brussels and Luxembourg Bars. His law studies were followed by a special degree in tax law (ESSF) and a degree in SME management (IcheC). He is part of the business law department where he is in charge of the insurance and energy sectors. In insurance law he has developed special expertise in advice to insurance companies (freedom of establishment and free movement of services, money laundering, relation with intermediaries, (captive) reinsurance, winding up or transfer of business, drafting of general terms and conditions, ...), advice to policyholders (risk prevention, handling of claims, ...) and litigation (arbitration) in all types of insurance (life insurance, liability, ...).

**Sophie LOUTERMAN** is an associate with Philippe & Partners (or previously Bullman & Bossard in Charleroi) since 2003 and member of the Bar since 1998. She is specialised in IARD Insurances [traffic accidents, commercial risks (exploitation, product liability, construction, ...) and mass risks (motor insurance, family insurance,...)], insurance and liability [all forms of contractual (fire insurance, renter liability, ...) and quasi-liability, physical injury assessment]. Her essential activities are legal advice and judicial proceedings.

**Pierre MOREAU** graduated in law from the Université catholique de Louvain (UCL) in 1998. In 2001, he obtained a diploma in Insurance Law (DES en droit et économie des assurances) at the UCL. He is lawyer and member of the Brussels Bar since 1999 and joined Philippe & Partners in 2008. His practice is focused on insurance, torts and liabilities and he has also extensive experience in commercial contract law. He is the author of various publications in the field of insurance, torts and liabilities and is member of the editorial board of the « Revue Générale des Assurances et des Responsabilités » (RGAR).

**Cédric EYBEN** is an associate with Philippe & Partners since 2008 and member of the Bar since 2001. He is specialised in IARD insurances (advice and prevention of litigation; drafting of agreements; negotiation, mediation, arbitration and judicial proceedings). He is also a lecturer at the Facultés universitaires Saint-Louis (FUSL) since 2005 and co-director of the special degree in insurance law at the FUCaM (Mons) since 2007. He is co-author of the "Commented Insurance Code" to be published soon.

**Jean ACOLTY** is an associate with Philippe & Partners and member of the Liège Bar since 2007. After having obtained his law degree at the Université catholique de Louvain (U.C.L.), he obtained a master degree in economic and tax law, at the Université de Liège (ULg). His main professional activities are related to insurance law.

### **Insurance & Liabilities**

is edited and published by

Hélène de RODE  
Marc GOUDEN  
Pierre MOREAU  
Cédric EYBEN  
Jean ACOLTY  
Naomi GLIBERT  
Sara MATTHE

Visit Philippe & Partners' website:

[www.philippe-law.eu](http://www.philippe-law.eu)

Give your opinion  
and participate in discussions  
related to insurance and liabilities  
on our forum:

[www.philippelaw.com/forum](http://www.philippelaw.com/forum)

The content published in *Insurance & Liabilities* is given as mere information and is not intended to be legal advice for specific situations.

The recipients of this newsletter are informed that information related to them is kept in a database for the means of publishing the newsletter. You can request access to and change of personal data, in accordance with the Belgian and Luxembourg privacy legislations.

Reproduction is authorized, except for commercial purposes, with indication of the source.

**Next edition :**  
**January 2010**

Responsible editor : Hélène de Rode  
Boulevard d'Avroy 280, 4000 Liège