

**15 MEI 2007. - Wet betreffende
de vergoeding van schade
als gevolg van gezondheidszorg**

BS 06/07/2007 in voege 01/01/2008

Gewijzigd door:

Wet dd 21/12/2007 – BS 31/12/2007 – in voege 31/12/2007 (zie blz. . 24 en 26)

Arrest nr. 8/2009 van 15 januari 2009 van het Grondwettelijk hof - BS 09/02/2009 (zie blz. 20)

Opgeheven bij Wet van 31/03/2010 - BS 02/04/2010

HOOFDSTUK I. - Voorafgaande bepalingen

Afdeling 1. - Algemene bepaling

Artikel 1.

Deze wet regelt een aangelegenheid als bedoeld in artikel 78 van de Grondwet.

Afdeling 2. - Definities en toepassingsgebied

Art. 2.

§ 1. Voor de toepassing van deze wet en zijn uitvoeringsbesluiten wordt verstaan onder :

1° “beroepsbeoefenaar” :

de beroepsbeoefenaar zoals bedoeld in het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen;

2° “verzorgingsinstelling” :

elke gezondheidszorgverstrekende instelling, gereguleerd door de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, en het ziekenhuis dat beheerd wordt door het ministerie van Landsverdediging en dat gelegen is in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, de bloedtransfusiecentra in de zin van het koninklijk besluit van 4 april 1996 betreffende de afneming, de bereiding, de bewaring en de terhandstelling van bloed en bloedderivaten van menselijke oorsprong en de instellingen bedoeld in het koninklijk besluit nr. 143 van 30 december 1982 tot vaststelling van de voorwaarden waaraan de laboratoria moeten voldoen voor de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor verstrekkingen van klinische biologie;

3° “zorgverlener” :

een in 1° bedoelde beroepsbeoefenaar die gezondheidszorg verleent, of een in 2° bedoelde verzorgingsinstelling waar gezondheidszorg wordt verleend in de zin van deze wet;

4° “het verlenen van gezondheidszorg” :

door een zorgverlener aangeboden diensten in het kader van de uitoefening van zijn beroep met het oog op :

- a) het bevorderen, vaststellen, behouden, herstellen of verbeteren van de gezondheidstoestand of de esthetiek van de patiënt;
- b) het afstaan van menselijk lichaamsmateriaal door de patiënt;
- c) contraceptie of het vrijwillig afbreken van een zwangerschap;
- d) het uitvoeren van bevallingen;
- e) het begeleiden van de terminale patiënt.

- 5° “patiënt” :
een natuurlijke persoon aan wie gezondheidszorg wordt verstrekt, al dan niet op eigen verzoek;
- 6° “verzekeringsonderneming” :
een in België toegelaten of van toelating vrijgestelde verzekeringsonderneming in toepassing van de wet van 9 juli 1975 betreffende de controle der verzekeringsondernemingen;
- 7° “het Fonds” :
het in artikel 12 bedoelde fonds;
- 8° “voogdijministers” :
de minister bevoegd voor Volksgezondheid en de minister bevoegd voor Economie;
- 9° “rechtverkrijgenden” :
de in § 2 van dit artikel bedoelde personen;
- 10° “verzoeker” :
de patiënt of zijn rechtverkrijgenden of hun wettige vertegenwoordigers die een verzoek tot schadeloosstelling richten aan het Fonds, overeenkomstig de in artikel 17 bedoelde regels;
- 11° “verzekeringsinstelling” :
een landsbond, de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering en de Kas der geneeskundige verzorging van de Nationale Maatschappij der Belgische Spoorwegen.

§ 2. Onder rechtverkrijgenden van de overleden patiënt wordt verstaan :

- 1° de echtgenoot die op het tijdstip van het feit dat de oorzaak is van de schade noch uit de echt, noch van tafel en bed is gescheiden;
- 2° de echtgenoot die op het tijdstip van het overlijden van de patiënt die als gevolg van het verlenen van gezondheidszorg is overleden, noch uit de echt, noch van tafel en bed is gescheiden, op voorwaarde dat :
- het huwelijk gesloten nadat de schade is voorgevallen minstens één jaar voor het overlijden van de patiënt plaatsvond of,
 - uit het huwelijk een kind is geboren of,
 - op het ogenblik van het overlijden een kind ten laste is waarvoor één van de echtgenoten kinderbijslag ontving.
- 3° de overlevende die uit de echt of van tafel en bed gescheiden is, en die wettelijk of conventioneel onderhoudsgeld genoot ten laste van de overleden patiënt;

4° de kinderen van de overleden patiënt;

5° de kinderen van de echtgenoot van de overleden patiënt, zo hun afstamming vaststaat op het ogenblik van het overlijden van de patiënt;

6° de kinderen die door de overleden patiënt of door zijn echtgenoot vóór het overlijden werden geadopteerd;

7° de vader of de moeder van de overleden patiënt die op het tijdstip van het overlijden noch echtgenoot, noch rechtverkrijgende kinderen nalaat. De adoptanten hebben dezelfde rechten als de ouders van de overleden patiënt;

8° de vader of de moeder van de overleden patiënt die op het tijdstip van het overlijden een echtgenoot zonder rechtverkrijgende kinderen nalaat. De adoptanten hebben dezelfde rechten als de ouders van de overleden patiënt;

9° bij vooroverlijden van de vader of de moeder van de overleden patiënt die op het tijdstip van het overlijden geen echtgenoot of rechtverkrijgende kinderen nalaat, ieder van de bloedverwanten in opgaande lijn van de vooroverledene;

10° de kleinkinderen van de overleden patiënt die geen rechtverkrijgende kinderen nalaat of waarvan één of meerdere kinderen vooroverleden zijn;

Met kleinkinderen worden gelijkgesteld, voor zover zij nergens anders in deze paragraaf worden bedoeld, de kinderen waarvoor uit hoofde van de prestaties van de overleden patiënt of van de echtgenoot kinderbijslag werd genoten, zelfs zo hun vader en moeder nog in leven zijn;

11° de broers en zussen van de overleden patiënt die geen andere rechtverkrijgende nalaat.

§ 3. Met echtgenoot in de zin van § 2 worden gelijkgesteld, de wettelijk samenwonende partner alsook de feitelijk samenwonende partner waarmee de overleden patiënt sinds minstens twee jaar samenwoonde.

Gerechtelijke vaststelling van afstamming komt voor de toepassing van § 2 slechts in aanmerking voor zover de procedure tot vaststelling van de afstamming werd ingeleid vóór de datum van het overlijden als gevolg van de medische verstrekking die de schade heeft veroorzaakt, behalve indien het kind verwekt maar nog niet geboren was, of indien het kind wel geboren was, maar er nog geen aangifte werd gedaan.

De geadopteerden die overeenkomstig de bepalingen van artikel 353-15 van het Burgerlijk Wetboek rechten kunnen doen gelden in hun oorspronkelijke familie en in hun adoptieve familie, mogen de rechten, waarop zij in elk van deze families aanspraak kunnen maken, niet samenvoegen. Zij mogen echter kiezen tussen de rente waarop zij recht hebben in hun oorspronkelijke of in hun adoptieve familie. De geadopteerden kunnen steeds op hun keuze terugkomen wanneer zich in hun oorspronkelijke of in hun adoptieve familie een nieuw ongeval met dodelijke afloop voordoet.

De bepalingen van deze paragraaf zijn eveneens van toepassing op de gevallen bedoeld in artikel 355 van het Burgerlijk Wetboek.

De bloedverwanten in de opgaande lijn, de kleinkinderen en de broers en zussen worden slechts als rechtverkrijgende in de zin van dit artikel beschouwd indien zij rechtstreeks voordeel uit het loon van het slachtoffer haalden. Worden als zodanig aanzien degenen die onder hetzelfde dak woonden.

In afwijking van het vorige lid, indien het overleden slachtoffer een leerling is die geen inkomen genoot, dan worden bovenvermelde personen niettemin beschouwd als rechtverkrijgende zo zij onder hetzelfde dak woonden.

Art. 3.

§ 1. Deze wet strekt ertoe de in België door een zorgverlener veroorzaakte schade die door patiënten en hun rechtverkrijgenden werd geleden te vergoeden op de wijze en binnen de grenzen die in deze wet worden bepaald.

§ 2. De schade die het gevolg is van een experiment in de zin van de wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon is uitgesloten van het toepassingsgebied van deze wet.

§ 3. De schade bedoeld in § 1 die uitsluitend en alleen door een derde, die niet de zorgverlener is, wordt veroorzaakt, is uitgesloten van het toepassingsgebied van deze wet.

Als een derde een handeling stelt die schade veroorzaakt en deze schade vervolgens verergerd wordt door de zorgverlener of omgekeerd, zal enkel het gedeelte van de schade dat werd veroorzaakt door de zorgverlener door deze wet gedekt zijn; als het niet mogelijk is dit onderscheid te maken, zal deze wet van toepassing zijn op het geheel van de schade.

HOOFDSTUK II. - Schadeloosstelling

Art. 4.

De patiënten alsook hun rechtverkrijgenden worden door een verzekeringsonderneming en door het Fonds onder de in deze wet bepaalde voorwaarden vergoed voor schade die het gevolg is van :

1° het verlenen van gezondheidszorg;

2° het niet verlenen van zorg die de patiënt rechtmatig kon verwachten, rekening houdende met de stand van de wetenschap;

3° een infectie opgelopen als gevolg van de verleende zorg.

Art. 5.

§ 1. Worden niet vergoed, de schade als gevolg van :

1° de oorspronkelijke toestand van de patiënt en/of de voorzienbare evolutie van die toestand, rekening houdend met de toestand van de patiënt en de stand van de wetenschap op het ogenblik van het verlenen van de gezondheidszorg;

2° de opzettelijke fout van de patiënt of de weigering van de patiënt of zijn vertegenwoordiger van de zorg die hem werden voorgesteld na voldoende te zijn geïnformeerd;

3° normale en voorzienbare risico's of neveneffecten die verband houden met de verleende gezondheidszorg, rekening houdend met de oorspronkelijke toestand van de patiënt en de stand van de wetenschap op het ogenblik van het verlenen van de gezondheidszorg.

§ 2. Niemand kan schadevergoeding vorderen enkel wegens het feit dat hij geboren is.

De persoon die als gevolg van het verlenen van gezondheidszorg met een handicap is geboren, kan een schadevergoeding verkrijgen als de zorg de handicap heeft veroorzaakt of verergerd, of als de zorg het niet heeft mogelijk gemaakt om maatregelen te nemen om deze handicap te verminderen.

Indien de ouders van een kind dat als gevolg van een zware of opzettelijke fout van de zorgverlener met een handicap is geboren die niet tijdens de zwangerschap werd ontdekt, schade lijden in de zin van deze wet, kunnen zij een vergoeding vorderen voor hun schade. Die schade kan niet de bijzondere kosten omvatten die tijdens het leven van het kind uit deze handicap voortvloeien.

Art. 6.

§ 1. Het Fonds en de verzekeringsonderneming vergoeden zowel de economische als de niet-economische schade uit hoofde van de patiënt of zijn rechtverkrijgenden binnen de grenzen bepaald in § 2.

Het Fonds en de verzekeringsonderneming vergoeden de patiënt voor :

1° de economische schade die voortvloeit uit de lichamelijke letsels, de vermindering of het verdwijnen van de geschiktheid van de patiënt om een activiteit uit te oefenen die hem een beroepsinkomen kan verschaffen of op zijn minst een economische waarde heeft;

2° de kosten voor het verlenen van gezondheidszorg die noodzakelijk is als gevolg van de door de patiënt geleden schade;

3° de kosten voor ondersteunende zorg en in het bijzonder in het geval van afhankelijkheid;

4° de niet-economische schade.

Het Fonds en de verzekeringsonderneming vergoeden de rechtverkrijgenden voor :

1° de economische schade, met name de vermindering of het verdwijnen van de geschiktheid van de patiënt om een activiteit uit te oefenen die hun een beroepsinkomen kan verschaffen of op zijn minst een economische waarde heeft, en die de rechtverkrijgenden een persoonlijk en rechtstreeks voordeel opleverden;

2° de begrafeniskosten en de kosten voor de overbrenging van de overleden patiënt naar de plaats waar de familie hem wil laten begraven of verassen;

3° de morele schade.

§ 2. De Koning preciseert de vergoedingsregels.

Hij kan noch een vrijstelling, noch een maximumbedrag vastleggen voor het vergoeden van het verlenen van gezondheidszorg die noodzakelijk is als gevolg van de door het slachtoffer geleden schade.

Hij kan een vrijstelling van maximum 435,27 euro en een maximumbedrag dat niet lager mag zijn dan 2.176.373,29 euro vastleggen voor het vergoeden van economische schade. Het bedrag van 435,27 euro wordt verminderd tot 217,64 euro wanneer de aanvrager een patiënt is die geniet van de verhoogde tegemoetkoming.

Hij kan een bedrag dat niet lager mag zijn dan 870.549,32 euro vastleggen voor de uitkering van het Fonds en de verzekeringsondernemingen voor het vergoeden van kosten die voortvloeien uit de hulp van derden.

Hij kan een vrijstelling van maximum 1741,10 euro en een maximumbedrag dat niet lager mag zijn dan 870.549,32 euro vastleggen voor het vergoeden van morele schade. Het bedrag van 1741,10 euro wordt verminderd tot 870,55 euro wanneer de aanvrager een patiënt is die geniet van de verhoogde tegemoetkoming.

Hij kan een maximumbedrag dat niet lager mag zijn dan 4352,75 euro vastleggen voor het vergoeden van begrafenis-kosten.

Hij kan ook een aantal dagen arbeidsongeschiktheid vastleggen beneden hetwelke het slachtoffer geen recht heeft op een vergoeding van het Fonds of van de verzekeringsondernemingen.

De bedragen bedoeld in dit artikel zijn gebonden aan de spilindex 103,14 (basis 1996=100) en worden aangepast aan de index van de consumptieprijzen op eenzelfde wijze als die welke geldt voor de pensioenen.

§ 3. De vergoeding die het Fonds en de verzekeringsonderneming aan de patiënt of zijn rechtverkrijgenden betalen krachtens de bepalingen van deze wet of zijn uitvoeringsbesluiten wordt geacht de in § 1 bedoelde schade volledig te vergoeden, onverminderd de bepalingen van artikel 7, § 1.

§ 4. De integrale vergoeding bedoeld in § 3 is beperkt tot het gedeelte van de schade die niet wordt vergoed krachtens een andere reglementering.

HOOFDSTUK III. - Burgerlijke aansprakelijkheid

Art. 7.

§ 1. De patiënt of zijn rechtverkrijgenden, het Fonds, de verzekeringsonderneming, de verzekeringsinstelling en de aanvullende verzekeraar kunnen geen rechtsvordering tegen de zorgverlener instellen overeenkomstig de burgerlijke aansprakelijkheidsregels, behalve :

1° in geval van een opzettelijke fout van de zorgverlener, of

2° in geval van een zware fout van de zorgverlener zoals bepaald in § 4.

In de in het eerste lid bedoelde gevallen mag enkel de volgens het gemeen recht toegekende vergoeding, die geen betrekking kan hebben op de vergoeding van de schade zoals zij gedekt is door deze wet, samengevoegd worden met de krachtens deze wet toegekende vergoedingen.

Het Fonds, de verzekeringsonderneming, de verzekeringsinstelling of de aanvullende verzekeraar kunnen de in § 1 bedoelde rechtsvordering slechts instellen binnen de grenzen van de rechten van indeplaats- stelling, erkend in artikel 30.

§ 2. De burgerlijke partijstelling in het kader van een tegen de zorgverleners ingestelde strafvordering is slechts ontvankelijk voor zover deze gericht is op een veroordeling tot het betalen van één symbolische euro morele schadevergoeding, onverminderd de bepalingen van § 1.

§ 3. Het Fonds en de verzekeringsonderneming blijven gehouden de vergoeding te betalen die krachtens de bepalingen van deze wet verschuldigd is, niettegenstaande de toepassing van § 1.

§ 4. Enkel de volgende gevallen worden beschouwd als zware fout die kan leiden tot de toepassing van § 1 :

1° de schade als gevolg van een staat van alcoholintoxicatie of van het onder invloed zijn van verdovende middelen, tenzij de verzekerde aantoont dat er geen oorzakelijk verband bestaat tussen die feiten en de schade;

2° de schade als gevolg van het weigeren van hulp aan een persoon in nood waarvoor de dader werd veroordeeld overeenkomstig artikel 422bis van het Strafwetboek;

3° de schade als gevolg van de uitoefening van verboden activiteiten volgens de bepalingen van het koninklijk besluit nr. 78 betreffende de uitoefening van gezondheidszorgberoepen.

HOOFDSTUK IV. - Verplichte verzekering

Art. 8.

Om de in artikel 4 bedoelde schade te vergoeden, moet de zorgverlener een verzekering afsluiten bij een verzekeringsonderneming, overeenkomstig de bepalingen van artikelen 9, 10 en 11.

Met uitzondering van tegenstrijdige bepalingen vervat in deze wet zijn de bepalingen van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst toepasselijk op de overeenkomsten bedoeld in het eerste lid.

Art. 9.

Onverminderd de bepalingen van artikel 10 dekt de verzekeringsonderneming alle risico's die een gevolg zijn van een in hoofdstuk II van deze wet bedoeld schadegeval.

De verzekeringsovereenkomst moet ook alle risico's dekken die het gevolg zijn van schade veroorzaakt door de organen en de aangestelden van een zorgverlener wanneer zij onder de verantwoordelijkheid en de controle van deze laatste handelen.

Art. 10.

De verzekeringsovereenkomst moet alle verstrekkingen dekken van personen die werkzaam zijn in een verzorgingsinstelling, alsook alle verstrekkingen die onder de verantwoordelijkheid van de beroepsbeoefenaar worden uitgevoerd.

Behoudens enige andersluidende bepaling dekt de verzekering van een verzorgingsinstelling alle verstrekkingen van alle beroepsbeoefenaars die er een activiteit als hoofd- of bijberoep uitoefenen.

De in het tweede lid bedoelde andersluidende bepaling kan niet tot gevolg hebben dat de verzorgingsinstelling er niet toe gehouden is alle verstrekkingen die door de beroepsbeoefenaars in de verzorgingsinstelling worden uitgevoerd te dekken.

De bepalingen betreffende het doorberekenen van de te betalen individuele premies overeenkomstig de door een verzorgingsinstelling afgesloten groepsverzekering zijn opgenomen in de Algemene Regeling van rechtsverhoudingen van elke verzorgingsinstelling; zij waarborgen de mogelijkheid tot jaarlijkse aanpassing van de individuele premies van elke beroepsbeoefenaar op basis van zijn specialisme en van zijn activiteit zonder dat het doorberekenen van deze premies de reële kosten kunnen overschrijden.

Art. 11.

§ 1. De verzekeraar staat in voor de schade die wordt veroorzaakt door de fout, zelfs de zware fout, van de zorgverlener of de patiënt.

De bedingen die tot doel zouden hebben het bereik of de termijnen van de waarborg of van de dekking te begrenzen, in te perken of op te heffen, worden voor niet-geschreven gehouden.

§ 2. De waarborg mag niet worden beperkt tot een bedrag lager dan 2.176.373,29 euro per slachtoffer.

De bedragen bedoeld in dit artikel zijn gebonden aan de spilindex 103,14 (basis 1996=100) en worden aangepast aan de index van de consumptieprijzen op eenzelfde wijze als die geldend voor de pensioenen.

§ 3. De verzekeraar moet het bewijs leveren van het feit dat hem van het verlenen van dekking bevrijdt of hem toelaat zich tegen de zorgverstreker te richten in toepassing van de bepalingen van artikel 7, § 1.

HOOFDSTUK V. - Het Fonds voor de vergoeding van ongevallen bij gezondheidszorg

Art. 12.

§ 1. Onder de benaming « Fonds voor de vergoeding van ongevallen bij gezondheidszorg » wordt een Staatsdienst met afzonderlijk beheer opgericht zoals bedoeld in artikel 140 van de gecoördineerde wetten op de Rijkscomptabiliteit van 17 juli 1991, belast met de in artikel 14 bedoelde opdrachten.

Het Fonds wordt onder het rechtstreeks gezag geplaatst van de minister bevoegd voor Volksgezondheid.

§ 2. De Koning bepaalt, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, de voorschriften betreffende de bestuurlijke, budgettaire, financiële en boekhoudkundige organisatie van het Fonds, met naleving van de bepalingen van deze wet.

Art. 13.

§ 1. De Koning bepaalt, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, de opdrachten van het beheerscomité van het Fonds.

§ 2. Het beheerscomité van het Fonds bestaat uit leden die worden aangewezen op basis van hun kennis en ervaring inzake de aangelegenheden die onder de bevoegdheid van het Fonds vallen.

De leden van het beheerscomité van het Fonds worden aangewezen door de Koning, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad. Het beheerscomité van het Fonds wordt samengesteld uit :

1° drie beroepsbeoefenaars onder wie minstens een doctor in de geneeskunde;

2° twee leden met expertise en ervaring op het gebied van de verzorgingsinstellingen, onder wie een geneesheer-hygiënist;

3° drie leden die de ziekenfondsen vertegenwoordigen;

4° drie leden die de verzekeringsmaatschappijen vertegenwoordigen;

5° twee juristen met expertise en ervaring op het vlak van de rechten van de patiënt;

6° twee vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties;

7° één vertegenwoordiger van de minister bevoegd voor Sociale Zaken en één vertegenwoordiger van de minister bevoegd voor Economie;

8° een voorzitter met ervaring op het vlak van de in deze wet bedoelde aangelegenheden.

Art. 14.

Het Fonds heeft als opdracht :

- 1° de lijst van verzekerde zorgverleners op te stellen en te bewaren;
- 2° de verzoeken tot schadeloosstelling te ontvangen en indien nodig de ontbrekende documenten en inlichtingen te vragen, de ontvangst te melden van volledige verzoeken tot schadeloosstelling en deze aan de betrokken verzekeringsonderneming te bezorgen;
- 3° zijn goedkeuring te geven aan het ontwerp van vergoedingsbeslissing dat de verzekeringsonderneming aan hem heeft voorgelegd;
- 4° in geval van onenigheid met de verzekeringsonderneming over het ontwerp van gemotiveerde vergoedingsbeslissing, een tegenontwerp te formuleren en deze aan de betrokken verzekeringsonderneming ter kennis te brengen;
- 5° de kennisgevingen van de verzekeringsondernemingen die aan de patiënten of rechtverkrijgenden gericht zijn te ontvangen en te bewaren, overeenkomstig de door de Koning vastgestelde regelen;
- 6° in voorkomend geval over te gaan tot de betaling van de aan de patiënt of zijn rechtverkrijgenden toe te kennen vergoeding krachtens de bepalingen van artikel 27;
- 7° het dossier aan de arbiter, volgens de nadere regels bepaald in artikel 2 van de wet van 15 mei 2007 met betrekking tot de regeling van de geschillen in het kader van de wet van 15 mei 2007 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg voor te leggen in geval van blijvende onenigheid met de verzekeringsonderneming over het bedrag van de vergoeding;
- 8° de beslissings- en bekendmakingstermijn van de verzekeringsondernemingen te controleren en, indien nodig, de verzekeringsondernemingen een administratieve boete per dag vertraging op te leggen;
- 9° aanbevelingen te formuleren met het oog op een preventiebeleid inzake schade veroorzaakt door of naar aanleiding van medische verzorging, alsook ter attentie van de voogdijministers; hiertoe, en teneinde over de nodige gegevens te beschikken, registreert het Fonds systematisch, op geanonimiseerde wijze, de gevallen die hem worden voorgelegd en het gevolg dat hieraan wordt gegeven;
- 10° in rechte optreden om zijn rechten te doen gelden en te vrijwaren;
- 11° statistieken op te stellen over de uitgekeerde vergoedingen krachtens de bepalingen van deze wet. Die statistieken bevatten geen persoonsgegevens.

Art. 15.

Het Fonds stelt vanaf de inwerkingtreding van deze wet elk jaar een activiteitenverslag op dat aan de voogdijministers wordt bezorgd.

Dit verslag bevat onder meer een overzicht en een analyse van de statistische en financiële gegevens, aanbevelingen om de door en als gevolg van de door het verlenen van gezondheidszorg veroorzaakte schade te voorkomen, een voorstelling van en een toelichting bij de beslissingen die gedurende die periode genomen zijn.

Art. 16.

De leden van het beheerscomité, de leden van het personeel van het Fonds, de experts die het afvaardigt, alsook elke persoon die aan zijn opdrachten deelneemt, zijn verplicht tot geheimhouding van de gegevens die hun bij de uitoefening van hun opdracht worden toevertrouwd en die hiermee verband houden. Artikel 458 van het Strafwetboek is op hen van toepassing.

HOOFDSTUK VI. - Procedure

Afdeling 1. - Het verzoek

Art. 17.

§ 1. Op straffe van verval moet het verzoek tot schadeloosstelling bij ter post aangetekende brief aan het Fonds worden gericht binnen vijf jaar vanaf de dag waarop het slachtoffer of zijn rechthebbenden kennis hebben gehad of redelijkerwijs zouden moeten hebben gehad van de schade.

§ 2. Op straffe van verval moet het verzoek tot schadeloosstelling worden ingediend binnen een termijn van twintig jaar, te rekenen vanaf de dag volgend op de dag waarop het feit dat de schade heeft veroorzaakt zich heeft voorgedaan.

§ 3. De Koning bepaalt de elementen die ter ondersteuning van het verzoek tot schadeloosstelling moeten worden verstrekt.

Elke persoon die overeenkomstig dit artikel een verzoek indient bij het Fonds, moet het Fonds de lijst van verplichte of aanvullende verzekeringen bezorgen die ten zijne gunste zijn onderschreven en aanleiding kunnen geven tot een vergoeding voor de in deze wet bedoelde schade.

De verzoeker kan in het dossier alle elementen aanbrengen die hij nuttig acht voor de behandeling ervan, dit hetzij op het ogenblik van de indiening van het verzoek, hetzij gedurende de behandeling van het dossier door de verzekeringsonderneming of het Fonds.

De Koning kan een forfaitaire som bepalen die de aanvrager betaalt aan het Fonds om zijn dossier in te dienen.

Hij regelt eveneens de wijze van betaling hiervan.

§ 4. Binnen vijftien dagen na verzending van het volledige verzoek tot schadeloosstelling stuurt het Fonds een ontvangstbewijs bij een ter post aangetekende brief.

§ 5. Indien het Fonds oordeelt dat het verzoek onvolledig is, meldt hij dit, bij een ter post aangetekende brief, binnen vijftien dagen na ontvangst van het onvolledige verzoek, aan de verzoeker, die 30 dagen de tijd heeft om zijn verzoek te vervolledigen.

Afdeling 2. - Behandeling van het verzoek

Art. 18.

§ 1. Nadat het Fonds ontvangst van het verzoek tot schadeloosstelling heeft bevestigd, bezorgt het dit verzoek overeenkomstig de bepalingen van artikel 10 aan de betrokken verzekeringsonderneming, binnen een termijn van 15 dagen na ontvangst van het volledige verzoek.

§ 2. Indien de zorgverlener met het oog op de toepassing van deze wet geen overeenkomst heeft afgesloten met een verzekeringsonderneming, behandelt het Gemeenschappelijk Waarborgfonds bedoeld in artikel 28 het verzoek tot schadeloosstelling.

§ 3. Binnen tien dagen na overzending van het verzoek tot schadeloosstelling door het Fonds, brengt de verzekeringsonderneming, bij een ter post aangetekende brief, de verzoeker op de hoogte van haar tussenkomst.

Art. 19.

§ 1. Indien de verzekeringsonderneming of het Fonds het noodzakelijk achten over bijkomende documenten of inlichtingen te beschikken om het verzoek tot schadeloosstelling zinvol te behandelen, bezorgen zij de verzoeker, bij een ter post aangetekende brief, een lijst van de gewenste bijkomende documenten en inlichtingen. Een kopie van de brief van de verzekeringsonderneming en van de lijst wordt aan het Fonds bezorgd.

§ 2. Binnen 30 dagen na de vraag om bijkomende documenten en inlichtingen bezorgt de verzoeker de verzekeringsonderneming of het Fonds alle gegevens waarover hij beschikt of waarover hij kan beschikken teneinde hen in staat te stellen na te gaan of de voorwaarden voor de toekenning van een vergoeding vervuld zijn, alsmede de schade te bepalen.

In dit geval wordt de in artikel 24 bedoelde termijn voor een periode van 30 dagen opgeschort.

Art. 20.

Indien de verzoeker niet de patiënt is en deze nog in leven is, hebben het Fonds en de verzekeringsonderneming alleen met de uitdrukkelijke toestemming van de patiënt of zijn vertegenwoordiger, bepaald overeenkomstig de bepalingen van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, toegang tot diens medisch dossier.

Indien de verzoeker niet de patiënt is en deze overleden is, hebben het Fonds en de verzekeringsonderneming alleen met de uitdrukkelijke toestemming van zijn wettige vertegenwoordiger in de zin van artikel 14 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, toegang tot diens medisch dossier.

Art. 21.

Het Fonds en de verzekeringsondernemingen mogen de gegevens die in het kader van de toepassing van deze wet werden verzameld enkel overdragen voor het vaststellen van het bedrag van de vergoeding, en mogen de in het kader van de toepassing van deze wet verzamelde inlichtingen niet aan derden bezorgen indien zij niet eerst de toestemming hebben gekregen van de patiënt of zijn rechtverkrijgenden of zijn vertegenwoordigers, of van de zorgverlener.

Art. 22.

Het Fonds kan een beroep doen op experts met name om een advies te verstrekken of de in artikel 24 bedoelde beslissing te nemen.

Art. 23.

§ 1. Ten laatste op de 110^e dag volgend op de ontvangstmelding van het verzoek tot schadeloosstelling, rekening houdend met de schorsingstermijnen, deelt de verzekeringsonderneming haar gemotiveerd voorstel tot beslissing mede aan de verzoeker.

In het geval de zorgverstrekker geen overeenkomst met een verzekeringsonderneming gesloten heeft in toepassing van onderhavige wet, deelt het Gemeenschappelijk Waarborgfonds bedoeld in artikel 28 het gemotiveerd voorstel van beslissing tot schadeloosstelling mede aan de verzoeker, ten laatste op de 110^e dag volgend op de ontvangstmelding van het verzoek tot schadeloosstelling, rekening houdend met de schorsingsperiodes.

§ 2. De verzoeker beschikt over een termijn van 30 dagen om de verzekeringsonderneming of desgevallend het Gemeenschappelijk Waarborgfonds bedoeld in artikel 28 zijn opmerkingen op het gemotiveerd voorstel tot beslissing mede te delen.

Binnen die termijn van 30 dagen kan de verzoeker een verlenging van deze termijn vragen aan de verzekeringsonderneming, of desgevallend aan het Gemeenschappelijk Waarborgfonds bedoeld in artikel 28. De termijn bedoeld in artikel 26 is geschorst tijdens de verlengingstermijn.

Art. 24.

§ 1. Binnen 30 dagen na ontvangst van de opmerkingen van de verzoeker of bij gebrek aan opmerkingen van de verzoeker binnen deze termijn, brengt de verzekeringsonderneming een ontwerp van gemotiveerde vergoedingsbeslissing voor akkoord ter kennis van het Fonds.

§ 2. Het Fonds beschikt over een termijn van 30 dagen om zijn akkoord ter kennis van de verzekeringsonderneming te brengen.

Indien het Fonds niet binnen de in het eerste lid bedoelde termijn van 30 dagen reageert, wordt het geacht akkoord te gaan met het ontwerp van gemotiveerde beslissing.

§ 3. Indien het Fonds akkoord gaat met het ontwerp van gemotiveerde beslissing, spruit de beslissing uit dit akkoord voort en moet de verzekeringsonderneming ze, bij een ter post aangetekende brief, ter kennis brengen van de verzoeker.

§ 4. Indien het Fonds niet akkoord gaat met het ontwerp van gemotiveerde beslissing van de verzekeringsonderneming, brengt het Fonds zijn tegenontwerp van gemotiveerde beslissing ter kennis van de verzekeringsonderneming.

Indien de verzekeringsonderneming instemt met het tegenontwerp van gemotiveerde beslissing, spruit de beslissing uit dit akkoord voort en moet de verzekeringsonderneming de beslissing, bij een ter post aangetekende brief, ter kennis brengen van de verzoeker.

Indien de verzekeringsonderneming niet instemt met het tegenontwerp van gemotiveerde beslissing van het Fonds, brengt zij een provisionele beslissing ter kennis van de verzoeker en bezorgt zij het Fonds hiervan een kopie. Het Fonds legt het dossier voor aan de arbiter overeenkomstig artikel 2 van de wet van 15 mei 2007 met betrekking tot de regeling van de geschillen in het kader van de wet van 15 mei 2007 Betreffende de vergoeding van de schade als gevolg van gezondheidszorg. De provisionele beslissing bepaalt de voorlopige vergoeding die gelijk is aan het bedrag opgenomen in het ontwerp van beslissing of het tegenontwerp van beslissing dat voor de verzoeker het minst voordelig is. De beslissing vermeldt ook de aanhangigmaking bij de arbiter en legt de einddatum ervan vast.

Afdeling 3. - Behandelingstermijnen en beslissingen

Art. 25.

§ 1. Binnen een termijn van 210 dagen volgend op het bewijs van ontvangst van het volledige verzoek tot schadeloosstelling, rekening houdend met periodes van opschorting, brengt de verzekeringsonderneming of het Gemeenschappelijk Waarborgfonds de verzoeker bij ter post aangetekende brief op de hoogte van :

1° ofwel de gemotiveerde vergoedingsbeslissing. Deze beslissing omvat een raming van de schade die krachtens deze wet vergoed kan worden, ze kan een voorlopig karakter hebben wanneer de letsels van het slachtoffer nog niet geconsolideerd zijn. In dat geval moet de definitieve vergoedingsbeslissing genomen worden binnen de 90 dagen volgend op de datum waarop het Fonds of de verzekeringsonderneming op de hoogte is gebracht van de consolidatie;

2° ofwel de redenen voor de weigering om de schade te vergoeden;

3° ofwel de provisionele beslissing zoals bedoeld in artikel 24, § 4.

§ 2. Elke beslissing die overeenkomstig § 1 aan de verzoeker wordt meegedeeld, vermeldt de bestaande beroepsmogelijkheden en de termijnen waarbinnen deze beroepen moeten worden ingesteld. Zo niet lopen de beroepstermijnen niet voor de verzoeker.

Elke beslissing die overeenkomstig dit artikel door een verzekeringsonderneming genomen is, wordt tegelijkertijd met de kennisgeving aan de verzoeker aan het Fonds medegedeeld.

§ 3. Wanneer de termijn bedoeld in § 1, rekening houdend met periodes van opschorting, verstreken is, maakt de verzekeringsonderneming een som van 25 euro per dag vertraging over aan het Fonds.

Afdeling 4. - Betaling en verdeelsleutel

Art. 26.

§ 1. De toegekende vergoedingen dienen betaald te worden door de verzekeringsonderneming en het Fonds, elk voor hun deel, overeenkomstig de verdeelsleutel vastgelegd in § 2.

§ 2. Het bedrag van de vergoedingen wordt verdeeld tussen het Fonds en de betrokken verzekeringsonderneming volgens de nadere regels bepaald door de Koning bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad na advies van het Fonds.

§ 3. De betrokken verzekeringsonderneming betaalt het door haar aan de verzoeker verschuldigde bedrag uit aan het Fonds binnen een termijn van 15 dagen nadat de termijn bedoeld in artikel 25, § 1, verstreken is en overeenkomstig de door de Koning bepaalde nadere regels. Het Fonds betaalt vervolgens het volledige aan de verzoeker verschuldigde bedrag uit binnen 30 dagen volgend op de storting door de verzekeringsonderneming.

Wanneer de begunstigde echter expliciet en schriftelijk meedeelt dat hij niet van plan is om beroep aan te tekenen zoals bedoeld in artikel 3 van de wet van 15 mei 2007 met betrekking tot de regeling van de geschillen in het kader van de wet van 15 mei 2007 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg, maakt de betrokken verzekeringsonderneming het verschuldigde bedrag binnen 15 dagen volgend op deze kennisgeving over aan het Fonds.

§ 4. Wanneer de zorgverlener geen overeenkomst heeft gesloten met een verzekeringsonderneming met het oog op de toepassing van deze wet, keert het Gemeenschappelijk Waarborgfonds bedoeld in artikel 28 zelf de volledige vergoeding uit, onverminderd de rechten bedoeld in artikel 30.

Art. 27.

De vergoedingen worden uitbetaald binnen 60 dagen volgend op het verstrijken van de termijn bedoeld in artikel 3, § 1, van de wet van 15 mei 2007 met betrekking tot de regeling van de geschillen in het kader van de wet van 15 mei 2007 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg.

Wanneer de begunstigde echter expliciet en schriftelijk meedeelt dat hij niet van plan is om beroep aan te tekenen zoals bedoeld in artikel 3, § 1, van de wet van 15 mei 2007 met betrekking tot de regeling van de geschillen in het kader van de wet van 15 mei 2007 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg worden de vergoedingen binnen de 60 dagen volgend op deze kennisgeving uitbetaald.

De Koning bepaalt de wijze van uitbetaling van de vergoedingen.

Art. 28.

§ 1. De Koning creëert en erkent een Gemeenschappelijk Waarborgfonds, onder de door Hem bepaalde voorwaarden en met als opdracht de schade te vergoeden die werd veroorzaakt door een zorgverlener die geen overeenkomst heeft gesloten met een verzekeringsonderneming in overeenstemming met de bepalingen van deze wet.

§ 2. De Koning keurt de statuten goed en reglementeert de controle op de activiteiten van het Gemeenschappelijk Waarborgfonds. Hij wijst de handelingen aan die in het Belgisch Staatsblad moeten worden bekendgemaakt.

§ 3. De verzekeringsondernemingen die de verplichte verzekering beoefenen in uitvoering van deze wet zijn hoofdelijk gehouden om aan het Gemeenschappelijk Waarborgfonds de stortingen te doen die nodig zijn voor het volbrengen van haar opdrachten en om haar werkingskosten te dragen.

2^e lid geschrapt door arrest nr. 8/2009 van 15 januari 2009 van het Grondwettelijk hof (BS 09/02/2009)

§ 4. De erkenning wordt ingetrokken indien het Gemeenschappelijk Waarborgfonds niet handelt overeenkomstig de wetten, verordeningen of haar statuten.

In dat geval kan de Koning alle passende maatregelen nemen ter vrijwaring van de rechten van de verzekeringsnemers, de verzekerden en de benadeelden.

Art. 29.

§ 1. Binnen het Gemeenschappelijk Waarborgfonds bedoeld in artikel 28 wordt een Tariferingsbureau opgericht dat tot taak heeft vast te stellen tegen welke premie en onder welke voorwaarden een verzekeringsonderneming een persoon moet dekken die gehouden is tot de verplichting bedoeld in artikel 8 en die zich bevindt in de voorwaarden bepaald door of krachtens dit artikel.

§ 2. Het Tariferingsbureau bestaat uit vier leden die de verzekeringsondernemingen vertegenwoordigen en vier leden die de zorgverstrekkers vertegenwoordigen, benoemd door de Koning voor een termijn van zes jaar.

Deze leden worden gekozen op twee dubbele lijsten respectievelijk voorgedragen door de beroepsorganisaties van verzekeringsondernemingen en door de vakbonden van de zorgverstrekkers.

De Koning wijst voor elk lid eveneens een plaatsvervanger aan.

De plaatsvervangende leden worden op dezelfde manier gekozen als de leden.

De Koning benoemt voor een termijn van zes jaar een voorzitter die niet tot de voorgaande categorieën behoort.

Het Tariferingsbureau kan experts uitnodigen die geen stemrecht hebben.

De minister bevoegd voor Economische Zaken kan een waarnemer bij het bureau afvaardigen.

§ 3. Het Gemeenschappelijk Waarborgfonds verzekert het secretariaat en het Dagelijks beheer van het Tariferingsbureau.

Het Tariferingsbureau bepaalt zijn huishoudelijk reglement en legt het ter goedkeuring voor aan de minister bevoegd voor Economie.

§ 4. Iedere zorgverlener, onderworpen aan de verplichting van artikel 8, kan bij het Tariferingsbureau een aanvraag indienen, als ten minste drie verzekeringsondernemingen waartoe de persoon zich heeft gewend, geweigerd hebben hem een dekking toe te staan.

Het voorstel van een premie die hoger is dan de door de Koning bepaalde drempel, wordt met een weigering gelijkgesteld.

Deze drempel wordt vastgesteld door de laagste premie van het tarief van de verzekeringsonderneming, voor een zorgverstrekker die een identieke activiteit en specialiteit uitoefent dan diegene die het voorwerp uitmaakt van de aanvraag tot dekking, te vermenigvuldigen met 3.

Deze coëfficiënt kan gewijzigd worden door de Koning.

De Koning kan deze coëfficiënt ook onderverdelen volgens de specialiteit, het type activiteit en de statistieken inzake schade van de verstrekker.

§ 5. Het verzoek moet bij het Tariferingsbureau worden ingediend binnen de twee maanden na de weigering of het tariferingsvoorstel bedoeld in § 4.

Het is niet ontvankelijk wanneer de verzoeker in de negen maanden voorafgaand aan deze weigering of dit voorstel voor hetzelfde risico een aanbod van het Tariferingsbureau heeft ontvangen.

Het Tariferingsbureau bepaalt de premie rekening houdend met het risico dat de verzekeringnemer vertoont en met de omslag over alle verzekerden. Het kan voorwaarden opleggen ter beperking van het risico dat de verzekeringnemer vertoont.

§ 6. Het Tariferingsbureau doet een tariferingsvoorstel binnen de maand na de ontvangst van het verzoek en van de inlichtingen die nodig zijn om het tarief vast te stellen.

Het voorstel wordt binnen acht dagen ter kennis gebracht van de verzoeker. Het is een maand geldig te rekenen vanaf de uitgifte.

§ 7. Het Tariferingsbureau vertrouwt het beheer van de door hem getarifeerde risico's toe aan een of meer verzekeringsondernemingen die lid zijn van het Gemeenschappelijk Waarborgfonds bedoeld in artikel 28.

HOOFDSTUK VII. - Subrogatie

Art. 30.

§ 1. Ten belope van het bedrag dat ze hebben uitbetaald kunnen het Fonds, het Gemeenschappelijk Waarborgfonds, de verzekeringsondernemingen en de verzekeringsinstellingen een vordering instellen tegen de verantwoordelijke van de schade in geval van een opzettelijke fout vanwege de zorgverlener of in geval van een zware fout vanwege de zorgverlener.

§ 2. Voor zover de schade veroorzaakt is door een gebrek van een product zoals bedoeld in de wet van 25 februari 1991 betreffende de aansprakelijkheid voor producten met gebreken, treden ten belope van het bedrag dat ze hebben uitbetaald de verzekeringsinstellingen, het Fonds, het Gemeenschappelijk Waarborgfonds of de verzekeringsonderneming in de rechten die het slachtoffer op basis van deze wet kan laten gelden.

§ 3. In de gevallen bedoeld in §§ 1 en 2, kan het slachtoffer zich aansluiten de vordering ingesteld door de verzekeringsinstellingen, het Fonds, het Gemeenschappelijk Waarborgfonds of de verzekeringsonderneming teneinde zijn schade volledig terugbetaald te krijgen.

§ 4. Het Gemeenschappelijk Waarborgfonds verrekent met terugwerkende kracht de verschuldigde en niet-betaalde premies aan elke zorgverlener en verzorgingsinstelling die een bij deze wet bedoelde schade heeft berokkend en geen verzekeringscontract heeft afgesloten zoals bedoeld in hoofdstuk IV.

De Koning stelt de nadere regels voor de wijze van berekening van deze premies vast, rekening houdend met het oorspronkelijk verschuldigde bedrag voor de premie, de termijn gedurende welke de betaling is verschuldigd, de administratieve kosten, en in voorkomend geval rekening houdend met de kwade trouw van de zorgverstrekker.

In de gevallen bedoeld in het eerste lid legt het Gemeenschappelijk Waarborgfonds een administratieve boete op overeenkomstig de regels vastgelegd door de Koning.

HOOFDSTUK VIII. - Financiering

Art. 31.

§ 1. Voor de uitvoering van zijn taken wordt het Fonds gefinancierd door :

1° een jaarlijkse toelage ten laste van de Staat;

2° een jaarlijkse toelage ten laste van de begroting van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering;

3° de opbrengst van de subrogatievordering, bedoeld in artikel 7;

4° de financiële opbrengsten van de bedragen waarover het Fonds beschikt.

De Koning kan, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, bijkomende regels en modaliteiten vastleggen voor de toepassing van het eerste lid. Daarnaast kan hij regels vaststellen voor voorlopige financiering.

De Koning kan, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, andere financieringsbronnen invoeren en vaststellen.

§ 2. Niettegenstaande de bepalingen van artikel 28, wordt de financiering van de overeenkomstig deze wet toegewezen schadevergoedingen, naast het Fonds, dat gevoed wordt overeenkomstig de bepalingen van § 1, verzekerd door de door de zorgverstrekkers aan de verzekeringsondernemingen betaalde premies in toepassing van deze wet.

Het jaarlijkse plafond van de bijdragen betaald door de verzekeringsondernemingen wordt door de Koning bepaald bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad.

De uitkeringen ten laste van de verzekeringsondernemingen worden gestort overeenkomstig de bepalingen van artikel 26, § 2.

De kost van het systeem en zijn financiering worden tweejaarlijks geëvalueerd en voor de eerste keer, twee jaar na de inwerkingtreding van deze wet.

§ 3. De in dit artikel bedoelde koninklijke besluiten worden bij wet bekrachtigd, ten laatste één jaar na de inwerkingtreding ervan. Bij ontstentenis van een bekrachtiging binnen die termijn hebben zij geen uitwerking meer.

HOOFDSTUK IX. - Informatieverplichting

Art. 32.

Om het Fonds in staat te stellen zijn taken bedoeld in artikel 14 uit te voeren, zijn de verzekeringsondernemingen verplicht om het Fonds alle nuttige informatie waarover ze beschikken te verschaffen.

Elke verzekeringsonderneming dient het Fonds een lijst te bezorgen van de beoefenaars en de verzorgingsinstellingen waarmee het een of meerdere verzekeringscontracten heeft gesloten in uitvoering van deze wet en dient het Fonds ten minste eenmaal per maand op de hoogte te brengen van de wijzigingen ervan.

Elk jaar bezorgen de verzekeringsondernemingen een beleidsverslag aan het Fonds met vermelding van de bedragen van de verzekeringspremies, de vergoedingsbedragen, de gesloten overeenkomsten met inbegrip van de betreffende bedragen, en de geschillen die door het gerecht worden behandeld met inbegrip van de betreffende bedragen.

De Koning bepaalt de nadere regels voor de overdracht van de gegevens bedoeld in dit artikel.

HOOFDSTUK X. - Strafbepaling

Art. 33.

Worden gestraft met een gevangenisstraf van acht dagen tot een jaar en met een geldboete van 25 tot 250 euro, of met één van die straffen alleen, de beroepsbeoefenaars en de verzorgingsinstellingen die hun activiteiten uitoefenen of die de activiteiten laten uitoefenen door hun organen, aangestelden, werknemers, of elke andere beroepsbeoefenaar die er zijn activiteiten in hoofd- of bijberoep uitoefent zonder dat hun prestaties gedekt zijn door een verzekering overeenkomstig de bepalingen van hoofdstuk IV en van de uitvoeringsbesluiten ervan.

HOOFDSTUK XI. - Wijzigings- en slotbepalingen

Art. 34.

Artikel 136, § 2, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, gewijzigd bij de wet van 24 december 2002, wordt aangevuld met het volgend lid :

“Deze paragraaf is niet van toepassing op de vergoedingen toegekend in toepassing van de wet van 15 mei 2007 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van medische verzorging met uitzondering van de gevallen bedoeld in artikel 30 van dezelfde wet”.

Art. 35.

§ 1. Deze wet treedt in werking op een door de Koning te bepalen datum, en uiterlijk op 1 januari 2009.

§ 2. Deze wet kan niet worden toegepast op schade veroorzaakt door een feit dat van vóór de inwerkingtreding van deze wet dateert.

De verzekeraar van het contract dat gesloten is in toepassing van deze wet, moet de waarborg verlenen voor de schade veroorzaakt door feiten die dateren van vóór de datum van inwerkingtreding van deze wet.