

Life & Benefits

décembre 2014 Numéro 10 Année 18

Mensuel Ne paraît pas en juillet & août Bureau de dépôt Bruxelles X P309269

avantages sociaux complémentaires

Quel tribunal est dorénavant compétent ?

avantages sociaux complémentaires

Quel tribunal est dorénavant compétent ? 1

assurances solde restant dû

Accès facilité pour les assurés avec un risque de santé accru 3

banque de données pensions

Enregistrement des promesses de pension dans la banque de données DB2P avant le 1/1/2015 6

Contexte

Jusqu'à présent, la compétence des tribunaux pour trancher les litiges relatifs aux avantages sociaux complémentaires, et en particulier aux pensions complémentaires, était considérablement éparpillée. Depuis le 1^{er} septembre 2014, de nouvelles règles s'appliquent pour déterminer le tribunal compétent dans ces matières. Cette compétence est désormais centralisée autant que possible auprès des tribunaux du travail. Cela mérite quelques explications.

Avant la modification de la législation, différents tribunaux pouvaient être compétents en fonction de l'objet, du montant du litige et de la qualité des parties concernées. Contrairement à ce qu'on pensait souvent, le tribunal du travail n'avait pas une compétence générale pour statuer sur ces matières. Le tribunal du travail n'est en effet compétent que pour les litiges qui lui sont expressément confiés par le législateur (articles 578 à 583 inclus du Code judiciaire). Pour chaque litige, il fallait déterminer, en fonction de son objet et de la qualité des parties, si le tribunal du travail était ou non compétent.

Ainsi, le tribunal du travail était compétent pour connaître d'un litige entre un travailleur et un employeur à propos du contenu d'une clause du règlement de pension ou pour une action d'un travailleur à l'encontre de son employeur en raison d'une prétendue discrimination dans le plan de pension. Toutefois, si le travailleur avait introduit une action contre l'organisme de pension (la compagnie d'assurance ou le fonds de pension (IRP)) au motif que celui-ci avait mal appliqué le règlement de pension et avait par exemple commis une erreur dans le calcul de la pension complémentaire, le tribunal du travail n'était pas compétent pour statuer sur cette action.

Le tribunal du travail ne pouvait pas non plus statuer sur un litige entre un bénéficiaire d'un capital décès complémentaire et l'organisme de pension (voir en ce sens: Trib. trav. Anvers, 17 septembre 2013) ou l'employeur-organisateur. Il n'y a en effet pas de relation de travail entre le bénéficiaire et l'organisme de pension ou l'employeur-organisateur. Pour la même raison, l'employeur-organisateur ne pouvait pas non plus saisir le tribunal du travail pour lui demander de trancher un litige avec l'organisme de pension. C'était en effet le tribunal de première instance, le tribunal de commerce, voire éventuellement le juge de paix qui, en fonction de l'objet du litige et de la qualité des parties au procès, était compétent pour de telles actions.

Pour les autres avantages sociaux complémentaires aussi (comme les indemnités complémentaires de maladie et d'invalidité et les assurances hospitalisation), différents tribunaux pouvaient être compétents. En cas de litige concernant une rente d'invalidité complémentaire, le travailleur devait assigner l'assureur ou

Compétence généralisée du tribunal du travail

l'IRP devant le tribunal de commerce ou le tribunal de première instance. Par contre, s'il n'était pas d'accord avec son employeur à propos du montant de la rente complémentaire d'invalidité, il devait citer son employeur devant le tribunal du travail.

Avec la loi du 8 mai 2014 concernant les pensions complémentaires, d'autres compléments aux avantages accordés pour les diverses branches de la sécurité sociale et la compétence du tribunal du travail, le législateur a concentré autant que possible auprès des tribunaux du travail les litiges en matière d'avantages sociaux complémentaires et en particulier en matière de pensions complémentaires, ce qui facilite l'accès au juge pour le justiciable. Par ailleurs, le tribunal du travail pourra ainsi acquérir les connaissances spécialisées requises en matière de pensions complémentaires et d'autres avantages complémentaires, et cela permettra de développer une jurisprudence plus cohérente en la matière.

Depuis le 1^{er} septembre 2014, le tribunal du travail est compétent pour connaître de toutes les contestations entre un travailleur, un affilié ou un bénéficiaire, d'une part, et un organisateur et/ou un organisme de pension, d'autre part, relatives notamment:

- aux pensions complémentaires au sens de la loi du 28 avril 2003 relative aux pensions complémentaires (LPC). Sont non seulement visées ici les contestations relatives aux régimes de pension d'entreprise ou sectoriels, mais également les contestations relatives aux engagements individuels de pension, à la continuation à titre individuel après la sortie ou aux pensions complémentaires dans une structure d'accueil;
- aux pensions complémentaires qui ne relèvent pas de la LPC, telles que les contestations relatives aux promesses individuelles de pension octroyées avant le 16 novembre 2003;
- à un complément aux avantages accordés pour les diverses branches de la sécurité sociale, comme les assurances invalidité complémentaires ou les assurances frais médicaux.

La notion de 'bénéficiaire' doit être entendue dans son sens le plus large, à savoir la personne en faveur de laquelle la prestation complémentaire est promise, qu'il s'agisse d'une prestation complémentaire en cas de vie ou en cas de décès.

Et les indépendants?

Le législateur souhaite également confier aux tribunaux du travail le plus de litiges possible concernant les indépendants en matière de pensions complémentaires. Ainsi, le tribunal du travail est compétent pour tous les litiges:

- entre un travailleur indépendant, un affilié ou un bénéficiaire, d'une part, et un organisme de pension, d'autre part, relatifs aux pensions complémentaires au sens de la pension libre complémentaire pour travailleurs indépendants (PLCI) et à celles visées à l'article 54, §1^{er} de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (il s'agit des contrats INAMI pour les médecins, dentistes, pharmaciens et kinésithérapeutes 'conventionnés');
- entre un dirigeant d'entreprise indépendant, un affilié ou un bénéficiaire, d'une part, et un organisateur et/ou un organisme de pension, d'autre part, relatifs aux pensions complémentaires qui relèvent ou non de la 'LPC dirigeant d'entreprise';
- entre un dirigeant d'entreprise indépendant, un affilié ou un bénéficiaire, d'une part, et la personne morale qui prend un engagement et/ou un organisme de pension, d'autre part, relatifs à d'autres avantages sociaux complémentaires.

**Pour quels litiges
le tribunal du travail
n'est-il pas compétent?**

Le tribunal de première instance reste compétent pour les litiges dans le cadre d'une procédure de divorce. Les litiges entre les employeurs, organisateurs ou personnes morales qui font un engagement de pension aux dirigeants d'entreprise indépendants, d'une part, et l'organisme de pension, d'autre part, restent eux aussi hors de la compétence du tribunal du travail. Pour ces litiges, le tribunal de première instance, le tribunal de commerce ou éventuellement le juge de paix reste, selon le cas, compétent (excepté par exemple en cas de connexité avec un litige pour lequel le tribunal du travail est compétent). Un fonctionnaire nommé à titre définitif ne pourra pas non plus invoquer la nouvelle loi pour porter un litige relatif à sa pension complémentaire devant le tribunal du travail.

**Et qu'en est-il des
affaires en cours?**

Les tribunaux précédemment compétents restent compétents pour les affaires dont ils ont été saisis avant le 1^{er} septembre 2014. Toutefois, si un appel est interjeté par la suite contre une décision de ces tribunaux, cet appel devra être introduit auprès des Cours du travail (art. 3 Code judiciaire).

Désormais, le tribunal du travail est compétent pour la plupart des contestations relatives aux pensions complémentaires et aux avantages sociaux complémentaires, à l'exception des contestations entre les employeurs/organismes de pension, et dans le cadre des procédures de divorce.

Barbara Heylen (Claeys & Engels)

assurances solde restant dû

Accès facilité pour les assurés avec un risque de santé accru

Par le passé, les personnes présentant un risque de santé accru n'avaient parfois pas la possibilité de contracter un emprunt hypothécaire pour l'achat d'une habitation, et ce parce que l'établissement de crédit exigeait une assurance de solde restant dû, pour le cas où le souscripteur de l'emprunt hypothécaire viendrait à décéder. En raison d'un risque de santé accru, l'assureur refusait parfois l'assurance de solde restant dû, de sorte que l'emprunt ne pouvait se concrétiser. D'autres personnes se voyaient imputer une importante surprime. La prime était parfois à ce point prohibitive que le preneur d'assurance ne pouvait l'assumer et ne pouvait dès lors acquérir une habitation. Les choses vont chan-

Loi Partyka

Début 2010, le parlement a adopté la loi dite Partyka, qui visait à rendre l'assurance de solde restant dû plus accessible et plus transparente. En raison de nombreuses réactions, émanant principalement du secteur des assurances, la loi était restée lettre morte. La nouvelle loi du 4 avril 2014 relative aux assurances et deux arrêtés royaux des 10 et 24 avril 2014 (tous deux publiés au Moniteur du 10 juin 2014) mettent enfin la loi Partyka sur les rails.

L'objectif de la loi est d'encadrer les contrats d'assurance qui garantissent le remboursement du capital d'un crédit hypothécaire contracté pour la transformation ou l'acquisition de l'habitation propre et unique du preneur d'assurance.

Questionnaires médicaux

La loi consacre une attention particulière aux questionnaires médicaux et aux examens médicaux complémentaires. A cet égard, le Roi est désormais habilité à fixer le contenu des questionnaires médicaux en fonction des types de crédits. Le contenu des questionnaires médicaux peut lui aussi être précisé.

Les assureurs doivent soumettre à l'approbation du Bureau du suivi de la tarification (voir aussi *infra*) les questionnaires médicaux qu'ils utilisent pour leurs assurances de solde restant dû.

La nouvelle législation impose aussi un certain nombre de délais. Elle fixe ainsi un délai maximal dans lequel les assureurs doivent communiquer leur décision relative à la demande d'assurance au candidat à l'assurance, étant entendu que la durée globale de traitement des dossiers de demande de crédit-logement par les établissements de crédit et les assureurs ne peut excéder cinq semaines à compter de la réception du dossier complet.

Obligation de motivation

Les assureurs ont désormais aussi une obligation de motivation en cas de refus, d'exclusion d'un risque ou de surprime pour raisons médicales. La motivation adressée au candidat preneur d'assurance est exprimée sans équivoque et de manière compréhensible, en fonction de la situation spécifique de l'assuré. Cette motivation contient notamment:

- les raisons médicales sur lesquelles la décision est fondée;
- l'importance de l'éventuelle surprime médicale, exprimée en un pourcentage de la prime de base;
- les coordonnées du médecin-conseil de l'assureur auquel l'assuré peut s'adresser pour obtenir des informations complémentaires relatives à la motivation médicale de la décision prise;
- les coordonnées du Bureau du suivi ainsi que la mention du droit qu'a le candidat preneur d'assurance de soumettre son dossier au Bureau du suivi.

Le candidat preneur d'assurance qui n'est pas d'accord avec la prime proposée en informe l'assureur. L'assureur transmet immédiatement l'ensemble du dossier au réassureur, en lui demandant de le réévaluer. Si le réassureur conclut à une surprime inférieure à celle initialement proposée par l'assureur, ce dernier adapte sa proposition en conséquence. Ici aussi, un délai de 15 jours a été fixé entre la 'protestation' du preneur d'assurance et la décision du réassureur.

Bureau du suivi

Le Roi crée un Bureau du suivi de la tarification qui a pour mission d'examiner les dossiers dont la surprime est supérieure à 75% ou les refus d'assurance.

Le Bureau du suivi est composé de deux membres qui représentent les assureurs, d'un membre qui représente les consommateurs et d'un membre qui représente les patients. Le Bureau du suivi est présidé par un magistrat indépendant. Le Bureau du suivi peut se faire aider par des experts qui n'ont pas voix délibérative.

Le Bureau du suivi examine si la surprime proposée ou le refus d'assurance se justifie objectivement et raisonnablement d'un point de vue médical et au regard de la technique de l'assurance. Il peut être saisi directement par le candidat preneur d'assurance, l'Ombudsman des assurances ou un des membres du Bureau du suivi.

L'assureur transmet au Bureau du suivi toutes les informations dont il dispose et qui sont nécessaires à l'examen, par le Bureau du suivi, des demandes dont il est saisi. Ces informations comportent notamment:

- la décision de l'assureur, en ce compris sa motivation;
- le dossier médical reprenant l'ensemble des données médicales pertinentes concernant le candidat à l'assurance;

- les études et statistiques qui ont guidé l'assureur dans sa décision de refuser une assurance solde restant dû ou de réclamer une surprime en raison du risque de santé accru du candidat à l'assurance.

Le Bureau du suivi fait une 'proposition contraignante' dans un délai de 15 jours ouvrables à compter de la réception du dossier. Il la communique par écrit au candidat preneur d'assurance, à l'assuré et à l'assureur. Le Bureau du suivi détaille le cas échéant dans sa décision le contenu de sa proposition contraignante. L'assureur informe pour sa part, dans un délai raisonnable, le candidat preneur d'assurance et le Bureau du suivi de sa décision concernant la conclusion d'un contrat établi aux conditions fixées dans la proposition contraignante du Bureau du suivi. Le caractère 'contraignant' de la proposition du Bureau du suivi est relatif dans le sens où l'assureur n'est en définitive pas tenu d'accepter la proposition.

Caisse de compensation

Il est également créé une Caisse de compensation qui a pour mission de répartir la charge des surprimes.

Les assureurs ainsi que les établissements de crédit hypothécaire sont solidairement tenus d'effectuer à la Caisse de compensation les versements nécessaires pour l'accomplissement de sa mission et pour supporter ses frais de fonctionnement. Les assureurs sont par ailleurs tenus de communiquer à la Caisse de compensation tous les renseignements nécessaires à l'accomplissement de sa mission légale, dans la forme, dans les délais et selon la périodicité qu'elle détermine. Les interventions de la Caisse de compensation sont prises en charge à 50% par les établissements de crédit hypothécaire et à 50% par les assureurs.

La Caisse de compensation intervient si la surprime réclamée excède 125% de la prime de base, sans que son intervention puisse dépasser 800% de la prime de base. L'intervention de la Caisse de compensation diminue à due concurrence le montant total réclamé par l'assureur au candidat preneur d'assurance sans que celui-ci ne doive expressément en faire la demande. L'assureur s'adresse directement à la Caisse de compensation afin de récupérer le montant de l'intervention qui est ainsi octroyée au candidat preneur d'assurance.

La Caisse de compensation supporte les frais de fonctionnement du Bureau du suivi de la tarification, selon les modalités déterminées par le Roi. La prise en charge et le traitement des premiers dossiers par le Bureau du suivi sont prévus pour début 2015.

En outre, il sera établi chaque année un rapport précisant le nombre d'exams effectués, le nombre de cas où les décisions des assureurs ont été confirmées et le nombre de cas où une proposition contraignante différente a été formulée, la motivation des décisions et le nombre de cas où l'assureur était disposé à conclure un contrat avec le candidat preneur d'assurance aux conditions fixées dans la proposition contraignante du Bureau du suivi. Par ailleurs, la Commission des assurances est chargée d'évaluer l'application de cette nouvelle législation et de remettre tous les deux ans un rapport au Roi et à la Chambre des représentants.

Jean-Claude De Pooter - IABE Qualified actuary

banque de données pensions

Enregistrement des promesses de pension dans la banque de données DB2P avant le 1/1/2015

Aucun plan de pension du deuxième pilier n'échappe à l'obligation de déclaration dans la banque de données des pensions complémentaires ('DB2P'). Normalement, les assureurs et les fonds de pension (IRP) veillent à ce que toutes les données concernant ces pensions du deuxième pilier soient intégrées dans la banque de données des pensions complémentaires. Toutefois, en ce qui concerne les engagements de pension financés en interne, c'est la société concernée qui doit elle-même faire le nécessaire. Il y a donc du pain sur la planche pour ces sociétés.

Toutes les pensions du deuxième pilier

La constitution de la banque de données des pensions complémentaires DB2P est un chantier de grande envergure dont la réalisation, entamée il y a quelques années, se fait en plusieurs phases successives. L'objectif est d'intégrer dans cette banque de données publique toutes les données essentielles concernant l'ensemble des régimes de pension du deuxième pilier de tous les travailleurs salariés, travailleurs indépendants et fonctionnaires. Cela concerne donc les assurances-groupe, les assurances EIP, les régimes de pension PCLI et INAMI, les régimes de pension internes... mais pas l'épargne-pension ou l'épargne à long terme, car ces régimes ne relèvent pas du deuxième pilier des pensions.

De nombreux plans de pension du deuxième pilier ont déjà été intégrés dans la banque de données des pensions DB2P par les assureurs-vie et les fonds de pension. Les engagements de pension financés en interne en faveur de dirigeants d'entreprise indépendants doivent également y être enregistrés au plus tard pour le 31 décembre 2014.

Grandes ambitions

L'objectif premier était de permettre, grâce à la banque de données DB2P, un contrôle efficace des régimes de pension par les différents services publics (limite des 80%, contrôle FSMA, cotisation de sécurité sociale de 8,86% pour les régimes salariés, cotisation Wyninckx, etc.). Ce contrôle est déjà opérationnel pour une partie des régimes mais les fonctionnalités de contrôle devront encore être développées à l'avenir pour une grande partie d'entre eux.

A compter du 31 décembre 2016, tout citoyen pourra par ailleurs consulter ses pensions du deuxième pilier via une application internet sécurisée; la banque de données DB2P ne sera donc plus seulement un instrument de contrôle mais aussi un instrument de communication. De nombreux citoyens ont en effet plusieurs régimes auprès de différents organismes de pension et auront ainsi, grâce à cette banque de données centrale DB2P, un aperçu global de tous leurs régimes de pension. A compter de 2016, chaque citoyen devrait aussi en principe recevoir tous les 5 ans à partir de son 45^e anniversaire une lettre reprenant des informations sur sa pension légale et ses droits de pension complémentaires. Cette communication sera elle aussi alimentée par des données provenant de la banque de données DB2P.

Outre les citoyens, les entreprises qui ont promis les pensions pourront elles aussi consulter les informations dans la banque de données DB2P, notamment en vue de remplir leurs obligations administratives.

Engagements de pension financés en interne

Comme nous l'avons dit, le législateur a décidé de charger autant que possible les organismes de pension (assureurs et fonds de pension) de l'intégration et de l'actualisation des données dans la banque de données DB2P. C'est logique puisqu'ils disposent de toutes les informations et que, grâce à leur taille et à leurs connaissances en matière de technique des pensions, ils sont probablement les mieux placés pour le faire efficacement. Mais pour les engagements de pension financés en interne, où une société a promis une pension complémentaire sans l'intervention d'un organisme de pension, il incombe à la société de faire elle-même le nécessaire. Il s'agit des engagements de pension pour lesquels la société, en exécution d'une promesse de pension sous seing privé faite au dirigeant d'entreprise, a soit constitué une provision de pension au passif de son bilan, soit conclu ce qu'on appelle une assurance dirigeant d'entreprise. D'un point de vue juridique, une telle assurance dirigeant d'entreprise est également considérée comme un mode de financement en interne puisque le capital de pension assuré est versé à la société, qui le reverse à son tour au dirigeant d'entreprise concerné en exécution de la promesse de pension.

Gel des engagements de pension

Rappel: actuellement, une société ne peut plus faire une promesse de pension financée en interne. Une telle promesse est interdite depuis 2003 pour les travailleurs salariés et depuis 2012 pour les dirigeants d'entreprise indépendants. Depuis 2012, les engagements de pension financés en interne existant à l'époque en faveur de dirigeants d'entreprise ont pu être maintenus mais uniquement à concurrence du montant nominal de la provision de pension telle qu'elle avait été comptabilisée au dernier bilan clôturé en 2011 (voir *Life & Benefits*, 2012, n° 7, p. 1). Par conséquent, beaucoup de sociétés ont encore actuellement au passif de leur bilan une provision de pension gelée au profit de leur dirigeant d'entreprise.

Comme nous l'avons vu, le montant de cette provision de pension ne peut plus être augmenté mais il peut en revanche bien encore être diminué. Une reprise de provision de pension doit être comptabilisée lorsque le régime de pension est externalisé et donc confié à un organisme de pension.

Argument supplémentaire en faveur de l'externalisation

Par le passé, il y avait déjà une série de bonnes raisons d'externaliser ces régimes internes (voir *Life & Benefits*, 2012, n° 7, p. 3), et il est probable que les nouvelles obligations de déclaration DB2P constitueront en pratique un argument de plus pour envisager une externalisation. Ce n'est pas que ces obligations de déclaration DB2P soient très complexes (les assureurs-vie et les fonds de pension doivent d'ailleurs intégrer nettement plus de données dans la banque de données DB2P), mais il s'agit une fois encore d'une obligation administrative supplémentaire qui prend vite un certain temps, surtout lorsqu'elle est remplie pour la première fois. Ces engagements de pension financés en interne étant en voie d'extinction, une spécialisation dans ce domaine ne constitue probablement pas une activité dans laquelle les experts-comptables souhaitent s'investir.

Pour une société, un manque de liquidités disponibles reste peut-être le principal obstacle à un transfert effectif, à un assureur-vie, des provisions de pension constituées en interne. Une provision comptable au passif du bilan n'implique en effet pas pour autant qu'il y ait suffisamment de liquidités disponibles à l'actif du bilan. Dans de telles situations, la meilleure option consiste probablement à maintenir la provision de pension interne telle quelle et à la déclarer dans la banque de données DB2P pour le 31 décembre 2014 au plus tard.

Les engagements de pension internes financés via une assurance dirigeant d'entreprise peuvent encore être convertis en une assurance EIP jusqu'au

30 juin 2015. Mais cela n'empêche pas qu'ils doivent en principe également être enregistrés pour le 31 décembre 2014.

Procédure de déclaration dans DB2P

Sur le site internet DB2P, vous trouverez un manuel d'utilisation (voir http://www.db2p.be/fr/ressources/86fdd522-c9e9-428e-870a-4fd1edfc12c6/Guide%20d%27utilisateur%20%20SOC_FR_20140708%28new%20screens%29.pdf) décrivant et illustrant les fonctionnalités de base de l'application en ligne DB2P à l'aide d'écrans à parcourir lors de la déclaration. En résumé, la déclaration DB2P d'un engagement de pension financé en interne s'effectue de la manière suivante:

- 1^{ère} étape: la société doit veiller à ce qu'elle dispose d'un accès sécurisé à l'application DB2P. Une procédure permet aussi à la société de donner accès à des tiers (p.ex. un comptable ou un courtier en assurances).
- 2^e étape: enregistrement de l'engagement de pension, en complétant les champs suivants: 'Votre identifiant pour l'engagement', 'Date d'entrée en vigueur de l'engagement', 'Document' (vous devez charger ici une version électronique de la promesse de pension), 'Affilié concerné (numéro NISS)', 'Montant de la promesse de pension initiale', 'Montant de la couverture décès promise', 'Financé via' (il convient d'indiquer ici le mode de financement, soit via une provision au bilan, soit via une assurance dirigeant d'entreprise, en mentionnant selon le cas le montant de la provision ou les montants assurés), 'Nombre de mois dans l'entreprise' (important pour le calcul de la limite de 80%), 'Date de validité'.

Il est possible que cette déclaration DB2P doive être actualisée tous les ans. Ce sera le cas si le montant de la provision de pension diminue en raison d'une externalisation totale ou partielle de la promesse de pension interne. Dans le cas d'un financement au moyen d'une assurance dirigeant d'entreprise, une telle actualisation annuelle sera structurellement nécessaire puisqu'il convient de déclarer dans ce cas le capital assuré, y compris la participation au bénéfice acquise. Or cette participation au bénéfice acquise augmentera normalement chaque année.

Sanction

A défaut de déclaration DB2P, la société ne pourra pas déduire à titre de frais professionnels le capital-pension versé ultérieurement. La déduction ultérieure de ce capital est nécessaire pour neutraliser la reprise de provision de pension à incorporer à ce moment-là dans le bénéfice imposable, ou pour neutraliser le capital-pension perçu à ce moment-là en vertu de l'assurance dirigeant d'entreprise. Il peut même éventuellement y avoir discussion sur la question de savoir si la provision de pension constituée à l'époque ne doit pas du même coup être taxée.

■ **Conseil:** *Les sociétés qui veulent être déchargées de l'administration relative à la déclaration DB2P peuvent faire le choix de transférer leurs régimes de pension internes à un assureur-vie. Elles doivent cependant faire vite.*

Wannes Bellens (Vereycken & Vereycken)

Rédacteur en chef: Paul Van Eesbeeck

Comité de rédaction: Isabelle De Somviele, Paul Roels, Paul Van Eesbeeck, Luc Vereycken.

Coordination: Anne Sterckx

Life & Benefits est une publication de Kluwer - www.wolterskluwer.be.

Éditeur responsable: Hans Suijkerbuijk, Waterloo Office Park, Drève Richelle 161L, 1410 Waterloo.

Service clientèle: tél. 0800 16 868, fax 0800 17 529, e-mail: contact@kluwer.be.

© 2014 Wolters Kluwer Belgique. Hormis les exceptions expressément fixées par la loi, aucun extrait de cette publication ne peut être reproduit, introduit dans un fichier de données automatisé, ni diffusé, sous quelque forme que ce soit, sans l'autorisation expresse et préalable écrite de l'éditeur.