

DL Strategy

PRODUIT NON FISCAL
(1 PRENEUR D'ASSURANCE / 1 ASSURE)

CONDITIONS GENERALES

delta lloyd

TABLE DES MATIERES

CHAPITRE 1 - LE CONTRAT	7
Article 1 – Objet du Contrat – Garanties.....	7
1.1. Généralités	7
1.2. Garanties	7
1.2.1. Garanties principales.....	7
1.2.2. Garanties décès optionnelles	7
1.2.2.1. Garantie décès minimum	7
1.2.2.2. Capital décès supplémentaire	8
1.2.3. Garanties complémentaires	8
1.2.3.1. Garantie complémentaire décès par accident	8
1.2.3.2. Garanties complémentaires invalidité.....	8
1.2.3.2.1. Garantie complémentaire exonération de primes	8
1.2.3.2.2. Garantie complémentaire rente d’invalidité	8
Article 2 – Bases du Contrat – Possibilité de mettre fin au Contrat dans le chef de la Compagnie	8
Article 3 – Entrée en vigueur du Contrat	9
Article 4 – Droit de renonciation.....	9
Article 5 – Information annuelle au Preneur d’assurance.....	9
Article 6 – Durée du Contrat.....	9
CHAPITRE 2 – PRINCIPES DE FONCTIONNEMENT	10
Article 7 – Valeur du Contrat	10
Article 8 – Affectations et Prélèvements	10
8.1. Versements	10
8.2. Switch	10
8.3. Primes de risque	11
8.4. Frais de gestion.....	11
8.5. Rachat partiel et total.....	11
8.6. Rachats partiels périodiques.....	11
8.7. Paiement de la Valeur du Contrat.....	12
Article 9 – Participation bénéficiaire.....	12
Article 10 – Désignation du/des Bénéficiaire(s)	12
Article 11 – Cession des droits du Contrat	12
Article 12 – Prédéces du Preneur d’assurance	12
Article 13 – Avance sur le Contrat	12
Article 14 – Adaptation des garanties	12
14.1. Généralités	12
14.2. Les garanties décès optionnelles	13
14.3. Les garanties complémentaires	13
Article 15 – Arrêt des Versements	13
Article 16 – Paiement des prestations assurées	14
16.1. En cas de vie de l’Assuré au terme du Contrat.....	14
16.2. En cas de décès de l’Assuré avant le terme du Contrat	14
16.2.1. Montant à verser	14
16.2.2. Formalités à respecter.....	14
16.3 Garanties complémentaires	14
CHAPITRE 3 – REGLES SPECIFIQUES RELATIVES AUX GARANTIES PRINCIPALES ET AUX GARANTIES DECES OPTIONNELLES (Volet branche 21 et branche 23).....	15
Article 17 – Options d’investissement	15
17.1. Dynamisation de la Participation bénéficiaire.....	15
17.2. Sécurisation des plus-values.....	15
17.3. Rééquilibrage	15
17.4. Drip Feed	15
Article 18 – Rachat partiel.....	16
18.1. Rachats partiels – Conditions minimales.....	16
18.2. Proportionnalité	16
Article 19 – Rachats partiels périodiques	16
Article 20 – Switch.....	16
20.1. Conditions minimales	16
20.2. Proportionnalité	16
20.3. Fiscalité.....	17
Article 21 – Prélèvements des primes des garanties décès optionnelles.....	17
Article 22 – Cumul de Prélèvements	17
Article 23 – Dates de valeur	17

23.1. Versements	17
23.2. Prélèvements pour primes de risque des garanties décès optionnelles	17
23.3. Autres Prélèvements et Switch.....	17
23.4. Bankholiday	18
23.5. Report de la Date de transaction	18
Article 24 – Frais et Tarifs	18
24.1. L'indemnité financière	18
24.2. Frais particuliers	18
24.3. Révision des tarifs.....	18
CHAPITRE 4 - DIVERS.....	20
Article 25 – Etendue des garanties décès optionnelles	20
25.1. Garantie géographique.....	20
25.2. Suicide de l'Assuré.....	20
25.3. Fait intentionnel	20
25.4. Navigation aérienne	20
25.5. Emeute	20
25.6. Guerre	20
25.7. Couverture de militaires et non-militaires participant à une mission des forces armées belges à l'étranger en période de paix.....	21
25.8. Peine capitale.....	21
25.9. Crime ou délit	21
25.10. Risque nucléaire	21
25.11. Montant à liquider en cas de décès non couvert.....	21
Article 26 – Couverture Terrorisme.....	21
26.1. Généralités	21
26.2. Membre TRIP	21
26.3. Régime de paiement	22
Article 27 – Impôts, taxes et cotisations.....	22
Article 28 – Notification – Plaintes	22
Article 29 – Monnaie du Contrat.....	23
Article 30 – Identification.....	23
Artikel 31 – Tribunal compétent – Droit applicable.....	23
CHAPITRE 5 – GARANTIE Complémentaire Décès PAR ACCIDENT	24
Article 32 – Objet de la garantie	24
Article 33 – La notion d'accident	24
33.1. Généralités	24
33.2. Extension	24
Article 34 – Invalidité totale et permanente	24
Article 35 – Paiement des prestations assurées	25
Article 36 – Garantie géographique	25
Article 37 – Navigation aérienne	25
Article 38 – Risques exclus.....	25
Article 39 – Obligation d'information au début de la présente garantie.....	26
Article 40 – Obligation d'information pendant la durée de la présente garantie.....	26
Article 41 – Déclaration de l'accident.....	26
Article 42 – Constatation de l'invalidité	26
Article 43 – Fin de la garantie.....	27
CHAPITRE 6 – GARANTIES COMPLEMENTAIRES INVALIDITE	28
Article 44 – Objet des garanties.....	28
44.1. Garantie complémentaire exonération de primes	28
44.2. Garantie complémentaire rente d'invalidité	28
Article 45 – La notion d'Accident	28
45.1. Généralités	28
45.2. Extension	28
Article 46 - Invalidité	29
Article 47 – Paiement des prestations assurées	29
Article 48 – Garantie géographique	30
Article 49 – Navigation aérienne	30
Article 50 – Risques exclus.....	30
Article 51 – Obligation d'information au début des présentes garanties.....	31
Article 52 – Obligation d'information pendant la durée des présentes garanties.....	31
Article 53 – Déclaration de l'accident ou de la maladie	31
Article 54 – Constatation de l'invalidité	31
Article 55 – Fin des garanties	32

1 Preneur d'assurance / 1 assuré – PRODUIT NON FISCAL

DEFINITIONS

Affectation	Toute opération entrante après retenue de frais et taxes, telles que des Versements nets et des Switch.
Assuré	La personne physique sur la tête de laquelle la ou les garantie(s) prévue(s) par le Contrat, est / sont souscrite(s).
Bénéficiaire(s)	La ou les personne(s), désignée(s) par le Preneur d'assurance, au profit de laquelle/desquelles la prestation assurée de la garantie concernée est stipulée.
Clé de répartition	La Clé de répartition indique dans quels fonds et selon quel(s) pourcentage(s) de répartition les Versements nets se font. La Clé de répartition est fixée aux Conditions Particulières.
Compagnie	La compagnie d'assurances auprès de laquelle le Contrat est souscrit : Delta Lloyd Life SA Boulevard de la Plaine 15 à 1050 Bruxelles, agréée sous le code n° 0019.
Conditions Particulières	Le document intitulé « Conditions Particulières » et qu'il convient de lire en tant que spécification ou dérogation aux Conditions Générales.
Contrat	Le Contrat est composé des Conditions Générales, des Conditions Particulières, de la Fiche d'Information Financière et des Règlements de gestion des fonds d'investissement du Volet branche 23. Ces documents forment un ensemble.
Date de transaction	<p>En ce qui concerne le Volet branche 21 : la date à laquelle l'Affectation à un fonds ou le Prélèvement d'un fonds est exécuté(e) par la Compagnie.</p> <p>En ce qui concerne le Volet branche 23 : la date à laquelle l'Affectation à un fonds et le Prélèvement d'un fonds a effectivement lieu et telle que celle-ci est déterminée dans la Fiche d'Information Financière.</p>
Fiche d'Information Financière	Le document intitulé « Fiche d'Information Financière » qui comprend une description des caractéristiques principales de DL Strategy, 1 Preneur d'assurance/1 Assuré – Produit non fiscal.
Fonds branche 21	Un fonds faisant partie du Volet branche 21.
Fonds branche 23	Un fonds faisant partie du Volet branche 23.
Intérêt de base	Le taux d'intérêt technique fixé aux Conditions Particulières et qui est d'application au moment de l'Affectation.
Options d'investissement	Le Preneur d'assurance peut choisir l'une des options suivantes : <ul style="list-style-type: none">- dynamisation de la Participation Bénéficiaire- sécurisation des plus-values- rééquilibrage- Drip Feed.
Participation Bénéficiaire	La partie du bénéfice que la Compagnie attribue au profit du Volet branche 21 en application du plan de Participation Bénéficiaire déposé auprès de la Commission Bancaire, Financière et des Assurances. La Participation Bénéficiaire n'est pas garantie.
Prélèvement	Toute opération sortante telle que des Rachats, des Switch, des retenues pour primes de risque des garanties décès optionnelles et des frais de gestion.
Preneur d'assurance	La personne physique ou morale qui souscrit le Contrat avec la Compagnie.
Rachat	L'opération par laquelle le Preneur d'assurance résilie le Contrat totalement ou partiellement avec paiement par la Compagnie de la Valeur de rachat totale ou partielle.

Règlement de gestion	Le règlement qui doit être établi en application de la loi pour les Fonds branche 23 et qui comprend l'identification et les règles de fonctionnement des fonds d'investissement.
Switch	Le transfert de la Valeur du Contrat ou d'une partie de celle-ci vers un ou plusieurs autres fonds au sein du même Contrat.
Terrorisme	Une action ou une menace d'action organisée clandestinement à des fins idéologiques, politiques, ethniques ou religieuses, exécutée individuellement ou en groupe et attentant à des personnes ou détruisant partiellement ou totalement la valeur économique d'un bien matériel ou immatériel, soit en vue d'impressionner le public, de créer un climat d'insécurité ou de faire pression sur les autorités, soit en vue d'entraver la circulation et le fonctionnement normal d'un service ou d'une entreprise.
Unité	Part (fraction) d'un fonds d'investissement du Volet branche 23. La valeur est régulièrement publiée sur le site public de la Compagnie. La manière dont la Valeur de l'Unité est déterminée, est fixée dans le Règlement de gestion.
Valeur de rachat	La Valeur du Contrat au moment du Rachat, diminuée de l'éventuel frais de retrait et / ou de l'indemnité financière.
Valeur de l'Unité	La valeur de l'Unité telle que déterminée par le(s) gestionnaire(s) de fonds et après retenue de tous les frais de gestion de la Compagnie et après octroi éventuel du dividende.
Valeur du Contrat	<p>La Valeur du Contrat est la somme de la valeur du Volet branche 21 et / ou de la valeur du Volet branche 23. La valeur du Volet branche 21 est formée par le total des Affectations à ce volet, augmenté des Intérêts de base d'application au moment de l'Affectation et de l'éventuelle Participation Bénéficiaire, et diminuée des éventuels Prélèvements.</p> <p>La valeur du Volet branche 23 est déterminée par la somme des valeurs respectives pour chacun des fonds d'investissement choisis. La valeur d'un fonds d'investissement est obtenue en multipliant les Unités du Contrat, qui sont affectées à ce fonds d'investissement, avec la Valeur de l'Unité correspondante. La valeur du Volet branche 23 tient également compte des montants non encore traités à ce moment.</p> <p>Le nombre d'Unités des Fonds branche 23 choisis, est formé par la conversion des Affectations et des Prélèvements en Unités.</p>
Versement	Paiement par le Preneur d'assurance pour le Contrat. Les Versements peuvent être uniques, périodiques ou complémentaires. Les montants des Versements prévus sont fixés aux Conditions Particulières. Pour certains Versements, un montant minimum peut être requis.
Versement net	La partie du Versement qui est investie dans des Fonds branche 21 et / ou branche 23.
Volet branche 21	La partie du Contrat qui est une assurance branche 21. Les fonds du Volet branche 21 donnent droit à un Intérêt de base garanti qui est augmenté le cas échéant d'une Participation Bénéficiaire annuelle.
Volet branche 23	La partie du Contrat qui est une assurance branche 23. Les fonds d'investissement du Volet branche 23 ne donnent pas droit à un intérêt garanti ou à une Participation Bénéficiaire.

CHAPITRE 1 - LE CONTRAT

Article 1 – Objet du Contrat – Garanties

1.1. Généralités

Le Contrat offre au Preneur d'assurance la possibilité de combiner la branche 21 et la branche 23 dans un seul contrat. Le Preneur d'assurance peut fixer sa propre stratégie d'investissement à l'aide d'une Clé de répartition entre différents Fonds branche 21 et branche 23, choisie par lui-même et par application d'Options d'investissement.

En outre, le Preneur d'assurance peut souscrire des garanties décès optionnelles et/ou des garanties complémentaires.

1.2. Garanties

Ce Contrat peut comprendre les garanties suivantes :

- des garanties principales en cas de vie et en cas de décès ;
- des garanties décès optionnelles ;
- des garanties complémentaires décès par accident et invalidité.

Les garanties choisies par le Preneur d'assurance sont mentionnées aux Conditions Particulières.

1.2.1. Garanties principales

Le(s) Bénéficiaire(s) a/ont droit à la prestation suivante :

- a) En cas de vie de l'Assuré au terme du contrat : la Valeur du Contrat ;
- b) En cas de décès de l'Assuré avant le terme du Contrat et si le Contrat ne prévoit pas de garanties décès optionnelles : la Valeur du Contrat ;
- c) En cas de décès de l'Assuré avant le terme du Contrat et si le Contrat prévoit des garanties décès optionnelles : voir 1.2.2 ci-dessous.

1.2.2. Garanties décès optionnelles

Les garanties optionnelles Garantie décès minimum et Capital décès supplémentaire peuvent être combinées.

Les prestations prévues sous les garanties décès optionnelles ne sont acquises que dans la mesure où la Valeur du Contrat est suffisante, pour pouvoir prélever les primes de risque nécessaires pour ces garanties.

1.2.2.1. Garantie décès minimum

Si le Preneur d'assurance choisit la Garantie décès minimum, il peut opter pour l'une des possibilités suivantes :

- a) Capital décès minimum** : en cas de décès de l'Assuré avant le terme de cette garantie, le Bénéficiaire a droit au montant prévu aux Conditions Particulières.
- b) Capital décès minimum indexé** : en cas de décès de l'Assuré avant le terme de cette garantie, le Bénéficiaire a droit au montant prévu aux Conditions Particulières, indexé annuellement avec un pourcentage choisi par le Preneur d'assurance.
- c) Capital décès minimum de 130% des Versements** : en cas de décès de l'Assuré avant le terme de cette garantie, le Bénéficiaire a droit à au moins 130% des Versements (après retenue des taxes et exception faite des Versements pour les éventuelles garanties complémentaires).
- d) Capital décès minimum décroissant** : en cas de décès de l'Assuré avant le terme de cette garantie, le Bénéficiaire a droit au montant prévu aux Conditions Particulières.

1.2.2.2. Capital décès supplémentaire

Si le Preneur d'assurance choisit un Capital décès supplémentaire, en cas de décès de l'Assuré avant le terme de cette garantie, le Bénéficiaire a droit au montant supplémentaire prévu aux Conditions Particulières.

1.2.3. Garanties complémentaires

Les Versements nécessaires au financement des garanties complémentaires, sont payés avec les Versements relatifs aux garanties principales. Les prestations assurées des garanties complémentaires ne sont acquises que dans la mesure où ces Versements ont été payés.

Le Preneur d'assurance peut choisir les garanties complémentaires suivantes.

1.2.3.1. Garantie complémentaire décès par accident

Si le Preneur d'assurance choisit la garantie complémentaire décès par accident, en cas de décès ou d'invalidité totale et permanente de l'Assuré par accident avant le terme de cette garantie, le capital prévu aux Conditions Particulières pour cette garantie, sera payé.

Le Chapitre 5 traite de la garantie complémentaire décès par accident.

1.2.3.2. Garanties complémentaires invalidité

Le Chapitre 6 traite des garanties complémentaires invalidité.

1.2.3.2.1. Garantie complémentaire exonération de primes

Si le Preneur d'assurance choisit la garantie complémentaire exonération de primes, en cas d'invalidité de l'Assuré causée par accident ou maladie avant le terme de cette garantie, la Compagnie se charge du paiement des Versements futurs au prorata de l'invalidité tel que déterminé aux Conditions Particulières. Ainsi, le Contrat reste en vigueur. L'indexation des Versements est arrêtée.

1.2.3.2.2. Garantie complémentaire rente d'invalidité

Si le Preneur d'assurance choisit la garantie complémentaire rente d'invalidité, en cas d'invalidité de l'Assuré causée par accident ou maladie avant le terme de cette garantie, la Compagnie paiera la rente prévue aux Conditions Particulières (sans indexation ultérieure de cette rente) au prorata de l'invalidité tel que déterminé aux Conditions Particulières.

Cette garantie ne peut être souscrite que si la garantie complémentaire exonération de primes est également souscrite.

Article 2 – Bases du Contrat – Possibilité de mettre fin au Contrat dans le chef de la Compagnie

Le Contrat est soumis aux dispositions légales et réglementaires belges qui régissent les assurances vie. Il est établi sur base des renseignements que le Preneur d'assurance et l'Assuré fournissent en toute honnêteté et sans réticence.

Passé le délai de réflexion dont le Preneur d'assurance dispose pour renoncer au Contrat (voir article 4), le Contrat est incontestable hormis le cas de fraude, c'est-à-dire que la Compagnie ne peut invoquer la nullité que pour omission ou déclaration incorrecte intentionnelles dans le chef du Preneur d'assurance ou de l'Assuré.

La Compagnie se réserve le droit de mettre immédiatement fin au Contrat lorsque le Preneur d'assurance omet de respecter les règles en matière d'identification des clients.

Le Contrat aura une cause illicite si le Preneur d'assurance a, lors de sa conclusion, des motivations liées au blanchiment.

Dans les cas susvisés, en ce qui concerne le Volet branche 21, la Compagnie remboursera les Versements faits par le Preneur d'assurance, diminués des frais d'entrée, des montants qui ont été

consommés pour couvrir le risque jusqu'au moment de la cessation du Contrat et de l'éventuelle indemnité financière. En ce qui concerne le Volet branche 23, la Compagnie versera la valeur du Volet branche 23.

Lorsque les données de l'Assuré sont inexactes, la Compagnie se réserve le droit d'adapter les prestations assurées.

Article 3 – Entrée en vigueur du Contrat

Le Contrat entre en vigueur à la date qui est mentionnée aux Conditions Particulières et au plus tôt après signature de celles-ci par le Preneur d'assurance et après réception du premier Versement.

Article 4 – Droit de renonciation

Le Preneur d'assurance a le droit de résilier le Contrat par lettre recommandée adressée à la Compagnie dans les 30 jours de l'entrée en vigueur du Contrat.

Le cas échéant le montant à rembourser par la Compagnie, est calculé comme suit :

a) En ce qui concerne le Volet branche 21

La somme des Versements pour ce volet, diminuée des montants consommés pour garantir le risque et de l'éventuelle indemnité financière.

b) En ce qui concerne le Volet branche 23

La valeur du Volet branche 23 à la première Date de transaction qui suit d'au moins deux jours ouvrables la date à laquelle la Compagnie a reçu la demande de résiliation, augmentée des frais d'entrée.

Article 5 – Information annuelle au Preneur d'assurance

La Compagnie fournit annuellement au Preneur d'assurance l'information nécessaire sur l'évolution de la Valeur du Contrat.

Article 6 – Durée du Contrat

Les Conditions Particulières mentionnent le terme du Contrat ou sa durée déterminée.

La résiliation des garanties principales entraîne la fin de l'éventuelle garantie complémentaire décès par accident et/ou des éventuelles garanties complémentaires invalidité.

CHAPITRE 2 – PRINCIPES DE FONCTIONNEMENT

Article 7 – Valeur du Contrat

La Valeur du Contrat peut se décomposer en deux volets, à savoir la valeur du Volet branche 21 et la valeur du Volet branche 23.

La valeur du Volet branche 21 est formée par le total des Affectations à ce volet, augmenté des Intérêts de base d'application au moment de l'Affectation et de l'éventuelle Participation Bénéficiaire, et diminuée des éventuels Prélèvements.

La valeur du Volet branche 23 est déterminée par la somme des valeurs respectives pour chacun des fonds d'investissement choisis. La valeur d'un fonds d'investissement est obtenue en multipliant les unités du Contrat, qui sont affectées à ce fonds d'investissement, avec la Valeur de l'Unité correspondante. La valeur du Volet branche 23 tient également compte des montants non encore traités à ce moment.

Le nombre d'Unités des Fonds branche 23 choisis, est formé par la conversion des Affectations et des Prélèvements en Unités.

Article 8 – Affectations et Prélèvements

8.1. Versements

Le Versement net est le montant qui après retenue des éventuels frais (d'entrée), taxes et cotisations et primes pour les éventuelles garanties complémentaires, est investi dans les Fonds branche 21 et/ou branche 23 déterminés dans la Clé de répartition choisie.

Une autre Clé de répartition peut être choisie pour les Versements complémentaires que pour les Versements périodiques ou uniques.

Les Versements sur ce Contrat sont facultatifs. En ce qui concerne les Versements périodiques, la Compagnie envoie une invitation à payer pour chaque date d'échéance de prime et un rappel si nécessaire.

Tout Versement doit être fait directement à la Compagnie.

Le Preneur d'assurance peut modifier à tout moment pendant la durée du Contrat la périodicité des Versements, ainsi que le montant du Versement, étant entendu que le nouveau montant doit au moins être égal au minimum mentionné dans la Fiche d'Information Financière.

La modification de la périodicité des Versements et de la Clé de répartition ne peuvent être demandées que par le biais d'une requête écrite, datée et signée à la Compagnie. La modification est fixée dans un avenant au Contrat.

La modification du montant du Versement se fait de préférence de la même manière.

En l'absence d'instruction spécifique du Preneur d'assurance, la Compagnie applique les règles internes d'affectation des Versements.

8.2. Switch

Le montant qui, à la suite d'un Switch, est prélevé du fonds choisi, est diminué des frais et taxes éventuels.

Delta Lloyd Strategy prévoit aussi bien des Switch automatiques suite à une des Options d'investissement choisie que des Switch librement choisis par le Preneur d'assurance. En ce qui concerne le fonctionnement des Switch automatiques, il est renvoyé au chapitre 3.

Un Switch librement choisi par le Preneur d'assurance, doit être demandé par le biais d'une requête écrite, datée et signée adressée à la Compagnie. Ce Switch se fait à la première Date de

transaction qui suit d'au moins deux jours ouvrables la date à laquelle la Compagnie a reçu la demande de Switch. La Compagnie confirme le Switch à l'aide d'une preuve de transaction.

Si les conditions prévues dans la Fiche d'Information Financière pour l'ajout et/ou la modification d'une Option d'investissement sont remplies, cela doit être demandé par le biais d'une requête écrite, datée et signée adressée à la Compagnie. Cet ajout ou cette modification est confirmé(e) par un avenant au Contrat.

8.3. Primes de risque

Les primes de risque pour les garanties décès optionnelles sont prélevées mensuellement de la Valeur du Contrat. Ces montants sont prélevés anticipativement à la date d'échéance mensuelle.

8.4. Frais de gestion

a) Volet branche 21

Les frais de gestion du Volet branche 21 tels que mentionnés aux Conditions Particulières ou dans la Fiche d'Information Financière, sont prélevés le dernier jour de chaque mois calendrier proportionnellement (en fonction de la valeur du (sous)fonds) des différents (sous)fonds.

b) Volet branche 23

Les frais de gestion du Volet branche 23 tels que mentionnés dans la Fiche d'Information Financière, sont prélevés chaque semaine à la Date de transaction de la valeur des fonds d'investissement (telle que déterminée par le(s) gestionnaire(s) de fonds) et donne la Valeur de l'Unité.

8.5. Rachat partiel et total

A tout moment le Preneur d'assurance a le droit de demander le Rachat total ou partiel. Le Rachat total ou partiel doit avoir lieu dans le cadre des limitations qui résultent de la législation applicable et de la Fiche d'Information Financière. Le Rachat total (aussi bien du Volet branche 21 que du Volet branche 23) met fin au Contrat.

Le Rachat et le calcul de la Valeur de rachat se font à la première Date de transaction qui suit d'au moins deux jours ouvrables la date à laquelle la Compagnie a reçu la demande de Rachat. Ce Rachat doit être demandé par le Preneur d'assurance par le biais d'une requête écrite, datée et signée. En cas de Rachat total, cet écrit doit être accompagné d'une copie recto/verso de la carte d'identité, de la police originale et de tous les avenants et le cas échéant de l'accord du Bénéficiaire acceptant.

La Compagnie procède au paiement de la Valeur de rachat lorsque, suite à des Rachats partiels, la Valeur du Contrat est inférieure à un montant minimum déterminé par la Compagnie.

Chaque Rachat est confirmé à l'aide d'une preuve de transaction.

Le montant racheté est diminué des frais et taxes.

8.6. Rachats partiels périodiques

Le Preneur d'assurance peut demander des Rachats partiels périodiques. Ces Rachats ont lieu aux moments tels que déterminés aux Conditions Particulières.

Le Preneur d'assurance peut demander ces Rachats partiels périodiques au début du Contrat ou en cours de Contrat.

Si les conditions prévues dans la Fiche d'Information Financière pour l'ajout de cette possibilité sont remplies, cela doit être demandé par le biais d'une requête écrite, datée et signée adressée à la Compagnie. Cet ajout est confirmé par un avenant au Contrat.

Le montant racheté est diminué des frais et taxes.

8.7. Paiement de la Valeur du Contrat

Les événements qui donnent lieu au paiement de la Valeur du Contrat, sont la résiliation du Contrat par le Preneur d'assurance, le Rachat total, le décès de l'Assuré ou l'arrivée à terme du Contrat.

La valeur du Volet branche 23 est calculée au plus tôt à la première Date de transaction qui suit l'un de ces événements et tel que précisé dans les articles concernés.

Article 9 – Participation bénéficiaire

Le Volet branche 21 entre en ligne de compte pour la Participation Bénéficiaire conformément au plan de Participation Bénéficiaire qui est déposé annuellement auprès de la Commission Bancaire, Financière et des Assurances. Les conditions auxquelles le Contrat doit satisfaire pour pouvoir bénéficier de Participation Bénéficiaire et la façon dont la dotation est calculée, sont mentionnées aux Conditions Particulières et peuvent être modifiées. L'attribution de la Participation Bénéficiaire n'est pas garantie.

Le Volet branche 23 n'entre pas en ligne de compte pour la Participation Bénéficiaire.

Article 10 – Désignation du/des Bénéficiaire(s)

Le Preneur d'assurance a le droit de désigner un ou plusieurs Bénéficiaires. Il peut modifier ou révoquer cette désignation. Pour être opposable à la Compagnie, cette modification ou révocation doit être communiquée par écrit.

Le Bénéficiaire doit être identifiable au moment où les prestations assurées deviennent exigibles.

Si aucun Bénéficiaire n'a été désigné, si celui-ci est prédécédé ou si la désignation d'un Bénéficiaire ne peut pas sortir d'effet ou a été révoquée, les prestations assurées sont dues au Preneur d'assurance ou à sa succession.

Tout Bénéficiaire peut accepter le bénéfice. Pour être opposable à la Compagnie, cette acceptation doit être confirmée par un avenant signé par le Preneur d'assurance, le Bénéficiaire acceptant et la Compagnie. Après l'acceptation, le Preneur d'assurance ne peut plus révoquer la clause bénéficiaire et ne peut plus désigner de nouveau Bénéficiaire sans l'accord du Bénéficiaire acceptant.

Article 11 – Cession des droits du Contrat

Le Preneur d'assurance peut, le cas échéant moyennant approbation du Bénéficiaire acceptant, céder les droits du Contrat à un tiers.

Pour être opposable à la Compagnie, cette cession doit être confirmée par un avenant signé par le Preneur d'assurance, le cessionnaire et la Compagnie.

Article 12 – Prédécès du Preneur d'assurance

En cas de prédécès du Preneur d'assurance tous les droits et obligations du Contrat sont transférés au seul Bénéficiaire à condition que ce dernier ait été désigné nominativement aux Conditions Particulières. Dans tous les autres cas, tel qu'en cas de prédécès du Bénéficiaire, tous les droits et obligations sont transférés à l'Assuré.

Article 13 – Avance sur le Contrat

Il n'est pas possible d'obtenir une avance sur le Contrat.

Article 14 – Adaptation des garanties

14.1. Généralités

A chaque date d'échéance mensuelle pendant la durée du Contrat, le Preneur d'assurance peut demander de modifier les garanties décès optionnelles choisies. Toute augmentation du capital prévu aux Conditions Particulières pour ces garanties est soumise aux conditions en vigueur au moment de cette augmentation et peut dépendre du résultat favorable d'un questionnaire médical ou d'un examen médical.

L'adaptation du capital décès est demandée par une requête écrite, datée et signée par le Preneur d'assurance.

14.2. Les garanties décès optionnelles

Les garanties décès optionnelles peuvent être augmentées de 20% sans formalités médicales complémentaires dans les cas suivants :

- en cas de mariage ou de cohabitation légale de l'Assuré (limité à une seule fois pendant la durée du Contrat) ;
- en cas de naissance d'un enfant de l'Assuré, ou en cas d'adoption légale par l'Assuré (limité à trois fois pendant la durée du Contrat) ;
- en cas de décès du conjoint ou du cohabitant légal.

Cette option ne peut être utilisée que lorsque :

- le Contrat a été souscrit à des conditions normales ;
- l'Assuré n'a pas plus de 50 ans ;
- le capital des garanties décès optionnelles ne dépasse pas les limites déterminées par la Compagnie.

La demande d'augmentation écrite, accompagnée des pièces justificatives, doit être faite dans les six mois après le mariage, la cohabitation légale, la naissance, l'adoption ou le décès.

14.3. Les garanties complémentaires

Les garanties complémentaires peuvent être modifiées ou terminées à chaque date d'échéance mensuelle, indépendamment des garanties principales. L'adaptation des garanties complémentaires est demandée par écrit par le Preneur d'assurance.

Une augmentation des risques garantis est soumise aux conditions qui sont d'application au moment de l'adaptation, telles entre autres celles qui concernent l'acceptation des risques.

Article 15 – Arrêt des Versements

A tout moment le Preneur d'assurance peut arrêter les Versements (périodiques) pour son Contrat ou faire savoir à la Compagnie par le biais d'une requête écrite, datée et signée qu'il arrête les Versements.

La règle de base est que les garanties décès optionnelles sont maintenues lors de l'arrêt des Versements. Dans ce cas les primes de risque continueront d'être prélevées de la Valeur du Contrat. A partir du moment où la Valeur du Contrat est insuffisante pour en prélever les primes de risque, le Contrat doit être considéré comme totalement résilié, et ce 30 jours après que la Compagnie en ait informé le Preneur d'assurance par lettre recommandée. Pendant cette période le Preneur d'assurance a la possibilité de reprendre ses Versements.

Sur requête écrite, datée et signée du Preneur d'assurance, la Compagnie peut procéder à une diminution des garanties décès optionnelles. Cette conversion entre en vigueur au plus tôt à la première date d'échéance mensuelle du Contrat, après réception de la requête écrite.

En cas de non-paiement des Versements pour un Contrat avec des garanties complémentaires un rappel de paiement, suivi d'une lettre recommandée, est envoyé au Preneur d'assurance afin de l'inviter à reprendre ses Versements. Si le Preneur d'assurance ne donne pas suite à cette lettre recommandée, les garanties complémentaires seront annulées. Cela se fait 30 jours après que la Compagnie en ait informé le Preneur d'assurance par lettre recommandée. Pendant cette période le Preneur d'assurance a la possibilité de reprendre ses Versements.

Article 16 – Paiement des prestations assurées

16.1. En cas de vie de l'Assuré au terme du Contrat

En cas de vie de l'Assuré au terme du Contrat, la Valeur du Contrat est versée au Bénéficiaire en cas de vie.

Dans ce cas les documents suivants sont obligatoires :

- 1) la police originale et tous les avenants ;
- 2) une attestation de vie de l'Assuré mentionnant sa date de naissance ;
- 3) une copie recto / verso de la carte d'identité du Bénéficiaire ;
- 4) une quittance signée par le Bénéficiaire.

16.2. En cas de décès de l'Assuré avant le terme du Contrat

16.2.1. Montant à verser

En cas de décès de l'Assuré avant le terme du Contrat la Compagnie paie la Valeur du Contrat déterminée à la première Date de transaction qui suit d'au moins deux jours ouvrables la date de réception de l'extrait de l'acte de décès de l'Assuré, au(x) Bénéficiaire(s) en cas de décès.

Ce montant est éventuellement augmenté jusqu'au maximum des deux montants suivants :

- le montant de la Garantie décès minimum au moment du décès ;
- le montant de la Garantie décès minimum au moment de la Date de transaction susmentionnée.

Dans le cas d'un Capital décès supplémentaire, ce montant est augmenté du montant qui selon les Conditions Particulières est d'application au moment du décès.

16.2.2. Formalités à respecter

Le(s) Bénéficiaire(s) doit / doivent remettre les documents suivants à la Compagnie :

- la police originale et tous les avenants ;
- un extrait de l'acte de décès de l'Assuré mentionnant sa date de naissance ;
- une attestation de cautionnement pour le(s) Bénéficiaire(s) résidant à l'étranger ;
- un acte de notoriété ;
- un certificat médical indiquant la cause du décès de l'Assuré ;
- une copie recto / verso de la carte d'identité du / des Bénéficiaire(s) ;
- une quittance signée par le(s) Bénéficiaire(s).

16.3 Garanties complémentaires

En ce qui concerne le paiement des prestations assurées des garanties complémentaires, il est renvoyé aux chapitres respectifs.

CHAPITRE 3 – REGLES SPECIFIQUES RELATIVES AUX GARANTIES PRINCIPALES ET AUX GARANTIES DECES OPTIONNELLES (Volet branche 21 et branche 23)

Article 17 – Options d'investissement

Sous certaines conditions, disponibles dans la Fiche d'Information Financière, le Preneur d'assurance peut choisir l'une des options ci-dessous.

17.1. Dynamisation de la Participation bénéficiaire

Un montant équivalent à la Participation Bénéficiaire attribuée annuellement à un fonds du Volet branche 21, est transféré via un Switch automatique à un fonds du Volet branche 23. Ce montant est prélevé proportionnellement à leurs valeurs du (sous)fonds branche 21 concerné et sa Participation Bénéficiaire.

La Compagnie détermine chaque année à quelle date ce Switch automatique sera exécuté.

17.2. Sécurisation des plus-values

La plus-value d'un fonds du Volet branche 23 est transférée via un Switch automatique au fonds du Volet branche 21 mentionné dans la Fiche d'Information Financière, à l'Intérêt de base d'application à ce moment.

Le contrôle pour la détermination de la plus-value éventuelle se fait le jour précédant la Date de transaction hebdomadaire sur base de la dernière Valeur de l'Unité connue.

Si cette plus-value atteint le pourcentage d'accroissement choisi, le Switch automatique vers le Fonds branche 21 se fait à la première Date de transaction qui suit. Si d'autres Prélèvements (sauf Prélèvement de la prime de risque) pour les Fonds branche 23 concernés doivent se faire à la même Date de transaction, ce Switch automatique n'est pas exécuté.

17.3. Rééquilibrage

Aux moments choisis la répartition des différents fonds du Volet branche 21 et / ou du Volet branche 23 est revue afin de rétablir la répartition entre les fonds choisie par le Preneur d'assurance.

Si plusieurs Intérêts de base sont d'application au sein d'un fonds du Volet branche 21, les Switch sont prélevés en premier lieu du (sous)fonds avec l'Intérêt de base le plus ancien sur le Contrat selon le principe FIFO (First *IN*, First *OUT*). En outre, le montant est prélevé, par (sous)fonds, proportionnellement de la valeur du (sous)fonds concerné et sa Participation Bénéficiaire.

Les Allocations à un fonds du Volet branche 21 sont investies à l'Intérêt de base d'application à ce moment.

Le contrôle de la répartition se fait le dernier jour de la période choisie et en ce qui concerne les Fonds branche 23 sur base de la dernière Valeur de l'Unité connue. Si d'autres Prélèvements ou Allocations pour les Fonds branche 23 concernés doivent se faire à ce moment, le contrôle de la répartition se fait après que ces opérations soient exécutées.

Le rééquilibrage se fait à la première Date de transaction qui suit pour autant que le pourcentage minimum prévu dans la Fiche d'Information Financière soit atteint.

17.4. Drip Feed

Après un Versement unique dans un fonds du Volet branche 21 des Switch automatiques se font vers les fonds du Volet branche 23 choisis pour autant que la valeur du Fonds branche 21 le permette.

Si plusieurs Intérêts de base sont d'application au sein du Fonds branche 21, les Switch sont prélevés en premier lieu du (sous)fonds avec l'Intérêt de base le plus ancien sur le Contrat, selon

le principe FIFO (First *IN*, First *OUT*). En outre, le montant est prélevé, par (sous)fonds, proportionnellement de la valeur du (sous)fonds concerné et sa Participation Bénéficiaire.

Ces Switch se font à la première Date de transaction qui suit le dernier jour de la période choisie.

Article 18 – Rachat partiel

18.1. Rachats partiels – Conditions minimales

Un Rachat partiel n'est possible que pour un certain montant minimum tel que mentionné dans la Fiche d'Information Financière et à condition que la Valeur du Contrat après Rachat représente un certain montant minimum. Les mêmes conditions s'appliquent par fonds.

Si une demande ne remplit pas ces conditions, le Preneur d'assurance peut demander un Rachat partiel adapté.

Si une demande de Rachat partiel est introduite pour un montant égal à la Valeur du Contrat, cela est considéré comme une demande de Rachat total du Contrat.

18.2. Proportionnalité

Sauf instruction contraire, un Rachat partiel est prélevé proportionnellement de la valeur des différents fonds du Contrat.

Si plusieurs Intérêts de base sont d'application au sein d'un fonds du Volet branche 21, le Rachat partiel est prélevé en premier lieu du (sous)fonds avec l'Intérêt de base le plus ancien sur le Contrat, selon le principe FIFO (First *IN*, First *OUT*). En outre, le montant est prélevé, par (sous)fonds, proportionnellement de la valeur du (sous)fonds concerné et sa Participation Bénéficiaire.

Article 19 – Rachats partiels périodiques

Les Rachats partiels périodiques sont prélevés proportionnellement de la valeur des différents fonds du Contrat.

Si plusieurs Intérêts de base sont d'application au sein d'un fonds du Volet branche 21, les Rachats partiels sont prélevés en premier lieu du (sous)fonds avec l'Intérêt de base le plus ancien sur le Contrat, selon le principe FIFO (First *IN*, First *OUT*). En outre, le montant est prélevé, par (sous)fonds, proportionnellement de la valeur du (sous)fonds concerné et sa Participation Bénéficiaire.

Article 20 – Switch

20.1. Conditions minimales

Un Switch à partir d'un fonds déterminé n'est possible que pour un certain montant minimum tel que mentionné dans la Fiche d'Information Financière et à condition qu'il reste un montant minimum dans le fonds sélectionné.

Si une demande ne remplit pas ces conditions, le Preneur d'assurance peut demander un Switch adapté.

20.2. Proportionnalité

Si plusieurs Intérêts de base sont d'application au sein d'un fonds du Volet branche 21, le Switch est prélevé en premier lieu du (sous)fonds avec l'Intérêt de base le plus ancien sur le Contrat, selon le principe FIFO (First *IN*, First *OUT*). En outre, le montant est prélevé, par (sous)fonds, proportionnellement de la valeur du (sous)fonds concerné et sa Participation Bénéficiaire.

20.3. Fiscalité

Un Switch au départ du Volet branche 21 est traité fiscalement comme un Rachat. Les Switch automatiques décrits dans les Options d'investissement, suivent, en ce qui concerne le Volet branche 21, le même traitement fiscal que les Rachats partiels périodiques.

Article 21 – Prélèvements des primes des garanties décès optionnelles

Les primes de risque des garanties décès optionnelles, sont prélevées proportionnellement de la valeur des différents (sous)fonds.

S'il s'avérait pendant la durée du Contrat que la Valeur du Contrat est insuffisante pour pouvoir en prélever ces primes de risque, le Contrat serait annulé. Ceci se fait 30 jours après que la Compagnie en ait informé le Preneur d'assurance par lettre recommandée. Pendant cette période, le Preneur d'assurance a la possibilité d'effectuer à nouveau des Versements et/ou de diminuer la couverture des garanties décès optionnelles. La diminution de ces garanties entre en vigueur au plus tôt à la première date d'échéance mensuelle du Contrat qui suit, après réception de la demande écrite de cela de la part du Preneur d'assurance.

Article 22 – Cumul de Prélèvements

A chaque Prélèvement, la Compagnie vérifiera s'il y en a, le cas échéant, plusieurs qui coïncident à la même Date de transaction. Si la Valeur du contrat s'avérait insuffisante pour l'exécution de tous les Prélèvements, le dernier Prélèvement introduit, serait annulé. Dans ce cas la Compagnie en informe le Preneur d'assurance.

Article 23 – Dates de valeur

23.1. Versements

Dès que la Compagnie a reçu le Versement, la Compagnie l'affecte directement au Contrat pour autant que le Versement ait été exécuté selon les modalités de paiement convenues et que le Contrat soit en vigueur. Dans ce cas la date de valeur pour le Volet branche 21 est la date d'enregistrement du Versement sur le compte financier de la Compagnie mais au plus tôt la date d'entrée en vigueur du Contrat. En ce qui concerne le Volet branche 23, la date de valeur coïncide avec la première Date de transaction qui suit d'au moins un jour la date mentionnée dans la phrase précédente. S'il n'y a pas de détermination de valeur à la Date de transaction normale prévue pour un fonds déterminé du Volet branche 23, la transaction pour ce fonds se fait avec la prochaine Valeur de l'Unité.

23.2. Prélèvements pour primes de risque des garanties décès optionnelles

La Compagnie prélève les primes de risque de la/des garantie(s) décès optionnelle(s) immédiatement de la Valeur du Contrat à la date d'échéance mensuelle. En ce qui concerne le Volet branche 23, la partie de la prime de risque liée à ce volet, est traitée à la première Date de transaction qui suit.

S'il n'y a pas de détermination de valeur à la Date de transaction normale prévue pour un fonds déterminé du Volet branche 23, la transaction pour ce fonds se fait avec la prochaine Valeur de l'Unité.

23.3. Autres Prélèvements et Switch

En ce qui concerne les autres Prélèvements, ceux-ci se font immédiatement lorsque le Prélèvement ne comprend qu'un Volet branche 21.

Dès que le Prélèvement comprend un Volet Branche 23, l'ensemble du Prélèvement (éventuellement pour les deux volets) se fait à la première Date de transaction du Volet branche 23 qui suit. S'il n'y a pas de détermination de valeur à cette Date de transaction pour un fonds déterminé du Volet branche 23, le Prélèvement n'est pas exécuté, ni pour le Volet branche 21, ni pour le Volet branche 23. Dès que la valeur de tous les fonds peut être déterminée, le Prélèvement a lieu. Pour les fonds pour lesquels il y avait une détermination de valeur à la Date de transaction

normale prévue, cette valeur est utilisée. Pour les autres fonds (sans détermination de valeur à la Date de transaction normale prévue) le Prélèvement se fait avec la prochaine Valeur de l'Unité.

La règle susmentionnée est également d'application pour les Affectations et les Prélèvements dans le cadre d'un Switch.

23.4. Bankholiday

Un bankholiday est un jour de fermeture d'un gestionnaire de fonds.

Lorsque la Date de transaction normale prévue coïncide avec un bankholiday, en ce qui concerne des transactions qui suivent le principe susmentionné du Volet branche 23, la transaction est reportée au prochain jour ouvrable du gestionnaire de fonds.

23.5. Report de la Date de transaction

Lorsque, dans certaines circonstances, la Compagnie n'est pas dans la possibilité de placer un ordre à la Date de transaction normale prévue, la Compagnie peut décider de reporter l'ordre à la première Date de transaction qui suit. L'exécution de l'Option d'investissement sécurisation des plus-values peut dans ce cas être reportée.

Article 24 – Frais et Tarifs

Les tarifs et frais applicables sont mentionnés aux Conditions Particulières ou dans la Fiche d'Information Financière.

24.1. L'indemnité financière

Dans la mesure où le Preneur d'assurance demande un Switch ou un Rachat (partiel) qui implique un Prélèvement du Volet branche 21 pendant les 8 premières années du Contrat, la Compagnie peut appliquer une indemnité financière dans les limites du maximum légal autorisé à ce moment.

L'indemnité financière est calculée sur base de la différence entre l'évolution théorique du montant du Rachat selon les taux d'intérêt OLO, définis ci-après, et le montant du Rachat choisi. Cette différence peut diminuer de 15% en fonction de l'évolution théorique du montant du Rachat selon les indices des actions. Le résultat de ce calcul ne peut pas être négatif. L'évolution théorique du montant du Rachat selon les taux d'intérêt OLO est déterminée comme suit : à la date du Rachat, le montant du Rachat est capitalisé aux OLO sur 8 ans se rapportant aux dates des Allocations au Volet branche 21 du Contrat. Ce résultat est actualisé aux spotrates qui, au moment du Rachat, sont d'application aux opérations ayant une durée égale à la différence entre la durée du Contrat limitée à 8 ans, et la durée déjà courue du Contrat.

L'évolution théorique du montant du Rachat selon les indices des actions est déterminée comme suit : à la date du Rachat, le montant du Rachat est multiplié par l'indice MSCI EMU de la date du Rachat et divisé par l'indice MSCI EMU au moment de l'Affectation.

L'indemnité financière est calculée de la même façon pour les Switch.

24.2. Frais particuliers

La Compagnie se réserve le droit de récupérer les frais particuliers si ceux-ci ont été causés par le Preneur d'assurance, l'Assuré ou le Bénéficiaire auprès de ces personnes.

24.3. Révision des tarifs

Sans préjudice de l'application éventuelle de surprimes pour risques aggravés, les tarifs appliqués pour le calcul des primes pour les garanties décès optionnelles et les garanties complémentaires, sont ceux que la Compagnie a déposés auprès de la Commission Bancaire, Financière et des Assurances. Pendant la durée du Contrat, la Compagnie ne peut augmenter les tarifs pour le calcul des primes de ces garanties pour l'avenir que dans le cadre d'une révision générale de ceux-ci pour la catégorie d'assurances à laquelle le Contrat appartient et s'elle y est tenue en vertu de dispositions légales ou réglementaires ou si elle juge que l'équilibre de son portefeuille assuré est

menacé par une augmentation du degré de risque du ou des événements assurés concernés au niveau de la population, de la population du marché belge des assurances ou de son propre portefeuille.

CHAPITRE 4 - DIVERS

Article 25 – Etendue des garanties décès optionnelles

25.1. Garantie géographique

Les garanties décès optionnelles sont valables dans le monde entier sous réserve des articles 25.2 à 25.11.

25.2. Suicide de l'Assuré

Le suicide de l'Assuré n'est couvert que s'il se produit à partir de la seconde année suivant l'entrée en vigueur de la/des garantie(s) décès optionnelle(s) ou de leur remise en vigueur. En cas d'augmentation de la/des garantie(s) décès optionnelle(s), seule l'augmentation de la garantie est exclue pendant l'année qui suit l'entrée en vigueur de cette augmentation.

25.3. Fait intentionnel

Le décès de l'Assuré provoqué par le fait intentionnel, sur instigation ou avec le consentement du Preneur d'assurance, de l'Assuré ou de toute autre personne ayant un intérêt au paiement des prestations assurées, n'est pas couvert. Lorsque le décès résulte d'un fait intentionnel d'un des Bénéficiaires, le paiement se fait en faveur de(s) l'autre(s) Bénéficiaire(s).

25.4. Navigation aérienne

Le décès de l'Assuré des suites d'un accident avec un appareil de navigation aérienne sur lequel il s'est embarqué comme passager, n'est pas couvert si l'appareil :

- 1) n'a pas d'autorisation de vol pour le transport de personnes ou de choses ;
- 2) est un appareil militaire : le décès est couvert s'il s'agit d'un appareil militaire affecté au moment de l'accident au transport de personnes ;
- 3) transporte des produits d'importance stratégique dans des régions en état d'hostilités ou d'insurrection ;
- 4) se prépare ou participe à une épreuve sportive ;
- 5) effectue des vols d'essais ;
- 6) est du type "ultra léger motorisé".

Le décès de l'Assuré des suites d'un accident avec un appareil de navigation aérienne sur lequel il s'est embarqué en tant que pilote, n'est pas couvert.

25.5. Emeute

N'est pas couvert le décès de l'Assuré survenu à la suite d'émeute, de troubles civils, de tous actes de violence collectifs, d'inspiration politique, idéologique ou sociale, accompagnés ou non de rébellion contre l'autorité, si l'Assuré y prend une part active et volontaire.

25.6. Guerre

N'est pas couvert le décès de l'Assuré résultant d'un événement de guerre. En d'autres termes si le décès résulte directement ou indirectement d'une action offensive ou défensive d'une puissance belligérante ou de n'importe quel autre événement à caractère militaire, la Compagnie n'intervient pas.

Lorsque le décès de l'Assuré survient dans un pays étranger en état d'hostilités, il convient de distinguer deux cas :

- 1) si le conflit éclate pendant le séjour de l'Assuré, il y a couverture du risque de guerre pour autant que l'Assuré ne participe pas activement aux hostilités ;
- 2) si l'Assuré se rend dans un pays où il y a un conflit armé, la couverture du risque de guerre ne peut être obtenue que moyennant le paiement d'une surprime prévue expressément aux Conditions Particulières et pour autant que l'Assuré ne participe pas activement aux hostilités.

25.7. Couverture de militaires et non-militaires participant à une mission des forces armées belges à l'étranger en période de paix

La Compagnie a adhéré à la Convention signée par l'Etat belge et Assuralia le 13 septembre 2006 et s'engage à la respecter.

L'Assuré susceptible de participer à une mission des forces armées belges à l'étranger en période de paix, qui transmet le formulaire qui décrit la nature de la mission, à la Compagnie, pourra être assuré pendant cette mission aux conditions suivantes :

- « assistance » : couverture sans surprime ;
- « engagement d'observation » : couverture avec surprime ;
- « engagement de protection » : couverture avec surprime ;
- « engagement armé passif » : couverture avec surprime.

Les articles intitulés « Emeute » et « Guerre » ne sont pas d'application pendant la mission à l'étranger. L'Assuré qui participe à une mission « engagement armé actif », ne sera pas assuré pendant sa participation à cette mission à l'étranger.

25.8. Peine capitale

Le décès de l'Assuré résultant de l'exécution d'une condamnation judiciaire à la peine capitale, n'est pas assuré.

25.9. Crime ou délit

Le décès de l'Assuré ayant pour cause immédiate et directe un crime ou un délit intentionnel dont l'Assuré est auteur ou co-auteur et dont il a pu prévoir les conséquences, n'est pas garanti.

25.10. Risque nucléaire

Le décès causé directement ou indirectement par des armes ou engins destinés à exploser par modification de la structure du noyau de l'atome, par tous combustibles nucléaires, par des produits ou déchets radioactifs ou par toute autre source de rayonnements ionisants, n'est pas assuré.

25.11. Montant à liquider en cas de décès non couvert

En cas de décès de l'Assuré à la suite d'un risque non assuré, le capital dû en cas de décès sera limité à la Valeur du Contrat.

Article 26 – Couverture Terrorisme

26.1. Généralités

Les prestations prévues par ce Contrat, sont également dues en cas de décès ou d'invalidité suite à un acte de Terrorisme, pour autant que l'Assuré lui-même ne puisse pas être considéré comme auteur, co-auteur ou complice.

26.2. Membre TRIP

La Compagnie couvre les dommages causés par le Terrorisme. A cet effet la Compagnie est membre de l'ASBL TRIP (Terrorism Reinsurance and Insurance Pool). Conformément à la loi du 1er avril 2007 relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme, l'exécution de tous les engagements de l'ensemble des entreprises d'assurances membres de cette association est limitée à 1 milliard d'euros par année civile pour les dommages causés par tous les événements reconnus comme relevant du Terrorisme survenus pendant cette année civile. Ce montant est adapté, le 1er janvier de chaque année, à l'évolution de l'indice des prix à la consommation, l'indice de base étant celui de décembre 2005. En cas de modification légale ou réglementaire de ce montant de base, le montant modifié sera automatiquement applicable dès la prochaine échéance suivant la modification, sauf si le législateur prévoit explicitement un autre régime transitoire.

Si le total des indemnités calculées ou estimées excède le montant cité dans le précédent alinéa, une règle proportionnelle est appliquée. Cela veut dire que les indemnités à payer sont limitées au rapport entre le montant cité dans le précédent alinéa ou les moyens encore disponibles pour cette année civile et les indemnités à payer imputées à cette année civile.

26.3. Régime de paiement

Le Comité installé par la loi susmentionnée du 1er avril 2007 décide si un événement répond à la définition de Terrorisme. Afin que le montant cité à l'article 26.2 ne soit pas dépassé, ce Comité fixe, six mois au plus tard après l'événement, le pourcentage de l'indemnisation que les entreprises d'assurances membres de l'association doivent prendre en charge en conséquence de l'événement. Le Comité peut revoir ce pourcentage. Le Comité prend, au plus tard le 31 décembre de la troisième année suivant l'année de survenance de l'événement, une décision définitive quant au pourcentage d'indemnisation à payer.

L'Assuré ou le Bénéficiaire ne peut prétendre, envers la Compagnie, à l'indemnisation qu'après que le Comité ait fixé le pourcentage. La Compagnie paie le montant assuré conformément au pourcentage fixé par le Comité.

Si le Comité diminue le pourcentage, la réduction de l'indemnité ne sera pas applicable aux indemnités déjà payées, ni aux indemnités restant à payer pour lesquelles la Compagnie a déjà communiqué sa décision à l'Assuré ou au Bénéficiaire.

Si le Comité relève le pourcentage, l'augmentation de l'indemnité s'applique pour tous les sinistres déclarés découlant de l'événement reconnu comme relevant du Terrorisme.

Lorsque le Comité constate que le montant cité à l'article 26.2 ne suffit pas à indemniser l'ensemble des dommages subis ou lorsque le Comité ne dispose pas d'éléments suffisants pour déterminer si ce montant suffit, les dommages aux personnes sont indemnisés en priorité. L'indemnisation des dommages moraux intervient après toutes les autres indemnisations.

Toute limitation, exclusion et/ou tout étalement dans le temps de l'exécution des engagements de la Compagnie, définis dans un arrêté royal, s'appliquera conformément aux modalités prévues dans cet arrêté royal.

Les dispositions de cet article ne sont pas d'application à la Valeur du Contrat.

Article 27 – Impôts, taxes et cotisations

Tous les impôts, taxes et cotisations actuels ou futurs qui s'appliquent à ce Contrat, aux Versements ou aux prestations assurées, sont à charge du Preneur d'assurance ou de son/ses ayant(s) droit, et, le cas échéant, du/des Bénéficiaire(s). Ils ne sont en aucun cas à charge de la Compagnie.

La législation fiscale applicable (par exemple en ce qui concerne les avantages fiscaux éventuels liés au paiement des primes d'assurances vie) est en principe celle du pays où le Preneur d'assurance a sa résidence. Dans certains cas cependant, c'est la législation du pays où les revenus imposables sont perçus.

En matière de droits de succession, la législation fiscale du pays du domicile, de la résidence ou de la nationalité du Preneur d'assurance, de l'Assuré et/ou du Bénéficiaire est le cas échéant d'application.

Article 28 – Notification – Plaintes

Les notifications à la Compagnie doivent se faire par écrit. Les notifications au Preneur d'Assurance et, le cas échéant, au Bénéficiaire acceptant, sont valablement faites à la dernière adresse connue par la Compagnie.

Les notifications destinées à la Compagnie, sont censées être reçues le jour de leur réception par la Compagnie.

Toute plainte concernant ce Contrat peut être adressée à l'Ombudsman des Assurances, Square de Meeûs 35 à 1000 Bruxelles, nonobstant la possibilité pour le Preneur d'assurance d'engager une procédure judiciaire.

Article 29 – Monnaie du Contrat

Le Contrat est émis en Euro.

Article 30 – Identification

Le Preneur d'assurance accepte de se soumettre aux dispositions en matière d'identification des clients conformément à 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, à l'A.R. du 8 octobre 2004 portant approbation du règlement de la Commission Bancaire, Financière et des Assurances relatif à la prévention du blanchiment des capitaux et du financement du terrorisme, aux circulaires de la Commission Bancaire, Financière et des Assurances et aux autres réglementations applicables. Il s'engage à communiquer et à présenter toutes les données et tous les documents que la Compagnie juge utile ou nécessaire afin de respecter ces règles d'identification. Le Preneur d'assurance doit communiquer par écrit et sans délai à la Compagnie toute modification des renseignements fournis dans ce cadre.

Artikel 31 – Tribunal compétent – Droit applicable

Les litiges éventuels portant sur l'exécution ou l'interprétation de ce Contrat relèvent de la compétence exclusive des tribunaux belges, le droit belge étant applicable, également pendant la phase précontractuelle.

CHAPITRE 5 – GARANTIE COMPLEMENTAIRE DECES PAR ACCIDENT

Pour autant que les articles relatifs à cette garantie n’y dérogent pas, les articles des chapitres 1-4 sont également applicables à cette garantie.

Article 32 – Objet de la garantie

En cas de décès de l’Assuré ou d’invalidité totale et permanente dans l’année qui suit l’accident et comme conséquence directe de celui-ci et si l’accident aussi bien que le décès ou l’invalidité totale et permanente interviennent pendant la durée de cette garantie, la Compagnie paie le capital prévu aux Conditions Particulières pour cette garantie.

Le paiement du montant prévu aux Conditions Particulières à la suite de l’invalidité totale et permanente de l’Assuré libère la Compagnie de toute obligation dans le cadre de cette garantie complémentaire au cas où l’Assuré devrait décéder par la suite.

Article 33 – La notion d’accident

33.1. Généralités

Par accident, il faut entendre tout évènement soudain, indépendant de la volonté de l’Assuré, qui provoque le décès ou une lésion corporelle dont la cause est extérieure à l’organisme de l’Assuré.

Ne sont pas considérés comme accidents, le suicide, la condamnation judiciaire à la peine capitale, les maladies et leurs conséquences, les attaques d’apoplexie, d’épilepsie ou épileptiformes, quelle qu’en soit la cause, ainsi que les lésions corporelles provoquées par ces attaques. Il en est de même en ce qui concerne les conséquences d’opérations qui n’étaient pas la conséquence d’un accident, les infections, les intoxications et les empoisonnements sauf l’empoisonnement du sang couvert par extension conformément à l’article 33.2.

33.2. Extension

Par extension, sont également considérés comme accident :

- 1) l’empoisonnement du sang, à condition qu’il y ait eu une blessure externe et que l’inoculation se soit produite en même temps que la blessure ;
- 2) les morsures d’animaux et les piqûres d’insectes ;
- 3) la foudre ;
- 4) la submersion accidentelle et involontaire ;
- 5) l’asphyxie subite et involontaire par suite de dégagement de gaz ou de vapeurs ;
- 6) le cas de légitime défense ;
- 7) le sauvetage et la tentative de sauvetage de personnes en danger ou de biens.

Article 34 – Invalidité totale et permanente

L’invalidité totale et permanente est celle qui est reconnue comme telle par décision de la Compagnie ou d’un collège de médecins dans le cadre d’une expertise médicale conformément à l’article 42.

Est considérée comme totale :

- l’invalidité physiologique de l’Assuré qui atteint au moins 67% **ou**
- l’invalidité économique de l’Assuré qui atteint au moins 67% résultant d’une invalidité physiologique qui s’élève à 25% minimum.

Si l’Assuré a déjà un degré d’invalidité au moment où la présente garantie entre en vigueur, seule l’invalidité qui est le résultat direct et exclusif de l’accident assuré, est prise en considération.

Le degré d’invalidité est fixé en fonction de critères physiologiques et / ou économiques.

L'invalidité physiologique est une diminution de l'intégrité physique de l'Assuré. Le degré d'invalidité physiologique est fixé sur base du Barème Officiel belge des Invalidités et de la jurisprudence belge en la matière.

L'invalidité économique est une diminution de la capacité de travail de l'Assuré résultant de l'invalidité physiologique. Le degré d'invalidité économique est déterminé en tenant compte des possibilités de réadaptation de l'Assuré dans une autre activité professionnelle compatible avec ses connaissances, ses capacités et sa situation sociale, et ce dans un contexte économique normal.

Article 35 – Paiement des prestations assurées

En cas de décès de l'Assuré par accident, le capital prévu aux Conditions Particulières pour cette garantie, est payé au(x) Bénéficiaire(s) après remise des documents mentionnés à l'article 16.2.2. concernant les garanties principales.

En cas de constatation d'une invalidité totale et permanente de l'Assuré suite à accident, le capital prévu aux Conditions Particulières pour cette garantie, est payé à l'ayant droit après remise des documents suivants :

- une quittance signée par l'ayant droit ;
- une copie recto/verso de la carte d'identité de l'ayant droit.

Article 36 – Garantie géographique

La garantie complémentaire décès par accident est valable dans le monde entier pour autant que l'Assuré ait sa résidence habituelle en Belgique et ne séjourne pas plus de douze mois consécutifs hors de la Belgique.

Si l'Assuré réside hors du territoire belge, les prestations assurées ne sont dues que si les enquêtes, les examens médicaux et les contrôles nécessaires peuvent être effectués par la Compagnie.

Article 37 – Navigation aérienne

L'article correspondant concernant les garanties décès optionnelles est également d'application pour cette garantie, aussi bien en cas de décès qu'en cas d'invalidité totale et permanente.

Les accidents survenus au cours de la pratique du vol à voile, sont exclus de cette garantie.

Sauf convention spéciale, le personnel navigant n'est pas couvert par cette garantie.

Article 38 – Risques exclus

La présente garantie ne couvre pas l'accident :

- 1) provoqué par le fait intentionnel, sur instigation ou avec le consentement du Preneur d'assurance, de l'Assuré ou de toute autre personne ayant un intérêt au paiement des prestations d'assurance ;
- 2) résultant de l'exercice d'une des activités professionnelles suivantes: acrobates, dompteurs, scaphandriers, boxeurs, lutteurs, catcheurs ou tout sport impliquant la mise hors de combat d'un adversaire, bûcherons, élagueurs, pompiers et toute profession qui entraîne l'une des activités ci-après : montée sur toits, échelles de plus de quatre mètres ou échafaudages ; montage ou démontage d'échafaudages; descentes en puits, mines ou carrières; le travail sur chantiers de démolition ou sur installations électriques à haute tension; usage, manipulation et fabrication de feu d'artifices ou d'explosifs ;
- 3) ayant un rapport avec un événement de guerre ;
- 4) alors que l'Assuré est en état de trouble mental, d'ivresse, d'intoxication alcoolique ou d'intoxication analogue résultant de la consommation de drogues ou de produits hallucinogènes, à moins que la preuve de l'absence de relation de cet état avec l'accident soit apportée ;
- 5) dû à la participation à des courses, concours ou épreuves de vitesse ou survenu lors des entraînements en vue de ces épreuves ou à l'occasion de paris ou de défis ;

- 6) survenu lors d'une rixe, d'une émeute, d'une insurrection, de troubles civils, de grèves, d'activités terroristes auxquelles l'Assuré a participé comme auteur, co-auteur ou complice, de la participation à un acte de violence, d'inspiration collective ou non, ou d'un acte téméraire, sauf s'il est prouvé que l'Assuré n'était pas l'un des provocateurs ou participants ;
- 7) survenu à la suite de tremblements de terre, éruptions volcaniques, cyclones, raz-de-marée, inondations, glissements ou affaissements de terrain ou autres catastrophes naturelles ;
- 8) survenu pendant des opérations militaires ;
- 9) survenu lors de la pratique des sports suivants: le yachting en mer au-delà de trois milles marins à partir de la côte, l'alpinisme, la spéléologie, les sports d'hiver, sauf s'ils sont pratiqués en Belgique, la boxe, la lutte ou tout sport impliquant la mise hors de combat d'un adversaire, la chasse, le bobsleigh, le canyoning, la plongée sous-marine et le parachutisme ;
- 10) survenu à l'occasion de l'utilisation d'un motorcycle (véhicule automobile à deux roues) en tant que conducteur ou passager ;
- 11) causé directement ou indirectement par des armes ou engins destinés à exploser par modification de la structure du noyau de l'atome, par tous combustibles nucléaires, par des produits ou déchets radioactifs ou par toute autre source de rayonnements ionisants ;
- 12) ayant pour cause immédiate et directe un crime ou un délit intentionnel dont l'Assuré est auteur ou co-auteur et dont il a pu prévoir les conséquences.

Article 39 – Obligation d'information au début de la présente garantie

Lorsque le Preneur d'assurance ou l'Assuré omet intentionnellement de communiquer de l'information ou communique intentionnellement de l'information fausse ou erronée au moment où la Compagnie doit mesurer le risque à assurer, la garantie complémentaire décès par accident est nulle et la Compagnie peut conserver les primes payées.

Lorsque l'omission ou l'inexactitude dans la déclaration ne sont pas intentionnelles, la Compagnie soit proposera une modification à la garantie complémentaire décès par accident soit résiliera cette garantie (lorsque la Compagnie n'aurait jamais en connaissance de cause assuré le risque).

Article 40 – Obligation d'information pendant la durée de la présente garantie

Tout changement de profession ou d'activité sportive et toute aggravation du risque doivent être communiqués à la Compagnie le plus vite possible et dans tous les cas dans un délai de quinze jours après le changement ou l'aggravation.

Article 41 – Déclaration de l'accident

Tout accident ayant causé ou susceptible de causer le décès ou l'invalidité totale et permanente de l'Assuré, doit être communiqué à la Compagnie dans les quinze jours.

Lorsque la déclaration tardive cause un préjudice à la Compagnie, les prestations assurées peuvent être réduites à concurrence du préjudice.

La déclaration mentionnera le lieu, la date, l'heure, les causes, la nature et les circonstances de l'accident et l'identité des témoins éventuels. Elle sera accompagnée d'un certificat médical.

Les Bénéficiaires et/ou l'Assuré autoriseront le(s) médecin(s) intervenu(s) après l'accident, à fournir à la Compagnie tous renseignements que la Compagnie pourrait lui/leur demander et consentent à toute enquête et le cas échéant à l'autopsie et l'exhumation du corps de l'Assuré décédé.

La Compagnie peut refuser intervention lorsque les obligations en matière de déclaration et de communication d'information concernant l'accident ne sont pas respectées dans une intention frauduleuse.

Article 42 – Constatation de l'invalidité

Le degré et la nature permanente de l'invalidité sont constatés par la Compagnie sur base des informations fournies par le Preneur d'assurance, l'Assuré et leurs médecins. La Compagnie peut demander à l'Assuré de se soumettre à un examen médical auprès d'un médecin désigné par la Compagnie.

La Compagnie communique sa décision à l'ayant droit.

En cas de contestation de cette décision par l'ayant droit, celui-ci doit communiquer son désaccord par écrit dans les 15 jours suivant la notification par la Compagnie de la décision.

Toute contestation concernant le degré d'invalidité ou la nature permanente de celle-ci sera tranchée définitivement et sans recours par un collège de deux médecins, chacune des parties désignant le sien. En cas de désaccord entre ces médecins, ceux-ci feront appel à un troisième médecin choisi par eux. Les trois médecins délibéreront en collège. A défaut d'accord entre les médecins, l'avis du troisième médecin sera décisif. Si l'une des parties ne désigne pas de médecin ou si les deux médecins ne s'entendent pas sur la désignation du troisième, la désignation aura lieu par le Président du Tribunal de Première Instance de Bruxelles à la requête de la partie la plus diligente. Chacune des parties supportera les frais et les honoraires du médecin choisi. Les frais et les honoraires du troisième médecin seront supportés pour moitié par chacune des parties.

Article 43 – Fin de la garantie

La présente garantie prend fin au plus tard à la même date que les garanties principales et au plus tard au 65^{ième} anniversaire de l'Assuré.

Indépendamment de ce qu'il advient des garanties principales, le Preneur d'assurance peut mettre fin à tout moment au paiement des primes de cette garantie complémentaire et résilier celle-ci par le biais d'un écrit daté et signé.

La résiliation ou le Rachat des garanties principales entraîne de plein droit la résiliation de la garantie complémentaire décès par accident.

L'arrêt de paiement des Versements pour les garanties principales entraîne de plein droit la fin de la garantie complémentaire décès par accident.

CHAPITRE 6 – GARANTIES COMPLEMENTAIRES INVALIDITE

Pour autant que les articles relatifs à ces garanties n’y dérogent pas, les articles des chapitres 1-4 sont également applicables à ces garanties.

Article 44 – Objet des garanties

44.1. Garantie complémentaire exonération de primes

En cas d’invalidité de l’Assuré causée par accident ou maladie, la Compagnie se chargera du paiement des Versements futurs pendant l’invalidité et proportionnellement à son degré. L’indexation des Versements est arrêtée pendant la durée de l’invalidité.

44.2. Garantie complémentaire rente d’invalidité

En cas d’invalidité de l’Assuré causée par accident ou maladie, la Compagnie paiera la rente prévue aux Conditions Particulières (sans indexation ultérieure) pendant l’invalidité et proportionnellement à son degré.

Cette rente annuelle ne peut jamais dépasser 80% du revenu professionnel brut annuel dont l’Assuré jouissait pendant le dernier exercice imposable avant le début de l’invalidité. Les indemnités sous la forme de dommages et intérêts, d’indemnités légales ou extra-légales ou de rentes payées par des compagnies d’assurances, des mutualités ou des employeurs dont l’Assuré jouissait déjà, ne sont pas prises en considération pour la détermination du revenu professionnel brut annuel.

Cette rente annuelle est diminuée des indemnités légales ou extra-légales ou des rentes payées par des compagnies d’assurances, des mutualités ou des employeurs à l’occasion de la nouvelle invalidité.

Article 45 – La notion d’Accident

45.1. Généralités

Par accident il faut entendre tout évènement soudain, indépendant de la volonté de l’Assuré, et qui provoque une lésion corporelle dont la cause est extérieure à l’organisme de l’Assuré.

Ne sont pas considérés comme accidents, les maladies et leurs conséquences, les attaques d’apoplexie, d’épilepsie ou épileptiformes, quelle qu’en soit la cause, ainsi que les lésions corporelles provoquées par ces attaques. Il en est de même en ce qui concerne les conséquences d’opérations qui n’étaient pas la conséquence d’un accident, les infections, les intoxications et les empoisonnements sauf l’empoisonnement du sang couvert par extension conformément à l’article 45.2.

45.2. Extension

Par extension, sont également considérés comme accident :

- 1) l’empoisonnement du sang, à condition qu’il y ait eu une blessure externe et que l’inoculation se soit produite en même temps que la blessure ;
- 2) les morsures d’animaux et les piqûres d’insectes ;
- 3) la foudre ;
- 4) la submersion accidentelle et involontaire ;
- 5) l’asphyxie subite et involontaire par suite de dégagement de gaz ou de vapeurs ;
- 6) le cas de légitime défense ;
- 7) le sauvetage et la tentative de sauvetage de personnes en danger ou de biens.

Article 46 - Invalidité

L'invalidité est celle qui est reconnue comme telle par décision de la Compagnie ou d'un collège de médecins dans le cadre d'une expertise médicale conformément à l'article 54.

Une invalidité qui atteint au moins 25% et qui est inférieure à 67%, est considérée comme une invalidité partielle.

Une invalidité qui atteint au moins 67%, est assimilée à une invalidité totale.

L'invalidité éventuelle existant déjà au moment de l'entrée en vigueur de ces garanties ou au moment d'une augmentation de ces garanties ainsi que celles qui résultent d'un risque exclu, n'est pas prise en compte lors de la fixation du degré d'invalidité.

Le degré d'invalidité est fixé en fonction de critères économiques. Le degré d'invalidité économique retenu par la Compagnie, ne pourra être inférieur au degré d'invalidité physiologique fixé par référence au Barème Officiel Belge des Invalidités et selon la jurisprudence belge en la matière.

L'invalidité économique est une diminution de la capacité de travail de l'Assuré. Le degré d'invalidité économique est déterminé en tenant compte des possibilités de réadaptation de l'Assuré dans une autre activité professionnelle compatible avec ses connaissances, ses capacités et sa situation sociale, et ce dans un contexte économique normal.

Article 47 – Paiement des prestations assurées

La Compagnie n'intervient qu'après expiration d'un délai de carence de trente jours à compter de la date de début de l'invalidité qui atteint au moins 25%.

Dès que l'Assuré atteint l'âge de 60 ans, le délai de carence est de douze mois en cas d'invalidité causée par une maladie.

Le délai de carence relatif à l'invalidité résultant du burn out, du syndrome de fatigue chronique, de la fibromyalgie, de troubles liés au stress ou de troubles psychiques fonctionnels non directement objectivables par des conséquences organiques, est de douze mois. Pour ces invalidités la Compagnie n'intervient que pour maximum deux ans.

En cas de rechute ayant la même cause endéans le mois, la Compagnie prend l'invalidité en charge sans délai de carence.

Une nouvelle invalidité ayant une autre cause que celle qui court ou que les précédentes invalidités, ne sera prise en charge par la Compagnie qu'après expiration d'un nouveau délai de carence.

Lorsque le Preneur d'assurance a opté pour la garantie complémentaire rente d'invalidité, la rente annuelle proportionnelle au(x) degré(s) d'invalidité reconnu(s) sera payée par fractions mensuelles et à terme échu. La première fraction mensuelle sera un prorata en fonction du nombre de jours de ce mois non inclus dans le délai de carence. La dernière fraction mensuelle sera un prorata en fonction du nombre de jours de ce mois pour lesquels la Compagnie intervient encore.

L'intervention de la Compagnie cesse :

- lorsque le degré d'invalidité est inférieur à 25% ;
- au terme des présentes garanties complémentaires ;
- au décès de l'Assuré ;
- en cas de résiliation de la/des présente(s) garantie(s).

Article 48 – Garantie géographique

Les garanties complémentaires invalidité sont valables dans le monde entier pour autant que l'Assuré ait sa résidence habituelle en Belgique et ne séjourne pas plus de 12 mois consécutifs hors de la Belgique.

Si l'Assuré réside hors du territoire belge, les prestations ne sont dues que si les enquêtes, les examens médicaux et les contrôles nécessaires peuvent être effectués par la Compagnie.

Article 49 – Navigation aérienne

L'article correspondant concernant les garanties décès optionnelles est également d'application pour ces garanties.

Les accidents survenus au cours de la pratique du vol à voile, sont exclus de ces garanties.

Sauf convention spéciale, le personnel navigant n'est pas couvert par ces garanties.

Article 50 – Risques exclus

Les présentes garanties ne couvrent pas l'invalidité causée, entretenue ou aggravée :

- 1) par le fait intentionnel, sur instigation ou avec le consentement du Preneur d'assurance, de l'Assuré ou de toute autre personne ayant un intérêt au paiement des prestations assurées ;
- 2) 2 survenue lors d'une rixe, d'une émeute, d'une insurrection, de troubles civils, de grèves, d'activités terroristes auxquelles l'Assuré a participé comme auteur, co-auteur ou complice, de la participation à un acte de violence, d'inspiration collective ou non, ou d'un acte téméraire, sauf s'il est prouvé que l'Assuré n'était pas l'un des provocateurs ou participants ;
- 3) par la guerre ou des faits similaires et par la guerre civile. Lorsque l'invalidité de l'Assuré survient dans un pays étranger en état d'hostilités, il convient de distinguer deux cas :
 1. si le conflit éclate pendant le séjour de l'Assuré, il y a couverture du risque de guerre pour autant que l'Assuré ne participe pas activement aux hostilités ;
 2. si l'Assuré se rend dans un pays où il y a un conflit armé, la couverture du risque de guerre ne peut être obtenue que moyennant le paiement d'une surprime prévue expressément aux Conditions Particulières et pour autant que l'Assuré ne participe pas activement aux hostilités.
- 4) par des traitements que l'Assuré appliquerait sur lui-même, excepté les traitements normaux d'hygiène personnelle ;
- 5) par l'abus d'alcool ou la consommation de stupéfiants ;
- 6) par une affection allergique ne représentant pas une invalidité physiologique de plus de 25% ;
- 7) par une grossesse ou un accouchement, sauf à partir du quatrième mois après l'accouchement ;
- 8) par l'effet de la modification de la structure atomique de la matière, accélération artificielle des particules atomiques et radiations de radio-isotopes ;
- 9) par l'une des activités professionnelles suivantes :
 1. les travaux sur échafaudages ou sur toitures, l'élagage d'arbres de haute futaie ;
 2. les travaux pouvant entraîner une chute de l'Assuré de plus de quatre mètres ;
 3. les travaux aux installations de haute tension, les travaux de démolition ;
 4. la manipulation ou le transport de produits explosifs ou corrosifs ;
 5. la descente dans les mines ou carrières ;
 6. tous les travaux sous eau ;
 7. les activités professionnelles du transport aérien ou maritime ;
 8. l'utilisation de rayons X ou de radio-isotopes ;
 9. la participation à des compétitions ou démonstrations sportives contre rémunération ou aux entraînements en vue de celles-ci ;
- 10) par la pratique d'un des sports suivants : la boxe, le canyoning, la lutte, le karaté, le jiu-jitsu, l'aviation sportive, le vol à voile, le parachutisme, l'alpinisme, le bobsleigh, le skeleton, les sauts à ski, les sauts d'obstacles à cheval, l'équitation, le polo à cheval, le rugby, la spéléologie, la plongée sous-marine, la nage avec un appareil à oxygène autonome ainsi que tout sport avec des animaux ou avec des embarcations nautiques,

- vélos, vélomoteurs, motos, autos ou tout autre véhicule présentant en compétition des risques similaires ;
- 11) résultant d'un traitement esthétique, d'une stérilisation ou d'une insémination artificielle. Toutefois celle résultant d'un traitement esthétique est couverte s'il s'agit de chirurgie reconstructive de lésions encourues à l'occasion d'un accident couvert.

Article 51 – Obligation d'information au début des présentes garanties

Lorsque le Preneur d'assurance ou l'Assuré omet intentionnellement de communiquer de l'information ou communique intentionnellement de l'information fautive ou erronée au moment où la Compagnie doit mesurer le risque à assurer, les garanties complémentaires invalidité sont nulles et la Compagnie peut conserver les primes payées.

Lorsque l'omission ou l'inexactitude dans la déclaration ne sont pas intentionnelles, la Compagnie soit proposera une modification aux garanties complémentaires invalidité soit résiliera les garanties complémentaires invalidité (lorsque la Compagnie n'aurait jamais en connaissance de cause assuré le risque).

Article 52 – Obligation d'information pendant la durée des présentes garanties

Tout changement de profession ou d'activité sportive et toute aggravation du risque doivent être communiqués à la Compagnie le plus vite possible et dans tous les cas dans un délai de quinze jours après le changement.

Pendant la période de paiement des prestations assurées tout changement de l'état de l'Assuré entraînant ou susceptible d'entraîner une diminution du degré d'invalidité, doit immédiatement être communiqué à la Compagnie par lettre recommandée. Si l'Assuré ne satisfait pas à cette condition, la Compagnie exigera la restitution des prestations indûment payées et peut en outre résilier les garanties complémentaires invalidité.

Article 53 – Déclaration de l'accident ou de la maladie

Tout accident ou maladie ayant causé ou susceptible de causer une invalidité de l'Assuré, doit être communiqué à la Compagnie dans les quinze jours.

Lorsque la déclaration tardive cause un préjudice à la Compagnie, les prestations assurées peuvent être réduites à concurrence du préjudice.

En cas d'invalidité suite à un accident, la déclaration mentionnera le lieu, la date, l'heure, les causes, la nature et les circonstances de l'accident ainsi que l'identité des éventuels témoins.

L'Assuré y ajoute un certificat médical du ou des médecin(s) traitant(s) de l'Assuré, spécifiant les causes, la nature, le degré et la durée présumée de l'invalidité.

Les ayants-droit et/ou l'Assuré autoriseront le(s) médecin(s) traitant(s) à fournir à la Compagnie tous renseignements que celle-ci pourrait lui/leur demander et consentent à toute enquête ou examen médical par un médecin désigné par la Compagnie.

La Compagnie peut refuser intervention lorsque les obligations en matière de déclaration et de communication d'information concernant l'accident ou la maladie ne sont pas respectées dans une intention frauduleuse.

Article 54 – Constatation de l'invalidité

Le degré, la durée et l'évolution de l'invalidité sont constatés par la Compagnie sur base des informations fournies par le Preneur d'assurance, l'Assuré et leurs médecins. La Compagnie peut demander à l'Assuré de se soumettre à un examen médical auprès d'un médecin désigné par la Compagnie.

La Compagnie communique sa décision à l'ayant droit.

En cas de contestation de cette décision par l'ayant droit, celui-ci doit notifier son désaccord par écrit dans les 15 jours suivant la notification par la Compagnie de la décision.

Toute contestation concernant le degré d'invalidité, sa durée ou son évolution sera tranchée définitivement et sans recours par un collège de deux médecins, chacune des parties désignant le sien. En cas de désaccord entre ces médecins, ceux-ci feront appel à un troisième médecin choisi par eux. Les trois médecins délibéreront en collège. A défaut d'accord entre les médecins, l'avis du troisième médecin sera décisif. Si l'une des parties ne désigne pas de médecin ou si les deux médecins ne s'entendent pas sur la désignation du troisième, la désignation aura lieu par le Président du Tribunal de Première Instance de Bruxelles à la requête de la partie la plus diligente. Chacune des parties supportera les frais et les honoraires du médecin choisi. Les frais et les honoraires du troisième médecin seront supportés pour moitié par chacune des parties.

Article 55 – Fin des garanties

Les présentes garanties prennent fin au plus tard à la même date que les garanties principales et au plus tard au 65ème anniversaire de l'Assuré.

Indépendamment de ce qu'il advient des garanties principales, le Preneur d'assurance peut mettre fin à tout moment au paiement des primes de ces garanties complémentaires et résilier celles-ci par le biais d'un écrit daté et signé.

La résiliation ou le Rachat des garanties principales entraîne de plein droit la résiliation des garanties complémentaires invalidité.

L'arrêt de paiement des Versements pour les garanties principales entraîne de plein droit la fin des garanties complémentaires invalidité.

