



*Conditions générales*

---

**Plan for Life**

**TABLE DES MATIERES****Pages****Assurance principale**

<b>Chapitre I</b>	<b>Définitions</b>	<b>4</b>
<b>Chapitre II</b>	<b>Objet de l'assurance</b>	<b>4</b>
Article 1	Objet du contrat	4
Article 2	Effet du contrat	4
Article 3	Bases sur lesquelles le contrat est établi	4
Article 4	Garantie des bases techniques	4
Article 5	Désignation du (des) bénéficiaire(s)	5
Article 6	Modification du contrat	5
<b>Chapitre III</b>	<b>Versements</b>	<b>5</b>
Article 7	Montant et modalités	5
<b>Chapitre IV</b>	<b>Epargne capitalisée</b>	<b>6</b>
Article 8	Constitution de l'épargne	6
<b>Chapitre V</b>	<b>Prestations</b>	<b>6</b>
Article 9	Montants des prestations	6
Article 10	Paiement des prestations	6
<b>Chapitre VI</b>	<b>Droits du preneur d'assurance</b>	<b>7</b>
Article 11	Résiliation	7
Article 12	Rachat	7
Article 13	Retrait	7
Article 14	Information du preneur d'assurance	8
<b>Chapitre VII</b>	<b>Etendue de la garantie en cas de décès</b>	<b>8</b>
Article 15	Garantie mondiale	8
Article 16	Suicide de l'assuré	8
Article 17	Fait intentionnel	8
Article 18	Navigation aérienne	9
Article 19	Emeutes	9
Article 20	Guerre	9
Article 21	Risques exclus	9
Article 22	Montant à liquider en cas de décès non couvert	10
<b>Chapitre VIII</b>	<b>Notifications - Juridiction - Loi applicable - Information médicale- Sanctions économiques</b>	<b>10</b>
Article 23	Notifications	10
Article 24	Juridiction - Loi applicable	10
Article 25	Information médicale	10
Article 26	Sanctions économiques	10

<b>Chapitre IX</b>	<b>Participations aux bénéfices</b>	<b>11</b>
Article 27	La participation aux bénéfices	11
<b>Assurances complémentaires contre le risque d'invalidité (ACRI) et d'accident (ACRA)</b>		
<b>Chapitre I</b>	<b>Définitions</b>	<b>12</b>
<b>Chapitre II</b>	<b>Assurances complémentaires contre le risque d'invalidité (ACRI)</b>	<b>11</b>
Article 28.	Objet de l'assurance	12
Article 29.	Types de garanties	13
Article 30.	Définition et degré de l'invalidité	13
Article 31.	Conditions dans lesquelles les prestations sont garanties	13
Article 32.	Changement dans le degré d'invalidité	14
Article 33.	Déclaration en cas d'invalidité	14
Article 34.	Paiement des prestations	14
Article 35.	Fin de l'assurance	14
<b>Chapitre III</b>	<b>Assurances complémentaires contre le risque d'accident (ACRA)</b>	<b>15</b>
Article 36.	Objet de l'assurance	15
Article 37.	Définition de l'invalidité physiologique totale et permanente	15
Article 38.	Paiement des prestations	15
Article 39.	Fin de l'assurance	15
<b>Chapitre IV</b>	<b>Dispositions communes aux assurances complémentaires ACRI et ACRA</b>	<b>15</b>
Article 40.	Les primes	15
Article 41.	Fixation du degré et expertise médicale	16
Article 42.	Contrôle médical	16
Article 43.	Etendue territoriale	16
Article 44.	Bénéficiaires	16
Article 45.	Risques exclus	16
Article 46.	Déchéance	17

## Assurance principale

### ► Chapitre I - Définitions

*Pour l'application du présent contrat, on entend par:*

**La compagnie** : Allianz Benelux s.a.

**Le preneur d'assurance** : la personne qui conclut le contrat avec la compagnie.

**L'assuré** : la personne sur la tête de laquelle l'assurance est conclue.

**Le bénéficiaire** : la personne en faveur de laquelle est stipulée la prestation d'assurance.

### ► Chapitre II - Objet de l'assurance

#### 1 **Objet du contrat**

Le contrat a pour objet, en fonction des versements de primes effectués par le preneur d'assurance, de garantir au(x) bénéficiaire(s) le paiement des prestations fixées aux conditions particulières du contrat. Le contrat est nominatif.

#### 2 **Effet du contrat**

Le contrat prend effet à la date indiquée de commun accord aux conditions particulières, mais au plus tôt le jour ouvrable qui suit la réception par la compagnie du premier versement de prime et après signature du contrat.

#### 3 **Bases sur lesquelles le contrat est établi**

Le contrat est soumis aux dispositions légales et réglementaires régissant l'assurance sur la vie. Il est établi sur base des renseignements fournis sincèrement et sans réticences par le preneur d'assurance et l'assuré, en vue d'informer la compagnie sur les risques qu'elle prend en charge.

La compagnie renonce cependant dès la prise d'effet du contrat, à faire valoir la nullité pour les omissions ou les déclarations erronées faites de bonne foi. Le contrat est dès lors incontestable dès sa conclusion hormis le cas de fraude qui le rend nul.

En cas de fraude, les primes versées jusqu'au moment où la compagnie a eu connaissance de l'omission de l'inexactitude intentionnelle lui sont acquises.

En cas d'inexactitude sur la date de naissance de l'assuré, les prestations sont adaptées en fonction de la date de naissance exacte.

#### 4 **Garantie des bases techniques**

Les bases techniques, y compris le taux d'intérêt technique, sont celles en vigueur le jour qui suit le jour de la réception de la prime par la compagnie. Le taux d'intérêt technique appliqué aux primes versées est garanti, pour ces primes, pendant toute la durée du contrat. Aucune garantie de taux n'est accordée pour les primes avant leur versement.

Les bases techniques peuvent être modifiées par la compagnie à tout moment après leur notification par la compagnie au preneur d'assurance; la modification du taux d'intérêt technique ne porterait que sur les versements de primes futurs.

## 5 Désignation du (des) bénéficiaire(s)

Le preneur d'assurance peut librement désigner le(s) bénéficiaire(s) ou modifier cette désignation. Pour être opposable à la compagnie, cette modification doit lui être notifiée par un écrit signé par le preneur d'assurance.

Tout bénéficiaire peut accepter le bénéfice du contrat. Pour être opposable à la compagnie, cette acceptation doit se faire:

- tant que le preneur d'assurance est en vie, par un avenant au contrat portant les signatures du bénéficiaire, du preneur d'assurance et de la compagnie;
- après le décès du preneur d'assurance, par un écrit notifié à la compagnie.

En cas d'acceptation, la désignation d'un nouveau bénéficiaire est soumise à l'autorisation écrite du bénéficiaire ayant déjà accepté.

## 6 Modification du contrat

La compagnie ne peut apporter unilatéralement aucune modification aux conditions générales ou particulières du contrat.

Toutefois, conformément à l'article 26 de l'A.R. sur la vie du 14/11/2003, aucune garantie ne peut être accordée quant au taux d'intérêt technique en ce qui concerne des versements encore à effectuer.

Dès lors, la compagnie peut à tout instant modifier le taux d'intérêt technique qu'elle applique pour les versements de prime effectués postérieurement à cette modification.

Le taux d'intérêt appliqué aux versements déjà effectués au moment de cette modification leur reste garanti jusqu'au terme du contrat.

Le preneur d'assurance peut à tout moment demander une adaptation du contrat par l'établissement d'un avenant; toutefois, l'augmentation des risques assurés est soumise aux conditions en vigueur au moment de l'adaptation, notamment au point de vue de l'acceptation médicale.

Si la modification demandée a pour effet de diminuer les prestations qui sont assurées par les versements déjà effectués au moment de la modification et stipulées au profit du (des) bénéficiaire(s) acceptant(s) éventuel(s), le preneur d'assurance doit fournir l'accord écrit de celui-ci (ceux-ci).

La compagnie se réserve le droit de prélever sur l'épargne capitalisée un montant forfaitaire de 10 EUR lors de l'établissement d'un avenant.

## ► Chapitre III - Versements

### 7 Montant et modalités

Les versements de primes en assurance vie sont facultatifs. Ils sont payables suivant les modalités indiquées aux conditions particulières.

Au cas où des assurances complémentaires sont adjointes aux assurances principales de contrats souscrits dans le cadre de l'épargne pension et de l'épargne à long terme, les versements de primes sont obligatoires. Le non versement de primes entraîne la résiliation des assurances complémentaires 30 jours après l'envoi d'une lettre recommandée au preneur d'assurance.

Les primes sont fixées librement par le preneur d'assurance. Toutefois, tout versement de prime doit être au moins égal à 50 EUR par mois, 150 EUR par trimestre, 300 EUR par semestre ou 600 EUR par an.

A tout instant, le preneur d'assurance peut communiquer un nouveau montant et/ou une nouvelle fréquence de prélèvement pour le futur sous réserve de ce qui est prévu à l'article 6 alinéa 5.

Des droits d'entrée de maximum 6% sont perçus sur les primes versées.

Les droits d'entrée indiqués sur le document intitulé "confirmation de paiement de prime" ainsi que tous suppléments tels que taxes, cotisations, etc... frappant le contrat ou qui viendraient à le frapper sont à charge du preneur d'assurance et doivent être payés en même temps que la prime.

## ► Chapitre IV - Epargne capitalisée

### 8 Constitution de l'épargne

L'épargne capitalisée correspond à l'épargne constituée par la totalité des primes nettes capitalisées au taux technique en vigueur au moment du versement des primes, augmentée de la participation aux bénéfices, diminuée chaque mois des primes nécessaires pour couvrir les prestations assurées fixées aux conditions particulières. Les primes nettes sont égales aux versements de primes diminués des suppléments et droits d'entrée prévus à l'article 7.

## ► Chapitre V - Prestations

### 9 Montants des prestations

Les montants des prestations assurées sont indiqués aux conditions particulières.

Les primes nécessaires pour couvrir les prestations assurées sont prélevées mensuellement sur l'épargne capitalisées.

Si l'épargne capitalisée n'est plus suffisante pour maintenir la prestation assurée en cas de décès, la résiliation du contrat, y compris la résiliation des garanties complémentaires éventuelles, n'intervient qu'après l'expiration d'un délai de 30 jours à dater de l'envoi par lettre recommandée à la poste, d'une mise en demeure au preneur d'assurance notifiant cette résiliation.

Les assurances complémentaires et décès peuvent être remises en vigueur sans formalité médicale dans les 30 jours à dater de leur résiliation. Au-delà des 30 jours, la remise en vigueur des assurances complémentaires et décès s'effectuera moyennant les critères d'acceptation en vigueur au sein de la compagnie à ce moment.

### 10 Paiement des prestations

Les prestations dues par la compagnie sont payées au(x) bénéficiaire(s) après remise du contrat et de ses avenants.

Si le paiement résulte de la vie de l'assuré, les documents suivants doivent être ajoutés:

- un certificat de vie à la date de l'échéance mentionnant la date de naissance de l'assuré ;
- une copie de la carte d'identité de chacun des bénéficiaires ou si le preneur d'assurance est une personne morale, une copie des statuts de la société ainsi qu'une copie des cartes d'identité des personnes qui ont le pouvoir de représenter la société.

Si le paiement résulte du décès de l'assuré, les documents suivants doivent être ajoutés :

- un extrait de l'acte de décès mentionnant la date de naissance de l'assuré ;
- un certificat, établi par le médecin traitant de l'assuré et transmis au médecin-conseil de la compagnie, établissant la cause du décès ; l'assuré y consent par la signature du présent contrat ;
- un acte de notoriété indiquant les droits du (des) bénéficiaire(s) lorsqu'il(s) n'a (ont) pas été nominativement désignés dans le contrat ;
- une copie de la carte d'identité de chacun des bénéficiaires ;
- un certificat de vie au nom de chacun des bénéficiaires.

## ▶ Chapitre VI - Droits du preneur d'assurance

### 11 Résiliation

Le preneur d'assurance a le droit de résilier le contrat dans les 30 jours qui suivent sa prise d'effet.

Dans ce cas, la compagnie rembourse la (les) prime(s) payée(s), déduction faite des sommes consommées pour les couvertures des prestations assurées en cas de décès et/ou des garanties complémentaires éventuelles prévues aux conditions particulières.

Si le contrat est souscrit en couverture d'un prêt hypothécaire, le preneur d'assurance a le droit de résilier le contrat dans les 15 jours à compter du jour où il a connaissance du fait que le crédit sollicité n'est pas accordé.

La demande de résiliation doit être communiquée à la compagnie par lettre recommandée ou par remise d'une lettre de résiliation contre récépissé.

### 12 Rachat

Le preneur d'assurance a le droit de demander le rachat de son contrat. La demande doit en être faite auprès de la compagnie par un écrit daté et signé par le preneur d'assurance.

La valeur de rachat est égale à 95 % de l'épargne capitalisée. Ce taux s'accroît de 0,1% par mois au cours des 50 derniers mois de manière à atteindre 100% au terme du contrat.

Ce taux atteint 100% si le rachat a lieu plus de 5 années après la date d'effet du contrat et après le 58ème anniversaire de l'assuré.

La date de la demande est prise en compte pour le calcul de la valeur de rachat. Le rachat sort ses effets à la date à laquelle la quittance de rachat ou tout autre document équivalent est signée pour accord par le preneur d'assurance.

Pour obtenir la valeur de rachat, le preneur d'assurance doit restituer le contrat et ses avenants et produire l'accord écrit du (des) bénéficiaire (s) qui a (ont) accepté le bénéfice du contrat. Le preneur d'assurance y ajoutera une copie de sa carte d'identité ou si le preneur d'assurance est une personne morale, une copie des statuts de la société ainsi qu'une copie des cartes d'identité des personnes qui ont le pouvoir de représenter la société.

La valeur de rachat tiendra compte de la participation aux bénéfices déjà attribuée.

La compagnie se réserve le droit de procéder au rachat d'office du contrat si la valeur de rachat théorique est toujours inférieure à 125 EUR plus d'un an après la souscription du contrat.

### 13 Retrait

Le retrait est l'opération par laquelle le preneur d'assurance obtient de la compagnie une partie de l'épargne capitalisée.

Le preneur d'assurance peut à tout moment effectuer des retraits de 500 EUR minimum chacun et à condition que le solde de l'épargne capitalisée ne soit pas, après retrait, inférieur à 1.250 EUR. Dans ce cas, les prestations assurées en cas de décès seront diminuées du montant du(des) retraits(s) net(s) de l'intérêt technique compris dans ce (ces) dernier(s).

Les dispositions de l'article 12 sont applicables en cas de retrait.

## 14 Information du preneur d'assurance

Lors de chaque versement de prime, après déduction des suppléments, des droits d'entrée prévus à l'article 7 et de la prime relative à la couverture des prestations assurées, l'épargne capitalisée est calculée et communiquée par la compagnie au moyen d'une " confirmation de paiement de prime ".

Au début de chaque année, un extrait de compte sera envoyé au preneur d'assurance, lui notifiant :

- l'épargne capitalisée du contrat (valeur de rachat théorique) ;
- si un terme est prévu au contrat, l'épargne capitalisée en cas de vie de l'assuré au terme majorée de la participation aux bénéfices ;

## ► Chapitre VII - Etendue de la garantie en cas de décès

## 15 Garantie mondiale

Le risque de décès est couvert dans le monde entier, quelle qu'en soit la cause, sous réserve des limitations prévues dans le présent article et des dispositions des articles 16 à 21 du présent contrat.

- **Terrorisme** : les prestations dues en cas de décès concernant des dommages causés par le terrorisme sont couvertes dans les termes, limites et délais prévus par la loi du 1er avril 2007 relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme étant entendu qu'Allianz Benelux s.a. est membre de TRIP asbl, personne morale constituée en exécution des dispositions de cette loi.  
Des dommages causés par des armes ou des engins destinés à exploser par une modification de structure du noyau atomique sont exclus dans ce contrat d'assurance.
- **Risques nucléaires** : les prestations ne sont pas dues en cas de décès résultant de tout fait ou succession de faits de même origine, dès lors que ce fait ou ces faits proviennent ou résultent de propriétés radioactives, toxiques, explosives ou autres propriétés dangereuses de combustibles nucléaires, produits ou déchets radioactifs, ainsi que les dommages résultant directement ou indirectement de toute source de radiations ionisantes.

## 16 Suicide de l'assuré

Le suicide de l'assuré n'est couvert que s'il se produit après la première année qui suit la date de prise de cours du contrat, de sa remise en vigueur ou de l'avenant d'augmentation des avantages assurés en cas de décès.

## 17 Fait intentionnel

Le décès de l'assuré provoqué par le fait intentionnel du preneur d'assurance ou d'un des bénéficiaires, ou à leur instigation n'est pas couvert. De plus, n'est pas couvert, le décès de l'assuré qui a pour cause immédiate et directe un crime ou un délit intentionnel dont l'assuré est auteur ou coauteur et dont il a pu prévoir les conséquences.



## 18 Navigation aérienne

Le décès de l'assuré des suites d'un accident d'un appareil de navigation aérienne sur lequel il s'est embarqué est couvert, sauf s'il s'est embarqué en tant que pilote. Toutefois ce risque n'est pas couvert s'il s'agit d'un appareil :

- non autorisé au transport de personnes ou de choses ;
- militaire ; toutefois, le décès est couvert s'il s'agit d'un appareil affecté au moment de l'accident au transport de personnes ;
- transportant des produits à caractère stratégique dans des régions en état d'hostilités ou d'insurrection ;
- se préparant ou participant à une épreuve sportive ;
- effectuant des vols d'essais ;
- du type "ultra léger motorisé".

## 19 Emeutes

N'est pas couvert le décès survenu à la suite d'émeutes, d'actes de terrorisme, de troubles civils, de tous actes collectifs de violence, d'inspiration politique, idéologique ou sociale accompagnés ou non de rébellion contre l'autorité ou tous pouvoirs institués, si l'assuré y a pris une part active et volontaire.

Par acte de terrorisme, on entend l'action organisée dans la clandestinité à des fins idéologiques, politiques, économiques, sociales, exécutées individuellement ou en groupe, et attentant à des personnes ou détruisant un bien en vue d'impressionner le public ou de créer un climat d'insécurité.

## 20 Guerre

N'est pas couvert le décès survenant par événement de guerre, c.-à-d. résultant directement ou indirectement d'une action offensive ou défensive d'une puissance belligérante ou de tout autre événement à caractère militaire.

Cette exclusion est étendue à tout décès, quelle qu'en soit la cause, lorsque l'assuré participe activement aux hostilités.

Toutefois, si les circonstances le justifient, et moyennant l'accord de la Commission Bancaire, Financière et des Assurances, ces risques peuvent être couverts par une convention particulière.

Si l'assuré décède dans un pays étranger en état d'hostilités, il convient de distinguer deux cas :

- si le conflit éclate pendant le séjour de l'assuré, le preneur d'assurance obtient la couverture du risque de guerre pour autant que l'assuré ne participe pas activement aux hostilités ;
- si l'assuré se rend dans un pays où il y a un conflit armé, le preneur d'assurance ne peut obtenir la couverture du risque de guerre que moyennant le paiement d'une surprime, mention expresse dans les conditions particulières et pour autant que l'assuré ne participe pas activement aux hostilités.

Dans les deux cas, le(s) bénéficiaire(s) doit (doivent) apporter la preuve que l'assuré ne participait pas activement aux hostilités.

## 21 Risques exclus

N'est pas couvert le décès consécutif à une maladie contractée ou un accident survenu avant la prise d'effet de la présente assurance pour autant que l'une des deux conditions suivantes soit remplie :

1. l'assuré doit en avoir eu connaissance au moment de la souscription ou au moment de l'augmentation des garanties contractuelles et l'avoir déclaré à la compagnie. La maladie ou l'accident déclaré n'est exclu que s'il est fait mention de cette exclusion aux conditions particulières ;

2. si l'assuré n'a pas déclaré la maladie ou l'accident survenu avant la prise d'effet de l'assurance, la compagnie doit apporter la preuve que l'assuré en avait connaissance au moment de la souscription ou au moment de l'augmentation des garanties contractuelles.

## **22 Montant à liquider en cas de décès non couvert**

Dans les cas de non-couverture prévus aux articles 16 à 21, la compagnie paie la valeur de l'épargne capitalisée (valeur de rachat théorique) calculée au jour du décès.

## **► Chapitre VIII - Notifications - Juridiction - Loi applicable - Information médicale - Sanctions économiques**

### **23 Notifications**

Pour être valables, les notifications destinées à la compagnie doivent être faites à son siège en Belgique; celles destinées au preneur d'assurance sont valablement faites à l'adresse indiquée par celui-ci dans le contrat ou à l'adresse qu'il aurait notifiée ultérieurement à la compagnie. Toute notification est censée faite à la date de son dépôt à la poste.

### **24 Juridiction - Loi applicable**

Les contestations entre parties relatives à l'exécution du contrat relèvent de la compétence des tribunaux belges. La loi applicable au contrat est la loi belge.

### **25 Information médicale**

L'assuré s'engage à demander à son médecin traitant, qui est tenu de les lui remettre, tous les certificats que la compagnie estime nécessaires pour la conclusion ou l'exécution du contrat.

L'assuré au000864 son médecin à remettre au médecin-conseil de l'assureur un certificat établissant la cause de son décès.

### **26 Sanctions économiques**

Le présent contrat n'accorde pas de garantie ni de prestation pour une quelconque activité assurée dans la mesure où cette activité assurée violerait la moindre loi ou règle applicable des Nations Unies ou de l'Union européenne en matière de sanction économique, ou toute autre règle ou loi applicable relative à des sanctions économiques ou commerciales.

**► Chapitre IX - Participations aux bénéfices****27 La participation aux bénéfices**

Le contrat participe gratuitement dans les bénéfices suivant les règles déterminées par la compagnie et communiquées à la Commission Bancaire, Financière et des Assurances, sauf s'il est exclu de toute participation dans les conditions particulières.

Les bénéfices sont répartis actuellement selon le système suivant :

Chaque année, l'épargne capitalisée est majorée d'un montant déterminé sur base d'un taux fixé par le Conseil d'administration. L'augmentation de l'épargne capitalisée utilisée comme prime unique pour l'augmentation du capital au terme constitue la participation aux bénéfices à charge de la compagnie. Cette augmentation est définitivement acquise et est portée à la connaissance du preneur d'assurance.

## Assurances complémentaires contre le risque d'invalidité (ACRI) et d'accident (ACRA)

Ces assurances sont complémentaires à l'assurance principale et ne peuvent être souscrites indépendamment de celle-ci. Elles sont régies par les conditions générales de l'assurance principale, sans préjudice des dispositions particulières suivantes.

### ► Chapitre I - Définitions

#### Maladie

Toute altération d'origine non accidentelle de la santé de l'assuré, présentant des symptômes objectifs constatés par un médecin légalement autorisé à pratiquer son art.

#### Accident

Un événement soudain qui porte atteinte à l'intégrité physique de l'assuré, dont la cause ou l'une des causes est extérieure à l'organisme de l'assuré.

#### Accident de la vie privée

Un accident qui n'est pas régi par la législation relative aux accidents du travail ou survenus sur le chemin du travail.

#### Invalidité physiologique

Une diminution de l'intégrité physique de l'assuré. Son degré est fixé par décision médicale en fonction du Barème Officiel Belge des Invalidités et de la jurisprudence belge y afférente.

#### Invalidité économique

Une diminution de la capacité de travail de l'assuré, consécutive à une invalidité physiologique. Son degré est apprécié en tenant compte de la profession exercée par l'assuré et de ses possibilités de réadaptation dans une activité professionnelle qui soit compatible avec sa position sociale, ses connaissances et ses aptitudes.

Le degré d'invalidité économique s'apprécie indépendamment de tout autre critère économique.

#### Délai de carence

Période pendant laquelle aucune prestation n'est due par la compagnie et qui débute soit à la date où commence une invalidité atteignant 25 % au moins, soit à la date d'augmentation du degré de cette invalidité.

#### Délai d'attente

Période pendant laquelle une invalidité doit se poursuivre pour qu'une prestation soit due par la compagnie et qui débute soit à la date où commence une invalidité atteignant 25 % au moins, soit à la date d'augmentation du degré de cette invalidité.

### ► Chapitre II - Assurances complémentaires contre le risque d'invalidité (ACRI)

## 28 Objet de l'assurance

L'assurance a pour effet de garantir les prestations prévues à l'article 28 et définies aux conditions particulières, si l'assuré est atteint d'une invalidité économique résultant d'une maladie ou d'un accident.

## 29 Types de garanties

Le contrat prévoit l'une ou plusieurs des garanties suivantes :

1. Exonération en cas d'invalidité.

La compagnie exonère le preneur d'assurance du versement du montant indiqué aux conditions particulières proportionnellement au degré et à la durée de l'invalidité de l'assuré.

2. Paiement d'une rente en cas d'invalidité.

La compagnie verse la rente annuelle indiquée aux conditions particulières, proportionnellement au degré et à la durée de l'invalidité de l'assuré.

3. Paiement d'une rente "frais généraux" en cas d'invalidité.

La compagnie verse la rente "frais généraux" annuelle indiquée aux conditions particulières, proportionnellement au degré et à la durée de l'invalidité de l'assuré. Cette rente sert à la couverture de coûts fixes liés à l'activité professionnelle de l'assuré.

4. Paiement d'un capital en cas d'invalidité totale et permanente.

La compagnie verse le capital indiqué aux conditions particulières.

## 30 Définition et degré de l'invalidité

L'assurance couvre l'invalidité économique dont est atteint l'assuré. La référence à l'invalidité physiologique sert uniquement à déterminer le montant des prestations à verser. Une invalidité de 67 % au moins est considérée comme une invalidité totale. L'invalidité est permanente lorsqu'il en est décidé ainsi par les médecins conformément à l'article 40 et

- si l'invalidité résulte d'un accident, après consolidation de l'état de santé de l'assuré ;
- si l'invalidité résulte d'une maladie, après 2 ans au moins d'invalidité totale ou après 3 ans en cas d'aliénation mentale.

Les invalidités éventuelles existant au moment de la prise d'effet du présent contrat ou résultant d'un risque exclu n'interviennent pas pour la détermination du degré d'invalidité.

## 31 Conditions dans lesquelles les prestations sont garanties

La compagnie garantit les prestations visées à l'article 28 pour autant que l'invalidité se poursuive pendant au moins la durée des délais d'attente et/ou de carence indiquée aux conditions particulières et que le degré d'invalidité soit de 25 % au moins en cas d'invalidité partielle ou totale et de 67 % au moins en cas d'invalidité totale.

Les prestations sont dues à partir de la date fixée, de commun accord par le médecin traitant de l'assuré et le médecin-conseil de la compagnie, comme étant celle du début de l'invalidité.

En ce qui concerne l'assuré qui a atteint l'âge de 60 ans, il est appliqué un délai de carence de 12 mois ne donnant droit à aucune prestation en cas d'invalidité causée par une maladie.

En cas de rechute pour la même cause dans un délai de 30 jours suivant la fin de la première invalidité, et dûment portée à la connaissance de la compagnie, celle-ci n'exigera pas un nouveau délai de carence ou d'attente. Toutefois, si le délai n'avait pas encore atteint le nombre de jours prévus aux conditions particulières au moment de la fin de la première invalidité, il sera prolongé d'un nombre de jours égal à celui durant lequel l'assuré n'était pas en invalidité.

Une nouvelle cause d'invalidité pouvant entraîner une augmentation des prestations fera l'objet d'un nouveau délai de carence ou d'attente en ce qui concerne cette augmentation.

### **32 Changement dans le degré d'invalidité**

Tout changement qui surviendrait dans le degré d'invalidité de l'assuré doit être signalé à la compagnie dans un délai d'un mois par un certificat circonstancié du médecin traitant. Les dispositions des articles 32, 40 et 41 sont applicables en cas d'aggravation de l'invalidité. La diminution ou la cessation des prestations dues par la compagnie sort ses effets le jour de la diminution ou de la cessation de l'invalidité. Les prestations payées indûment par la compagnie seront remboursées à celle-ci.

### **33 Déclaration en cas d'invalidité**

Tout accident ou maladie ayant entraîné une invalidité doit être déclaré par écrit à la compagnie au plus tard dans un délai de deux mois.

Le preneur d'assurance doit aussi signaler à la compagnie tout changement qui surviendrait dans le degré d'invalidité, dans un délai d'un mois, par un certificat circonstancié du médecin traitant.

La déchéance ou la réduction des prestations n'est cependant pas encourue si la déclaration est faite après ce délai, pour autant que la preuve soit apportée que la déclaration a été faite dans un délai raisonnable. En tout cas, le contrôle médical de l'invalidité doit être possible au moment de la déclaration.

Doit(doivent) être joint(s) à la déclaration, le(s) certificat(s) médical(aux) mentionnant les causes, la nature, le degré et la durée probable de l'invalidité.

La compagnie se réserve le droit d'exiger tout autre renseignement et que l'assuré se soumette à un examen médical pratiqué par un médecin désigné par elle.

### **34 Paiement des prestations**

En ce qui concerne "l'exonération", la compagnie exonère le montant indiqué aux conditions particulières à chaque échéance de prime. La première intervention de la compagnie s'opère toutefois prorata temporis à la première échéance de prime postérieure à l'expiration du délai de carence ou d'attente indiqué aux conditions particulières; la dernière intervention est effectuée par un prorata final lors de la cessation du droit aux prestations.

La rente d'invalidité est payable par fractions mensuelles à terme échu. Le premier paiement a lieu, prorata temporis, le dernier jour du mois de l'expiration du délai de carence ou d'attente indiqué aux conditions particulières; lors de la cessation de l'invalidité, la rente est soldée par un prorata final.

La rente "frais généraux" est payable par fractions mensuelles à terme échu. Le premier paiement a lieu, prorata temporis, le dernier jour du mois de l'expiration du délai de carence ou d'attente indiqué aux conditions particulières; lors de la cessation de l'invalidité, la rente est soldée par un prorata final.

Le capital invalidité est payable le premier du mois qui suit celui au terme duquel l'invalidité totale et permanente est reconnue conformément à l'article 29.

### **35 Fin de l'assurance**

L'assurance prend fin :

- au décès de l'assuré, en cas de résiliation prévue aux articles 39 et 45, en cas de résiliation ou de rachat de l'assurance principale ;

- à la date indiquée aux conditions particulières et au plus tard :
  1. au terme de l'assurance principale ;
  2. à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle l'assuré atteint 65 ans.

Si l'invalidité a débuté avant ce moment, la garantie "exonération" est maintenue pendant la durée de cette invalidité.

## ▶ Chapitre III - Assurances complémentaires contre le risque d'accident (ACRA)

### 36 Objet de l'assurance

L'assurance a pour objet de garantir une indemnité, définie aux conditions particulières, en cas de décès ou en cas d'invalidité physiologique permanente et totale de l'assuré, consécutifs à un accident. Le décès ou l'invalidité sont réputés résultant de l'accident s'ils en sont la conséquence directe et exclusive.

### 37 Définition de l'invalidité physiologique totale et permanente

Une invalidité physiologique de 67 % au moins est considérée comme une invalidité physiologique totale. L'invalidité physiologique est permanente lorsqu'il en est décidé ainsi par les médecins prévus à l'article 40 et après consolidation de l'état de santé de l'assuré. Les invalidités éventuelles existant au moment de l'accident ou résultant d'un risque exclu n'interviennent pas pour la détermination du degré d'invalidité.

### 38 Paiement des prestations

Dans le cas d'une invalidité physiologique permanente et totale, le paiement de l'indemnité s'effectuera dès que l'assuré est reconnu se trouvant en invalidité physiologique permanente et totale. Le paiement de l'indemnité garantie par l'assurance pour le cas de décès sera effectué soit lorsque le décès a été immédiat, soit s'il survient dans les 12 mois qui suivent le jour de l'accident. Ce paiement aura lieu contre remise des pièces justificatives.

### 39 Fin de l'assurance

L'assurance prend fin :

- en cas de résiliation prévue aux articles 39 et 45, ou en cas de résiliation ou de rachat de l'assurance principale ;
- au terme de l'assurance principale et au plus tard à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle l'assuré atteint 65 ans ;
- si l'assuré est atteint d'une invalidité physiologique totale et permanente pour une cause autre qu'un risque couvert par la présente assurance ;
- dès le paiement de l'indemnité garantie en cas d'invalidité physiologique totale et permanente.

## ▶ Chapitre IV - Dispositions communes aux assurances complémentaires ACRI et ACRA

### 40 Les primes

Les primes des assurances complémentaires sont payées suivant les modalités de l'article 7.

Les assurances complémentaires n'ont ni valeur de rachat, ni valeur de réduction et ne donnent droit à aucune participation aux bénéfices.

## 41 Fixation du degré et expertise médicale

Sur base des renseignements communiqués et des articles 29 et 32, la compagnie juge de la réalité, du degré et de la durée de l'invalidité. La compagnie notifie sa décision au preneur d'assurance. Cette décision est considérée comme acceptée si celui-ci ne signifie pas son désaccord dans les 16 jours de la notification. En cas de désaccord, l'assuré est libre de demander une expertise médicale amiable selon les modalités suivantes: chacune des parties désigne un médecin agissant en tant qu'expert ; en cas de désaccord, les deux experts s'adjoignent un tiers expert. Les experts sont dispensés de prestation de serment et de toute formalité judiciaire. Chacune des parties supporte les frais et honoraires de son expert et la moitié de ceux des spécialistes éventuellement consultés à la demande des experts ainsi que, s'il y a lieu, la moitié de ceux du tiers expert. L'expertise ne peut porter en rien préjudice aux droits et exceptions que la compagnie peut invoquer.

## 42 Contrôle médical

La compagnie se réserve le droit d'exiger à tout moment un certificat médical attestant de l'état de santé de l'assuré et du degré d'invalidité, et de faire contrôler ceux-ci. Au cas où elle estime qu'une modification du degré d'invalidité est survenue, elle en informe le preneur d'assurance par lettre recommandée ; les dispositions de l'article 40 sont en ce cas applicables.

## 43 Etendue territoriale

Les assurances complémentaires sont valables dans le monde entier, pour autant que l'assuré ait sa résidence habituelle en Belgique et que les contrôles prévus à l'article 41 puissent être exercés. Toutefois, en cas de séjour de l'assuré hors d'Europe, les prestations ne sont accordées que pendant une période de 3 mois; elles reprennent cours dès le retour de l'assuré en Europe.

## 44 Bénéficiaires

Les prestations d'assurance sont versées au preneur d'assurance. L'indemnité prévue en cas de décès (ACRA) est versée aux bénéficiaires en cas de décès de l'assurance principale.

## 45 Risques exclus

- Ne sont pas couverts, ni l'invalidité consécutive à une maladie ou un accident, ni le décès par accident:
  1. résultant des risques non couverts par l'assurance principale ou qui n'y sont couverts que par convention spéciale;
  2. résultant directement ou indirectement de faits de guerre;
  3. résultant directement ou indirectement d'émeutes, d'actes de terrorisme, de troubles civils, d'actes collectifs de violence d'inspiration politique, idéologique ou sociale accompagnés ou non de rébellion contre l'autorité ou tout pouvoir institué, sauf si l'assuré (ou le bénéficiaire) prouve qu'il (l'assuré) n'y a pas pris une part active et volontaire;
  4. survenant lorsque l'assuré est en état d'ivresse ou sous l'influence de stupéfiants, hallucinogènes ou autres drogues;
  5. résultant directement ou indirectement d'alcoolisme, d'intoxication alcoolique, de toxicomanie ou d'usage abusif de médicaments;
  6. résultant d'une affection non contrôlable par examen médical ou d'une affection psychique ou mentale dont le diagnostic ne repose pas sur des signes organiques;
  7. résultant de l'état de grossesse de l'assurée, sauf pour la partie de la période d'invalidité à partir du 4ème mois après l'accouchement;



## Protection de la vie privée et droits des personnes enregistrées

### Contrats particuliers ou entreprises

#### Protection de la vie privée et droits des personnes enregistrées

Les données à caractère personnel communiquées à Allianz Benelux s.a. servent exclusivement pour les finalités suivantes : évaluation des risques assurés, gestion de la relation commerciale, du contrat d'assurance et des sinistres garantis par le contrat, surveillance du portefeuille, prévention des abus et des fraudes. A ces seules fins, elles peuvent, si nécessaire, être transmises à un réassureur, un expert ou à un conseil. Ces données sont accessibles par les services d'acceptation et de gestion sinistres ainsi que par le Service juridique et de Compliance dans le cadre d'un éventuel litige ou d'un contrôle et par le Service Audit dans le cadre strict des missions qui lui sont confiées.

L'assuré donne par la présente son consentement quant au traitement des données relatives à sa santé par le Service médical et par les destinataires précités lorsqu'il est nécessaire à la gestion du contrat ou d'un sinistre.

L'assuré accepte que le preneur et l'intermédiaire puissent avoir connaissance du contenu du contrat et de ses éventuelles clauses d'exclusion.

Le défaut de communiquer les données requises peut entraîner pour Allianz Benelux s.a., selon le cas, l'impossibilité pour elle ou son refus d'engager une relation commerciale, de poursuivre une telle relation ou d'exécuter une opération que la personne concernée aurait sollicitée.

Toute personne justifiant de son identité a le droit d'obtenir communication des données que le fichier contient à son sujet en adressant une demande datée et signée au service :

**Protection de la Vie Privée, Allianz Benelux s.a.** , Rue de Laeken 35 à 1000 Bruxelles.

Cette demande sera accompagnée d'une copie de sa carte d'identité et mentionnera le nom et l'adresse du médecin auquel notre médecin conseil pourra communiquer les éventuelles données relatives à sa santé.

Cette personne a, par ailleurs, le droit d'obtenir la rectification ou la suppression de ses données en cas d'inexactitude, ainsi que de s'opposer au traitement à des fins de marketing direct en en faisant la mention expresse à côté de sa signature sur le présent document.

#### Avertissement

Toute escroquerie ou tentative d'escroquerie envers la compagnie d'assurances entraîne non seulement la résiliation du contrat d'assurance, mais fait également l'objet de poursuites pénales sur base de l'article 496 du Code pénal.

#### Traitement des plaintes

La loi belge est applicable au contrat d'assurance. Toute plainte au sujet du contrat peut être adressée

- à l'Ombudsman des Assurances, Square de Meeüs 35 à 1000 Bruxelles, fax : 02/547.59.75, [info@ombudsman.as](mailto:info@ombudsman.as) , ou
- au service Médiation Clientèle de la compagnie Allianz Benelux s.a., Rue de Laeken 35 à 1000 Bruxelles, fax : 02/214.61.71, [Mediation@allianz.be](mailto:Mediation@allianz.be)

sans préjudice de la possibilité pour le preneur d'assurance d'intenter une action en justice.