

Produit Fiscal Conditions Générales

DL Strategy

30/04/2014

TABLE DES MATIERES

DEFINITIONS	6
CHAPITRE 1 - LE CONTRAT	9
Article 1 - Objet du Contrat – Garanties.....	9
1.1. Généralités	9
1.2. Garanties	9
1.2.1. Garanties principales.....	9
1.2.2. Garanties décès optionnelles	9
1.2.2.1. Garantie décès minimum	9
1.2.2.2. Capital décès supplémentaire	10
1.2.3. Garanties complémentaires	10
1.2.3.1. Garantie complémentaire décès par accident	10
1.2.3.2. Garanties complémentaires invalidité	10
1.2.3.2.1. Garantie complémentaire exonération de primes	10
1.2.3.2.2. Garantie complémentaire rente d'invalidité	10
Article 2 - Bases du Contrat – Possibilité de mettre fin au Contrat dans le chef de la Compagnie	11
Article 3 - Entrée en vigueur du Contrat	11
Article 4 - Droit de renonciation.....	11
Article 5 - Information annuelle au Preneur d'assurance	12
Article 6 - Durée du Contrat	12
CHAPITRE 2 – PRINCIPES DE FONCTIONNEMENT.....	13
Article 7 - Valeur du Contrat.....	13
Article 8 - Frais.....	13
8.1. Frais imputés directement au contrat.....	13
8.1.1 Frais d'entrée.....	13
8.1.2 Commissions de gestion Branche 21.....	13
8.2. Frais de sortie	13
8.2.1 Rachats libres (partiel ou total):	13
8.3. Révision des frais	13
Article 9 - Affectations et Prélèvements	13
9.1. Versements.....	13
9.2. Primes de risque	14
9.3. Rachat total ou partiel.....	14
9.4. Paiement de la Valeur du Contrat	14
Article 10 - Participation Bénéficiaire.....	14

Article 11 - Désignation du/des Bénéficiaire(s).....	14
Article 12 - Cession des droits du Contrat.....	15
Article 13 - Avance sur le Contrat.....	16
Article 14 - Adaptation des garanties.....	16
14.1. Généralités	16
14.2. Les garanties décès optionnelles.....	16
14.3. Les garanties complémentaires.....	16
Article 15 - Arrêt des Versements	16
Article 16 - Remise en vigueur.....	17
Article 17 - Paiement des prestations assurées	17
17.1. En cas de vie de l'Assuré au terme du Contrat.....	17
17.2. En cas de décès de l'Assuré avant le terme du Contrat	17
17.2.1. Montant à verser.....	17
17.2.2. Formalités à respecter.....	17
17.3. Garanties complémentaires	18
CHAPITRE 3 – REGLES SPECIFIQUES RELATIVES AUX GARANTIES PRINCIPALES ET AUX GARANTIES DECES OPTIONNELLES	19
Article 18 - Rachat partiel.....	19
18.1. Rachats partiels – Conditions minimales.....	19
18.2. Proportionnalité	19
Article 19 - Prélèvements des primes de risque des garanties décès optionnelles	19
Article 20 - Frais et Tarifs.....	19
20.1. L'indemnité financière.....	19
20.2. Frais particuliers	20
20.3. Révision des tarifs.....	20
CHAPITRE 4 - GARANTIES DECES OPTIONNELLES.....	21
Article 21 - Etendue des garanties décès optionnelles	21
21.1. Garantie géographique.....	21
21.2. Risques exclus.....	21
21.3. Couverture de militaires et non-militaires participant à une mission des forces armées belges à l'étranger en période de paix	21
21.4. Montant à liquider en cas de décès non couvert.....	21
CHAPITRE 5 – GARANTIE COMPLEMENTAIRE DECES PAR ACCIDENT.....	23
Article 22 - Objet de la garantie	23
Article 23 - Accident	23
23.1. Généralités	23

23.2. Extension	23
Article 24 - Invalidité totale et permanente	23
Article 25 - Paiement des prestations assurées	24
Article 26 - Garantie géographique	24
Article 27 - Risques exclus	24
Article 28 - Obligation d'information au début de la présente garantie.....	25
Article 29 - Obligation d'information pendant la durée de la présente garantie	25
Article 30 - Déclaration de l'accident	25
Article 31 - Constatation de l'invalidité	26
Article 32 - Fin de la garantie.....	26
CHAPITRE 6 – GARANTIES COMPLEMENTAIRES INVALIDITE	28
Article 33 - Objet des garanties	28
33.1. Garantie complémentaire exonération de primes.....	28
33.2. Garantie complémentaire rente d'invalidité.....	28
Article 34 - Accident	28
34.1. Généralités	28
34.2. Extension	28
Article 35 - Invalidité	29
Article 36 - Paiement des prestations assurées	29
Article 37 - Garantie géographique	30
Article 38 - Risques exclus	30
Article 39 - Obligation d'information au début des présentes garanties.....	31
Article 40 - Obligation d'information pendant la durée des présentes garanties	32
Article 41 - Déclaration de l'accident ou de la maladie.....	32
Article 42 - Constatation de l'invalidité.....	32
Article 43 - Fin des garanties	33
CHAPITRE 7 – DIVERS	34
Article 44 - Couverture du risque de terrorisme	34
Article 45 - Compétence en cas de plainte éventuelle ?	34
Article 46 - Tribunal compétent – Droit applicable	35
Article 47 - Protection de la vie privée	35
Article 48 - Données médicales	35
Article 49 - Fonds dormants	35
Article 50 - Impôts, taxes et cotisations	36
Article 51 - Notification	36

PRODUIT FISCAL DEFINITIONS

Affectation	Toute opération entrante après retenue de frais et taxes, telle que des Versements nets et des Switch.
Agent d'assurances non-lié	Un agent d'assurances non-lié est un agent d'assurances qui, en raison de plusieurs conventions, exerce une activité d'intermédiation en assurances au nom et pour compte de plusieurs entreprises d'assurances sans être pour autant soumis à une obligation contractuelle de travailler exclusivement avec celles-ci. Il offre dès lors librement les divers produits de ces différentes compagnies. Il agit sous sa propre responsabilité pour ce qui concerne la mise en œuvre des règles MiFID. Dans ce même cadre, il assume également la responsabilité entière et inconditionnelle de toute action effectuée ou toute omission commise par ses sous-agents d'assurances lorsqu'ils agissent pour son compte. En tant qu'agent d'assurances non-lié, son conseil est indépendant.
Agent d'assurances lié	Un agent d'assurances lié est un agent d'assurances qui, en raison d'une ou de plusieurs conventions, exerce une activité d'intermédiation en assurances au nom et pour compte d'une ou de plusieurs entreprises d'assurances. Il a une obligation contractuelle de travailler exclusivement avec une seule entreprise d'assurances ou avec plusieurs entreprises d'assurances pour des contrats d'assurance non concurrents entre eux. L'agent d'assurance lié (et ses éventuels sous-agents d'assurance agissant pour son compte) agit sous la responsabilité de la ou les entreprises d'assurances avec laquelle (lesquelles) il(s) est/est lié(s). En tant qu'agent d'assurances lié, son conseil n'est pas indépendant.
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.
Compagnie	La compagnie d'assurances auprès de laquelle le Contrat est souscrit : Delta Lloyd Life SA Avenue Fonsny, 38 à 1060 Bruxelles, agréée sous le code n° 167.
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 du Règlement de gestion des fonds d'investissement du Volet branche 23. Ces documents forment un ensemble.
Courtier d'assurances	Un courtier est un intermédiaire en assurances qui n'est pas tenu par le choix de la compagnie d'assurances. Il a la liberté d'offrir divers produits de différentes compagnies. Il agit sous sa propre responsabilité. Il assume la responsabilité entière et inconditionnelle de toute action effectuée ou toute omission commise par ses sous-agents d'assurances lorsqu'ils agissent pour compte dudit courtier. Son conseil est indépendant.
Fiche d'Information Financière	Le document intitulé « Fiche d'Information Financière » qui comprend une description des caractéristiques principales de DL Strategy Produit fiscal.
Fonds branche 21	Un fonds faisant partie du Volet branche 21. Les fonds proposés ne sont pas des fonds cantonnés.
Fonds branche 23	Un fonds faisant partie du Volet branche 23.
FSMA	Financial Services and Markets Authority : autorité belge de contrôle du secteur financier. Elle a son siège Rue du Congrès 12-14, 1000 Bruxelles.

Grossesse pathologique	Une complication de la grossesse, tant pour l'Assurée elle-même que pour le fœtus, consécutive à une maladie ou à une anomalie, et pour laquelle un médecin atteste que l'Assurée doit arrêter le travail.
Intérêt de base	Le taux d'intérêt technique fixé aux Conditions Particulières et qui est d'application au moment de l'Affectation.
Intermédiaires d'assurances	Les intermédiaires d'assurances inscrits dans le registre de la FSMA peuvent avoir l'un des statuts suivants : courtier d'assurances, agent d'assurances (lié ou non-lié) ou sous-agent d'assurances. Le statut de l'intermédiaire aura notamment une influence sur la responsabilité assumée par celui-ci et sur son lien de dépendance éventuel avec une ou plusieurs compagnies d'assurances.
Maladie	Une détérioration de l'état de santé qui n'est pas due à un accident, constatée par un diagnostic médical, et qui présente des symptômes objectifs. A l'exception des grossesses déjà existantes au moment de la souscription, une grossesse pathologique est considérée comme une maladie.
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. L'octroi de la Participation Bénéficiaire n'est pas garanti.
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 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.
Valeur de rachat	La Valeur du Contrat au moment du Rachat, diminuée des éventuels frais de sortie et / ou de l'indemnité financière.
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.</p> <p>La valeur du Volet branche 21 est formée par le total des Affectations, 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. Le nombre d'Unités des Fonds branche 23 choisis, est formé par la conversion des Affectations et des Prélèvements en Unités.</p> <p>La Valeur du Contrat tient également compte des montants non encore traités à ce moment.</p>
Versement	Païement 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 souscrire une assurance branche 21 avec des garanties en cas de vie et en cas de décès.

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 ;
- des garanties complémentaires invalidité.

Les Conditions Particulières mentionnent les garanties choisies par le Preneur d'assurance et acceptées par la Compagnie.

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 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.

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

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 minimum, 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 minimum, au montant prévu aux Conditions Particulières, indexé annuellement avec un pourcentage choisi par le Preneur d'assurance.
- c) **Capital décès minimum décroissant** : en cas de décès de l'Assuré avant le terme de cette garantie, le Bénéficiaire a droit, au minimum, 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 au prorata de l'invalidité tel que déterminé aux Conditions Particulières. Ainsi, le Contrat reste en vigueur. Pendant la période d'invalidité, 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 de cette rente durant la période d'invalidité) 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, la Compagnie remboursera les Versements faits par le Preneur d'assurance, diminués des frais d'entrée (définis à l'article 8), des montants qui ont été consommés pour couvrir le risque jusqu'au moment de la cessation du Contrat et de l'éventuelle indemnité financière.

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

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

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.

A défaut de réception des Conditions Particulières signées par le Preneur d'assurance, la réception du premier Versement vaut acceptation du Contrat.

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, ou
- dans les 30 jours à compter du moment où il a pris connaissance du refus de l'octroi du crédit sollicité, s'il s'agit d'un contrat d'assurance souscrit afin de garantir ou de reconstituer un crédit sollicité par le Preneur d'assurance.

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 les garanties complémentaires**
La somme des Versements pour ces garanties, diminuée des montants consommés pour garantir le risque.

Article 5 - Information annuelle au Preneur d'assurance

La Compagnie fournit annuellement au Preneur d'assurance l'information légale relative à 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 résiliation 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 est formée par le total des Affectations 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 Contrat tient également compte des montants non encore traités à ce moment.

Article 8 - Frais

8.1. Frais imputés directement au contrat

8.1.1 Frais d'entrée

Les frais d'entrée prélevés par Delta Lloyd Life SA, tels que mentionnés aux Conditions Particulières ou dans la Fiche d'Information Financière sont appliqués sur le versement après déduction des taxes et/ou des primes et taxes des garanties complémentaires. Ils se composent des frais compagnie et de commissions.

8.1.2 Commissions de gestion Branche 21

Les commissions de gestion tels que mentionnées aux Conditions Particulières ou dans la Fiche d'Information Financière, sont prélevées le dernier jour de chaque mois proportionnellement (en fonction de la valeur des différents fonds).

8.2. Frais de sortie

8.2.1 Rachats libres (partiel ou total):

Les frais de sortie sont mentionnés dans la Fiche d'Information Financière.

Une indemnité financière éventuelle décrite au point 20.1 peut être prélevée.

8.3. Révision des frais

Ces frais ne sont pas fixes et peuvent être revus.

Article 9 - Affectations et Prélèvements

9.1. Versements

Le Versement net est le montant qui reste après retenue des éventuels frais d'entrée, taxes et cotisations et primes pour les éventuelles garanties complémentaires.

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. Dans ce cas la date de valeur 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.

Les Versements sur ce Contrat sont facultatifs. La Compagnie envoie une invitation à payer pour chaque date d'échéance.

Tout Versement doit être fait directement à la Compagnie.

Le Preneur d'assurance peut à tout moment, pendant la durée du Contrat, demander de modifier 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 ne peut être demandée par le Preneur d'assurance que par le biais d'une requête écrite, datée et signée adressée à son intermédiaire d'assurances préalablement au(x) Versement(s) et accompagnée d'une copie recto/verso de la carte d'identité du Preneur d'assurance. 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.

9.2. 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 le premier jour de chaque mois.

9.3. Rachat total ou partiel

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 met fin au Contrat.

Ce Rachat doit être demandé par le Preneur d'assurance et adressé à l'intermédiaire d'assurances de celui-ci par le biais d'une requête écrite, datée et signée, et accompagnée d'une copie recto/verso de sa carte d'identité, et le cas échéant de l'accord du Bénéficiaire acceptant et/ou du cessionnaire. En cas de Rachat total, cet écrit doit être accompagné de la police originale et de tous les avenants.

Le calcul de la Valeur de rachat se fait à la date mentionnée dans la requête.

La Compagnie procède au Rachat total 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 tels que mentionnés dans la Fiche d'Information Financière.

En cas d'augmentation du risque à la suite d'un Rachat partiel, la Compagnie se réserve le droit de demander à l'Assuré de se soumettre à un examen médical.

9.4. 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.

Article 10 - Participation Bénéficiaire

Le Contrat 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.

Article 11 - 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. Cette modification ou révocation doit être demandée par le Preneur d'assurance par le biais d'une requête écrite, datée et signée, adressée à son intermédiaire d'assurances, accompagnée d'une copie recto/verso de la carte d'identité, et le cas échéant de l'accord du Bénéficiaire acceptant. Cette modification ou révocation est confirmée par un avenant au Contrat.

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 qui accepte 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 12 - 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.

La cession des droits du Contrat doit être demandée par le Preneur d'assurances par le biais d'une requête écrite, datée et signée, adressée à son intermédiaire d'assurances, accompagnée d'une copie recto/verso de la carte d'identité du Preneur d'assurance, et le cas échéant de l'accord du Bénéficiaire acceptant.

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 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

Le Preneur d'assurance peut demander d'ajouter, modifier ou supprimer les garanties choisies. Cet ajout, modification ou suppression aura lieu au premier du mois qui suit l'acceptation par la Compagnie de la demande. Toute augmentation du montant assuré 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.

La demande est faite par le Preneur d'assurances par le biais d'une requête écrite, datée et signée, adressée à son intermédiaire d'assurances, et accompagnée d'une copie recto/verso de la carte d'identité, et le cas échéant de l'accord du cessionnaire.

Cet ajout, modification ou suppression est confirmé(e) par un avenant au Contrat.

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 de l'Assuré.

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, adressée à l'intermédiaire d'assurances doit être faite introduite par le Preneur d'assurance 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 ajoutées, modifiées ou supprimées indépendamment des garanties principales.

Article 15 - Arrêt des Versements

À tout moment, le Preneur d'assurance peut arrêter les Versements (périodiques) pour son Contrat ou faire savoir à la Compagnie via son intermédiaire d'assurances 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. À 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, rentrée à la Compagnie via son intermédiaire d'assurances, la Compagnie peut aussi procéder à une diminution des garanties décès optionnelles.

En cas de non-paiement des Versements pour un Contrat avec des garanties complémentaires, une lettre recommandée est envoyée 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 - Remise en vigueur

Le Preneur d'assurance peut remettre en vigueur le contrat réduit ou racheté pendant un délai de trois ans pour le contrat réduit et de six mois pour le contrat racheté.

Pour un contrat réduit, la remise en vigueur s'effectue par la reprise des Versements. Si le Preneur d'assurance souhaite bénéficier à nouveau d'une garantie décès optionnelle, il en informe la Compagnie par le biais d'une requête écrite, datée et signée, adressée son intermédiaire d'assurances, et accompagnée d'une copie recto/verso de la carte d'identité.

Pour un contrat racheté, la remise en vigueur s'effectue par le remboursement de la Valeur de rachat.

Toute remise en vigueur est soumise aux conditions en usage à ce moment en matière d'acceptation des risques.

La remise en vigueur prend effet à la date indiquée aux Conditions Particulières et au plus tôt après signature de celles-ci par le Preneur d'assurance et après réception respectivement du premier Versement ou de la Valeur de Rachat.

A défaut de réception des Conditions Particulières signées par le Preneur d'assurance, la réception du premier Versement ou de la Valeur de rachat vaut acceptation du Contrat.

Article 17 - Paiement des prestations assurées

17.1. 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(x) Bénéficiaire(s) 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/des Bénéficiaire(s) ;
- 4) une quittance signée par le/les Bénéficiaire(s).

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

17.2.1. 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 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 montant de la Garantie décès minimum au moment du décès.

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.

17.2.2. 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).

17.3. 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

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 supérieur ou égal à la Valeur du Contrat, cela est considéré comme une demande de Rachat total du Contrat.

18.2. Proportionnalité

Si plusieurs Intérêts de base sont d'application, le Rachat est prélevé proportionnellement des différents (sous)fonds du Fonds branche 21 concerné. En outre, le montant est prélevé, par (sous)fonds, proportionnellement à la valeur du (sous)fonds concerné et sa Participation Bénéficiaire.

Article 19 - Prélèvements des primes de risque 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 les primes de risque, le Contrat serait résilié. 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 au premier du mois qui suit la réception de la requête écrite, datée et signée, adressée à son intermédiaire d'assurances.

Article 20 - Frais et Tarifs

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

20.1. L'indemnité financière

Lorsqu'un Rachat (partiel) implique un Prélèvement 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 Affectations au Volet branche 21 du

Contrat. Ce résultat est actualisé aux spot rates 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 aux dates des Affectations.

20.2. Frais particuliers

La Compagnie peut, en sus des frais standard, aussi porter en compte comme frais particuliers les dépenses occasionnées par le Preneur d'assurance, l'Assuré ou le(s) Bénéficiaire(s). La Compagnie applique ces frais de manière raisonnable et justifiée. La Compagnie ne peut imputer des frais particuliers non spécifiquement prévus dans les Conditions Générales ou dans un quelconque autre document que moyennant avis préalable à l'intéressé. Sans préjudice de l'indexation éventuellement prévue, la Compagnie ne peut, en cours de contrat, relever les montants des frais particuliers convenus que de manière raisonnable et justifiée et dans le cadre d'une révision générale de ceux-ci pour la catégorie d'assurances dont relève le Contrat concerné.

20.3. 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 FSMA . 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 si 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 du marché belge des assurances ou de son propre portefeuille.

CHAPITRE 4 - GARANTIES DECES OPTIONNELLES

Article 21 - Etendue des garanties décès optionnelles

21.1. Garantie géographique

Les garanties décès optionnelles sont valables dans le monde entier sous réserve des articles 21.2 à 21.4.

21.2. Risques exclus

La Compagnie n'accorde pas de couverture dans le cadre d'une garantie décès optionnelle si le décès est la conséquence directe ou indirecte :

- du suicide de l'Assuré sauf s'il se produit plus d'un an après l'entrée en vigueur du contrat, sa remise en vigueur ou l'augmentation des prestations assurées qui n'aurait pas été prévue dès l'entrée en vigueur du contrat ; dans les deux derniers cas, l'exclusion ne concerne que la prestation ayant fait l'objet de la remise en vigueur ou de l'augmentation ;
- de l'exécution d'une condamnation judiciaire à la peine de mort ;
- du 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. 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) ;
- du 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 ;
- d'un accident d'aéronef sur lequel l'Assuré a embarqué comme passager ou comme membre d'équipage, sauf s'il s'agit d'un vol de ligne ou charter régulier à caractère civil ;
- d'une émeute, de troubles civils, de grèves et de tout acte de violence collectif à caractère politique, idéologique ou social, accompagnés ou non de rébellion contre les autorités, sauf si le(s) Bénéficiaire(s) prouve(nt) que l'Assuré soit n'y a d'aucune manière pris part activement, soit se trouvait en état de légitime défense, soit n'est intervenu qu'en tant que membre de la force engagée par les autorités pour le maintien de l'ordre ;
- d'une guerre ou de tout fait analogue et d'une guerre civile ; si le décès de l'Assuré survient dans un pays étranger où des hostilités sont en cours, il faut distinguer deux cas:
 - 1) si le conflit éclate durant le séjour de l'assuré, la couverture est accordée pour autant que l'assuré ne participe pas activement aux hostilités ;
 - 2) si l'Assuré se rend dans un pays où un conflit armé est en cours, la couverture ne peut être accordée que moyennant le paiement d'un éventuel supplément de prime et l'accord écrit de la Compagnie et pour autant que l'Assuré ne participe pas activement aux hostilités ;
- de propriétés radioactives, chimiques, bactériologiques, toxiques, explosives ou autres propriétés dangereuses des combustibles nucléaires, produits ou déchets radioactifs, chimiques ou bactériologiques, sauf lorsqu'il est la conséquence d'actes répondant à la notion de terrorisme telle qu'elle est définie par la loi du 1^{er} avril 2007 relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme ; le décès n'est pas couvert par le présent contrat lorsqu'il est causé par des armes ou engins qui sont destinés à exploser à la suite de la modification du noyau atomique.

21.3. 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.

21.4. 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.

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 22 - 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 23 - Accident

23.1. Généralités

Un accident est une action soudaine d’une force extérieure sur l’organisme de l’Assuré, indépendante de sa volonté, qui occasionne une atteinte à son intégrité physique.

Ne sont pas considérés comme accidents :

- les maladies, quelle qu’en soit la cause, ainsi que les lésions corporelles provoquées directement ou indirectement par elles (p.ex. les attaques d’apoplexie, d’épilepsie, ...)
- les conséquences d’interventions chirurgicales qui n’ont pas été nécessitées par un accident ;
- les contaminations, intoxications et empoisonnements, qui ne sont pas la conséquence d’un accident, à l’exception de la septicémie prévue par extension conformément à l’article 23.2.

23.2. Extension

Par extension, sont cependant considérées comme accidents :

- une atteinte à l’intégrité physique due à l’inhalation involontaire de gaz ou de vapeurs ou à l’absorption par erreur de substances toxiques ;
- une atteinte à l’intégrité physique encourue en état de légitime défense ;
- la noyade ;
- une septicémie qui est la conséquence directe d’une blessure externe ;
- les morsures d’animaux, sauf celles causées par des animaux apprivoisés ou de compagnie, et les piqûres d’insectes ;
- la foudre.

Article 24 - 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 31.

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 25 - 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 17.2.2. concernant les garanties principales.

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

- une quittance signée par le Preneur d'assurance;
- une copie recto/verso de la carte d'identité du Preneur d'assurance.

Article 26 - 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 27 - Risques exclus

La Compagnie n'accorde pas de couverture dans le cadre de la garantie complémentaire décès par accident suite à un risque qui serait exclu dans le cadre des autres couvertures en cas de décès conformément à l'article 21.2, appliqué tant au décès qu'à l'accident, pour autant que les articles relatifs à la garantie complémentaire décès par accident n'y dérogent pas, ou si le décès est causé par un accident qui est lui-même la conséquence directe ou indirecte d'une des circonstances suivantes dans laquelle l'Assuré se trouve au moment de l'accident :

- la participation à des méfaits, rixes ou disputes (sauf en cas de légitime défense) et des actes téméraires (sauf en cas de sauvetage de personnes ou de biens immobiliers) ;
- une circonstance ayant un rapport avec un événement de guerre ;
- l'usage compétitif (essais, entraînements, rallyes et raids compris) ou professionnel, même en tant que passager, d'une motocyclette d'une cylindrée de plus de 50 cm³, à l'exception du chemin du travail ;

- l'exercice d'une des activités professionnelles suivantes: acrobates, dompteurs, plongeurs, scaphandriers, boxeurs, lutteurs, catcheurs ou tout sport qui comprend la mise hors de combat d'un adversaire, bûcherons, élagueurs, pompiers ; toute profession qui implique une des activités suivantes: le fait de monter sur des toits, sur des échelles de plus de 4 mètres, sur des échafaudages, la construction et le démontage d'échafaudages ; la descente dans des puits, des mines ou des carrières, le travail sur des chantiers de démolition, sur des installations électriques à haute tension ; l'utilisation, le transport, la manipulation et la fabrication de pièces pyrotechniques, d'explosifs ou de produits corrosifs ; des activités professionnelles de l'aviation ou de la navigation maritime ; l'utilisation de rayons X ou de radio-isotopes ;
- la pratique de tout sport dangereux tel que par exemple le yachting en mer à plus de 3 miles marins de la côte, l'alpinisme, la spéléologie, la boxe, le karaté, le jiu-jitsu, la lutte ou tout autre sport qui comprend la mise hors de combat d'un adversaire, la chasse, le bobsleigh, la plongée sous-marine, le parachutisme, le "skeleton", le saut à ski, le saut d'obstacles, le rugby, la nage ou la plongée avec un masque à oxygène autonome, le saut de trampoline, le rafting, le saut à l'élastique, le deltaplane, l'ULM, tout sport en compétition avec des animaux ou des véhicules de navigation, des motos, des autos ou n'importe quel autre véhicule qui engendre des risques analogues ;
- la participation à des courses, à des concours et des essais de vitesse, ainsi que pendant les entraînements en vue de ceux-ci ou à l'occasion de paris et de défis ;
- l'alcoolisme, la toxicomanie, l'usage abusif de médicaments ou de toute autre drogue, de stupéfiants ou de substances psycho-actives qui n'ont pas été prescrits pour des raisons médicales ;
- des tremblements de terre, des éruptions volcaniques, des cyclones, des raz-de-marée, des inondations, des glissements de terrain, des affaissements de terrain ou d'autres catastrophes naturelles ;
- de propriétés radioactives, chimiques, bactériologiques, toxiques, explosives ou autres propriétés dangereuses des combustibles nucléaires, produits ou déchets radioactifs, chimiques ou bactériologiques, sauf lorsqu'il est la conséquence d'actes répondant à la notion de terrorisme telle qu'elle est définie par la loi du 1er avril 2007 relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme ; le décès n'est pas couvert par le présent contrat lorsqu'il est causé par des armes ou engins qui sont destinés à exploser à la suite de la modification du noyau atomique ;
- 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 ;
- survenu pendant des opérations militaires ;
- d'un accident d'aéronef sur lequel l'Assuré a embarqué comme passager ou comme membre d'équipage, sauf s'il s'agit d'un vol de ligne ou charter régulier à caractère civil ;
- 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 28 - 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 fautive 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 29 - 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 30 - 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, le Preneur d'assurance 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 d'intervenir lorsque les obligations en matière de déclaration et de communication d'information concernant l'accident ne sont pas respectées dans une intention frauduleuse.

Article 31 - 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 au Preneur d'assurance.

En cas de contestation de cette décision par le Preneur d'assurance, celui-ci doit communiquer son désaccord par écrit dans les 15 jours suivant la notification par la Compagnie de la décision.

Des contestations concernant le degré d'invalidité ou la nature permanente de celle-ci peuvent, pour autant que les parties marquent explicitement leur accord écrit à ce sujet au plus tôt au moment où la contestation naît, être tranchées 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 32 - Fin de la garantie

La présente garantie prend fin 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'une requête écrite, datée et signée, adressée à son intermédiaire d'assurances, et accompagnée d'une copie recto/verso de la carte d'identité.

Cette modification est confirmée par un avenant au Contrat.

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 résiliation 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 33 - Objet des garanties

33.1. 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 pendant l’invalidité et proportionnellement à son degré. L’indexation éventuelle des Versements est suspendue pendant la durée de l’invalidité.

33.2. 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 pendant l’invalidité et proportionnellement à son degré. L’indexation éventuelle de la rente est suspendue pendant la durée de l’invalidité

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 34 - Accident

34.1. Généralités

Un accident est une action soudaine d’une force extérieure sur l’organisme de l’Assuré, indépendante de sa volonté, qui occasionne une atteinte à son intégrité physique.

Ne sont pas considérés comme accidents :

- les maladies, quelle qu’en soit la cause, ainsi que les lésions corporelles provoquées directement ou indirectement par elles (p.ex. les attaques d’apoplexie, d’épilepsie, ...)
- les conséquences d’interventions chirurgicales qui n’ont pas été nécessitées par un accident ;
- les contaminations, intoxications et empoisonnements, qui ne sont pas la conséquence d’un accident, à l’exception de la septicémie prévue par extension conformément à l’article 34.2.

34.2. Extension

Par extension, sont cependant considérées comme accidents :

- une atteinte à l’intégrité physique due à l’inhalation involontaire de gaz ou de vapeurs ou à l’absorption par erreur de substances toxiques ;
- une atteinte à l’intégrité physique encourue en état de légitime défense ;
- la noyade ;
- une septicémie qui est la conséquence directe d’une blessure externe ;

- les morsures d'animaux, sauf celles causées par des animaux apprivoisés ou de compagnie, et les piqûres d'insectes ;
- la foudre.

Article 35 - 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 41.

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 36 - Paiement des prestations assurées

La Compagnie n'intervient qu'après expiration d'un délai de carence d'un mois 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.

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 37 - 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 38 - Risques exclus

La Compagnie n'accorde pas de couverture si l'invalidité résulte directement ou indirectement :

- d'une tentative de suicide de l'assuré sauf s'il se produit plus d'un an après l'entrée en vigueur du contrat, sa remise en vigueur ou l'augmentation des prestations assurées qui n'aurait pas été prévue dès l'entrée en vigueur du contrat ; dans les deux derniers cas, l'exclusion ne concerne que la prestation ayant fait l'objet de la remise en vigueur ou de l'augmentation ;
- d'un crime ou d'un délit intentionnel dont l'Assuré est auteur ou co-auteur et dont il a pu prévoir les conséquences, de la participation de l'Assuré à des paris ou des défis ;
- d'un accident d'aéronef sur lequel l'Assuré a embarqué comme passager ou comme membre d'équipage, sauf s'il s'agit d'un vol de ligne ou charter régulier à caractère civil ;
- d'émeutes, de troubles civils, de grèves, d'actes de terrorisme auxquels l'Assuré a participé comme auteur, co-auteur ou complice, de tous actes de violence collective, d'inspiration politique, idéologique ou sociale, accompagnés ou non de rébellion contre les autorités, sauf si l'Assuré prouve que, soit, il n'y a pas pris part activement, soit qu'il se trouvait dans un état de légitime défense, soit qu'il n'est intervenu qu'en tant que membre de la force engagée par les autorités pour le maintien de l'ordre ;
- d'une guerre ou de tout fait analogue et d'une guerre civile ; si l'invalidité de l'Assuré survient dans un pays étranger où des hostilités sont en cours, il faut distinguer deux cas :
 - si le conflit éclate durant le séjour de l'Assuré, la couverture est accordée pour autant que l'Assuré ne participe pas activement aux hostilités ;
 - si l'Assuré se rend dans un pays où un conflit armé est en cours, la couverture ne peut être accordée que moyennant le paiement d'un éventuel supplément de prime et l'accord écrit de la compagnie et pour autant que l'Assuré ne participe pas activement aux hostilités ;
- de tout fait ou succession de faits de même cause qui résulte ou est la conséquence de sources de radiations ionisantes, de combustibles nucléaires ou de produits ou déchets radioactifs ;
- de la participation à des méfaits, rixes ou disputes (sauf en cas de légitime défense) et des actes téméraires (sauf en cas de sauvetage de personnes ou de biens immobiliers) ;
- l'usage compétitif (essais, entraînements, rallyes et raids compris) ou professionnel, même en tant que passager, d'une motocyclette d'une cylindrée de plus de 50 cm³, à l'exception du chemin du travail ;
- de l'exercice d'une des activités professionnelles suivantes : acrobates, dompteurs, plongeurs, scaphandrier, boxeurs lutteurs, catcheurs ou tout sport qui comprend la mise hors de combat d'un adversaire, bûcherons, élagueurs, pompiers ; toute profession qui implique une des activités suivantes : le fait de monter sur des toits, sur des échelles de plus de 4 mètres, sur des échafaudages, la construction et le démontage d'échafaudages ; la descente dans des puits, des mines ou des carrières, le travail sur des chantiers de démolition, sur des installations électriques à haute tension ; l'utilisation, le transport, la manipulation et la fabrication de pièces pyrotechniques, d'explosifs ou de produits corrosifs ; des activités professionnelles de l'aviation ou de la navigation maritime ; l'utilisation de rayons X ou de radio-isotopes ;
- de la pratique de tout sport dangereux tel que le yachting en mer à plus de 3 miles marins de la côte, l'alpinisme, la spéléologie, la boxe, le karaté, le jiu-jitsu, la lutte ou tout autre sport qui comprend la mise hors de combat d'un adversaire, la chasse, le bobsleigh, la plongée sous-marine, le parachutisme, le 'skeleton', le saut à ski, le saut d'obstacles, le rugby, la nage ou la plongée avec un masque à oxygène autonome, le saut de trampoline, le rafting, le saut à l'élastique, le deltaplane, l'ULM, tout sport en compétition avec des animaux ou des véhicules de navigation, des motos, des autos ou n'importe quel autre véhicule qui engendre des risques analogues ;
- de la participation à des courses, à des concours et essais de vitesse, ainsi que pendant les entraînements en vue de ceux-ci ou à l'occasion de paris et de défis ;
- d'un état d'hallucination, d'ivresse ou d'intoxication alcoolique soit lorsque le taux d'alcool dans le sang s'élève au taux d'alcoolémie défini dans le Code de la route en vigueur au jour du sinistre, ou d'intoxication analogue résultant de l'utilisation de drogues ou de produits hallucinogènes ;
- des tremblements de terre, des éruptions volcaniques, des cyclones, des raz-de-marée, des inondations, des glissements de terrain, des affaissements de terrain ou d'autres catastrophes naturelles ;
- de propriétés radioactives, chimiques, bactériologiques, toxiques, explosives ou autres propriétés dangereuses des combustibles nucléaires, produits ou déchets radioactifs, chimiques ou bactériologiques, sauf lorsqu'elle est

la conséquence d'actes répondant à la notion de terrorisme telle qu'elle est définie par la loi du 1er avril 2007 relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme ; l'invalidité n'est pas couverte par le présent contrat lorsqu'elle est causée par des armes ou engins qui sont destinés à exploser à la suite de la modification du noyau atomique ;

- d'alcoolisme, de toxicomanie, d'usage abusif de médicaments ou de toute autre drogue, stupéfiant ou substance psycho-active non prescrite médicalement ;
- d'une affection allergique qui ne représente pas un degré d'invalidité physiologique de plus de 25% ;
- d'un 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 ;
- des traitements que l'Assuré s'est appliqué à lui-même, à l'exception des actes normaux de soins personnels ;
- 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.
- des lésions physiologiques dont les symptômes s'étaient déjà manifestés et avaient été constatés par un diagnostic médical avant la conclusion du contrat ou l'extension éventuelle des garanties ou dans les deux années consécutives.

Par dérogation au délai de carence tel que défini à l'article 35, l'invalidité résultant du burn-out, du syndrome de la fatigue chronique, de la fibromyalgie, de troubles liés au stress ou de troubles psychiques fonctionnels non directement objectivables par des répercussions organiques ne sont couvertes qu'après l'expiration d'un délai de carence d'un an et pour une durée maximale de deux ans. Les conditions particulières ne peuvent pas déroger aux règles prévues dans ce paragraphe.

Seules les affections psychiques ou nerveuses répondant à toutes les conditions suivantes sont indemnisées sans restriction :

- un psychiatre reconnu en Belgique a établi le diagnostic de manière formelle ;
- ce diagnostic est basé sur des symptômes organiques et répond aux critères du système de référence au niveau international, le DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4e édition ou versions ultérieures) ;
- l'affection fait partie de la liste limitative reprise ci-après :
 - Dépression majeure
 - Trouble bipolaire
 - Trouble psychotique
 - Trouble d'anxiété généralisé
 - Trouble dissociatif
 - Trouble obsessionnel-compulsif
 - Schizophrénie
 - Anorexie nerveuse
 - Boulimie nerveuse

Article 39 - 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 40 - 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 le plus vite possible à la Compagnie par l'intermédiaire d'assurance 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 l'intermédiaire d'assurance via 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 41 - 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 à la suite d'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.

L'Assuré autorisera le(s) médecin(s) traitant(s) à fournir à la Compagnie tous renseignements que celle-ci pourrait lui demander et consent à toute enquête ou examen médical par un médecin désigné par la Compagnie.

La Compagnie peut refuser d'intervenir 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 42 - 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 au Preneur d'assurance.

En cas de contestation de cette décision par le Preneur d'assurance, celui-ci doit notifier son désaccord par écrit dans les 15 jours suivant la notification par la Compagnie de la décision.

Des contestations concernant le degré d'invalidité ou la nature permanente de celle-ci peuvent, pour autant que les parties marquent explicitement leur accord écrit à ce sujet au plus tôt au moment où la contestation naît, être tranchées 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 des garanties

Les présentes garanties prennent fin à la même date que les garanties principales et au plus tard au 65^{ème} 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'une requête écrite, datée et signée, adressée à son intermédiaire d'assurances, et accompagnée d'une copie recto/verso de la carte d'identité.

Cette modification est confirmée par un avenant au Contrat.

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 résiliation des garanties complémentaires invalidité.

CHAPITRE 7 – DIVERS

Article 44 - Couverture du risque de terrorisme

On entend par Terrorisme : une action ou une menace d'action clandestine organisée qui a pour objectif de promouvoir une cause idéologique, politique, ethnique ou religieuse, menée individuellement ou par un groupe, au cours de laquelle il est fait usage de violence sur des personnes ou la valeur économique d'un bien matériel ou immatériel est partiellement ou totalement détruite, ou d'impressionner l'opinion publique, de créer un climat d'insécurité ou de faire pression sur les autorités, ou encore d'entraver le bon fonctionnement d'un service ou d'une entreprise.

La Compagnie couvre les dommages causés par le terrorisme et est membre de l'ASBL TRIP (www.tripvzw.be). Conformément à la loi du 1er avril 2007 relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme, les engagements de l'ensemble des compagnies d'assurance qui sont membres de l'ASBL sont limités à 1 milliard d'euros par année civile pour les dommages causés par tout événement reconnu comme acte de terrorisme, survenu au cours de l'année civile en question.

Ce montant est adapté le 1er janvier de chaque année en fonction de l'évolution de l'indice des prix à la consommation, en se référant à l'indice de décembre 2005. En cas de modification légale ou réglementaire du montant de base, le nouveau montant s'appliquera automatiquement à partir de la première échéance suivant la modification, à moins que le législateur ne prévoie explicitement une autre disposition transitoire.

Si le total des indemnités calculées ou estimées excède le montant visé à l'alinéa précédent, une règle de proportionnalité est appliquée : les indemnités à payer sont limitées à concurrence du rapport entre le montant visé à l'alinéa précédent ou les moyens encore disponibles pour l'année civile en question et le total des indemnités à payer imputé à ladite année civile.

Conformément à la loi susmentionnée du 1er avril 2007, le Comité décide si un événement répond à la définition de terrorisme. Afin que le montant cité aux alinéas 2, 3 et 4 ci-dessus 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'ASBL 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(s) Bénéficiaire(s) ne peut faire valoir auprès de la Compagnie son droit à l'indemnisation qu'après que le Comité a fixé le pourcentage. La Compagnie paie le montant assuré conformément au pourcentage fixé par le Comité.

Article 45 - Compétence en cas de plainte éventuelle ?

Toute plainte éventuelle relative au Contrat peut être adressée :

- à Delta Lloyd Life, Service de l'Ombudsman, Avenue Fonsny, 38 à 1060 Bruxelles, ombudsman@deltalloydlife.be en première instance,
- ou à l'Ombudsman des assurances, Square de Meeûs, 35 à 1000 Bruxelles, www.ombudsman.as, en dernier ressort,

sans préjudice du droit pour le Preneur d'assurance d'intenter une action en justice.

Les éventuelles contestations en justice relatives au Contrat relèvent exclusivement de la compétence des tribunaux belges.

Article 46 - 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.

Article 47 - Protection de la vie privée

Dans le cadre de la loi du 8 décembre 1992 sur la protection de la vie privée, les données à caractère personnel mentionnées au Contrat peuvent être traitées par la Compagnie, en tant que responsable du traitement, en vue de et dans le cadre de la fourniture et de la gestion de services d'assurance en général. Le Preneur d'assurance peut s'opposer expressément à toute forme de marketing direct.

Le Preneur d'assurance peut consulter le Registre public des traitements automatisés (tenu auprès de la Commission de la protection de la vie privée) et a un droit d'accès et de rectification des données à caractère personnel.

La Compagnie ne communiquera ces données à des tiers qu'en cas d'obligation légale, ainsi qu'à Datassur G.I.E. (Square de Meeûs, 29, à 1000 Bruxelles) pour la gestion des risques.

Article 48 - Données médicales

Le Preneur d'assurance (et l'Assuré) marque(nt) son (leur) accord sur le fait que la Compagnie traite les données médicales mentionnées au Contrat, en vue et dans le cadre de la fourniture et de la gestion des services d'assurance. Les données relatives à la santé peuvent uniquement être traitées sous la responsabilité d'un professionnel des soins de santé et l'accès à ces données est limité aux personnes qui en ont besoin pour l'exercice de leurs tâches.

La Compagnie ne communiquera pas ces données à des tiers, sauf si ces tiers sont mandatés par la Compagnie et se sont engagés vis-à-vis d'elle à une même obligation de confidentialité. Le Preneur d'assurance (et l'Assuré) marque(nt) cependant son (leur) accord pour que la Compagnie communique ces données, pour autant qu'il y ait dans le chef de la Compagnie une obligation légale.

L'Assuré marque son accord irrévocable pour que son médecin traitant délivre une attestation indiquant la cause du décès au médecin de la Compagnie, conformément à l'article 95 de la loi sur le contrat d'assurance terrestre.

Article 49 - Fonds dormants

La Compagnie peut porter en compte des frais pour :

- les vérifications visant à déterminer si l'Assuré est toujours en vie ;
- les vérifications visant à déterminer si le risque est couvert ;
- les recherches des Bénéficiaires.

Les frais qui peuvent être portés en compte ne peuvent pas excéder 5 % des prestations assurées, y compris les Participations Bénéficiaires et les taxes.

La Compagnie portera en compte les frais au plus tard au moment du transfert des prestations assurées à la Caisse des Dépôts et Consignations ou du paiement des prestations assurées au(x) Bénéficiaire(s).

Article 50 - 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 51 - Notification

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

Les notifications au Preneur d'assurance et, le cas échéant, au Bénéficiaire acceptant et/ou cessionnaire sont valablement faites à la dernière adresse connue par la Compagnie.

Article 52 - Monnaie du Contrat

Le Contrat est émis en Euro.

CG STR F FR04/14

Entreprise d'assurances agréée sous le n° de code 167 pour les branches vie 21, 22, 23 et 27, la branche 26 capitalisation ainsi que toutes les branches IARD sauf crédit, caution et assistance (A.R. 29.3.79 - 18.1.82 - 17.10.88 - 30.3.93 - M.B. 14.7.79 - 23.1.82 - 4.11.88 - 7.5.93 - 10.8.03) - dont le siège social est situé Avenue Fonsny 38, 1060 Bruxelles, Belgique – TVA BE 0403 280 171- RPM Bruxelles –Delta Lloyd Bank : 646-0302680-54 - IBAN BE42 6460 3026 8054- BIC BNAGBEBB. La FSMA (Financial Services and Markets Authority) est l'autorité belge qui exerce le contrôle du secteur financier. Elle a son siège Rue du Congrès 12-14, 1000 Bruxelles.

www.deltalloydlife.be
info@deltalloydlife.be