



UNIVERSAL LIFE

Épargne-pension Épargne à long terme ou Épargne libre

Conditions générales - PV 001/0305 -2018.06.01



Table des matières

CHAPITRE 1 – ELEMENTS DU PRESENT CONTRAT D'ASSURANCE	3
CHAPITRE 2 – FONCTIONNEMENT DU CONTRAT D'ASSURANCE	4
Article 1 – Garantie de l'assurance	4
Article 2 – Date de prise d'effet	5
Article 3 – Paiement des primes	5
Article 4 – Transfert de reserves	6
Article 5 – Bénéficiaires.....	7
Article 6 – Délai de réflexion	7
Article 7 – Modification du contrat d'assurance.....	8
Article 8 – Cessation du paiement des primes	8
Article 9 – Remise en vigueur.....	8
Article 10 – Versement des prestations assurées	9
Article 11 – Dispositions spécifiques concernant le fonds de placement de la branche 23.....	11
Article 12 – Transfert des droits en cas de décès du preneur d'assurance	12
Article 13 – Contrat d'assurance avec deux preneurs d'assurance.....	12
Article 14 – Déclaration du risque par le preneur d'assurance et l'assuré.....	13
CHAPITRE 3 – ETENDUE DE LA GARANTIE EN CAS DE DECES.....	14
Article 15 – Garantie à l'échelle mondiale	14
Article 16 – Risques exclus	14
CHAPITRE 4 – GARANTIES COMPLEMENTAIRES.....	15
Article 17 – Assurance complémentaire accidents.....	15
Article 18 – Assurance complémentaires incapacité de travail.....	18
Article 19 – Dispositions générales relatives aux assurances complémentaires.....	25
CHAPITRE 5 – TERRORISME.....	26
CHAPITRE 6 – JURIDICTION, DROIT APPLICABLE ET DISPOSITIONS FISCALES.....	27
Article 20 – Juridiction.....	27
Article 21 – Droit applicable et dispositions fiscales	27
CHAPITRE 7 – COMMUNICATIONS.....	28
Article 22 – Notifications.....	28
Article 23 – Résidence.....	28
Article 24 – Echange de renseignements fiscaux	28
Article 25 – Personnes politiquement exposées	29
DEFINITIONS ET NOTIONS.....	30
MENTIONS LEGALES.....	31

UNIVERSAL LIFE

CHAPITRE I – ELEMENTS DU PRESENT CONTRAT D'ASSURANCE

Le présent contrat d'assurance est une assurance vie dans le cadre de laquelle les primes peuvent être investies dans un support de la branche 21 et/ou dans un support de la branche 23, sauf mention contraire dans les Conditions particulières.

- Support de la branche 21 : les primes nettes destinées à ce support sont investies dans un tarif de la branche 21 s'assortissant d'un taux d'intérêt garanti déterminé ou d'un taux d'intérêt de zéro %.
- Support de la branche 23 : les primes nettes destinées à ce support sont affectées à l'acquisition d'unités dans un fonds de placement de la branche 23.

Le contrat d'assurance peut également prévoir une garantie supplémentaire en cas de décès et des garanties complémentaires : une assurance complémentaire accidents et/ou une assurance complémentaire incapacité de travail.

La garantie supplémentaire et/ou les garanties complémentaires choisie(s) est (sont) stipulée(s) dans les Conditions particulières.

En concluant ce contrat d'assurance, le preneur d'assurance peut opter pour une épargne pouvant offrir un avantage fiscal (Épargne-pension ou Épargne à long terme) ou une épargne ne procurant aucun avantage fiscal sur le versement des primes (Épargne libre).

Le contrat d'assurance se compose des Conditions générales, des Conditions particulières et de la Fiche d'information relative à ce produit.

Les aspects de gestion des fonds de placement de la branche 23 sont expliqués dans le Règlement de gestion. Le Règlement de gestion des fonds de placement de la branche 23 comprend notamment une description de la politique d'investissement de ces fonds internes, la fixation et l'affectation des revenus, les règles de valorisation de l'actif, la méthode de fixation de la valeur d'inventaire, la méthode de calcul des frais et les informations concernant la classe de risque de ces fonds internes.

En cours de contrat, le contenu du Règlement de gestion des fonds de placement internes de la branche 23 peut être sujet à des adaptations. C'est la raison pour laquelle, si le preneur d'assurance souhaite à un moment donné des informations sur les fonds internes disponibles dans le cadre du support de la branche 23 ou sur un autre sujet qui est abordé dans ce règlement, le preneur d'assurance est invité à consulter sur le site internet de la compagnie le Règlement de gestion en vigueur à ce moment-là ou à s'informer auprès de l'intermédiaire d'assurances. Ce Règlement de gestion est également disponible au siège social.

CHAPITRE 2 – FONCTIONNEMENT DU CONTRAT D'ASSURANCE

Article I – Garantie de l'assurance

I.1. Constitution de réserve dans le support de la branche 21

La réserve du support de la branche 21 est constituée par la capitalisation des primes nettes investies dans le support de la branche 21, augmentée de la capitalisation des participations bénéficiaires éventuelles attribuées, et déduction faite des primes de risque pour l'éventuelle garantie supplémentaire en cas de décès, des frais de gestion annuels et des éventuels rachats partiels et indemnités de rachat.

Le preneur d'assurance peut opter pour un taux d'intérêt garanti déterminé ou un taux d'intérêt de zéro %. En fonction de ce choix, les primes nettes destinées au support de la branche 21 sont capitalisées à un taux d'intérêt garanti déterminé d'application au moment de la réception ou à un taux d'intérêt de zéro %. Pour les primes investies dans le support de la branche 21, le taux d'intérêt du moment de la réception du versement, est garanti durant toute la période pendant laquelle ces primes nettes sont investies sans interruption dans le support de la branche 21.

I.2. Constitution de réserve dans le support de la branche 23

La réserve de ce support est constituée des primes nettes investies dans le support de la branche 23 et est réduite de l'indemnité de gestion et des frais mentionnés à l'article 11 ainsi que des éventuels rachats partiels et indemnités de rachat. La prime nette destinée au support de la branche 23 sert à l'acquisition d'unités dans le fonds de placement choisi de la branche 23. La réserve est déterminée par le nombre d'unités du fonds choisi à multiplier par la valeur d'inventaire de cette unité.

Chaque fonds vise la croissance par le biais d'une diversification dans différents instruments financiers. En dépit de toutes les mesures prises pour atteindre les objectifs fixés, l'investissement dans ces fonds reste sujet à certains risques. Aucune garantie formelle ne peut donc être octroyée.

La valeur du fonds peut fluctuer dans le temps. Le risque financier qui y est lié est supporté par le preneur d'assurance.

I.3. Participation aux bénéfices

§1^{er}. Réserve constituée dans le support de la branche 21

Le support de la branche 21 donne éventuellement droit à participation aux bénéfices pour autant que l'on ait satisfait aux conditions minimales telles que définies dans le dossier de participation bénéficiaire de la compagnie communiqué aux autorités de contrôle et dans la Fiche d'information relative à ce produit. Ces conditions peuvent changer en cours de contrat. Le pourcentage de la participation bénéficiaire varie d'une année à l'autre et n'est pas garanti.

Pour les contrats d'assurance qui ont été donnés en gage, le droit à la participation bénéficiaire s'éteint pour la partie de la (des) réserve(s) correspondant au montant de la mise en gage.

La participation bénéficiaire attribuée est entièrement capitalisée au taux d'intérêt garanti valable au moment de l'attribution de cette participation bénéficiaire, ou à un taux d'intérêt de zéro %.

§2. Réserve constituée dans le support de la branche 23

Ce support n'entre pas en ligne de compte pour la participation bénéficiaire.

I.4. Garantie en cas de vie

En cas de vie de l'assuré à la date d'expiration du contrat d'assurance, le bénéficiaire en cas de vie reçoit les réserves constituées du support de la branche 21 et du support de la branche 23, comprenant la (les) participation(s) aux bénéfices attribuée(s), après déduction des retenues fiscales et parafiscales requises.

I.5. Garantie en cas de décès

En cas de décès de l'assuré avant la date d'expiration du contrat d'assurance, le bénéficiaire en cas de décès reçoit les réserves du support de la branche 21 et du support de la branche 23 constituées au moment du décès, comprenant la (les) participation(s) aux bénéfices attribuée(s), après déduction des retenues fiscales et parafiscales requises.

1.6. Garantie supplémentaire en cas de décès

Si les Conditions particulières prévoient une garantie supplémentaire en cas de décès de type « capital décès minimum », le bénéficiaire en cas de décès reçoit le capital décès minimum tel que mentionné dans les Conditions particulières ou, si celles-ci sont supérieures, les réserves constituées au moment du décès, la (les) participation(s) aux bénéfices attribuée(s) incluse(s), après déduction des retenues fiscales et parafiscales requises.

La garantie supplémentaire éventuelle en cas de décès est financée mensuellement par un prélèvement anticipatif de son coût pour le mois en cours des réserves constituées. Ce coût est calculé mensuellement sur la base du capital décès assuré diminué des réserves constituées, et est retenu aussi longtemps que les réserves constituées sont inférieures au montant assuré de la garantie supplémentaire en cas de décès.

Article 2 – Date de prise d'effet

Le contrat d'assurance prend cours à la date de prise d'effet telle que mentionnée aux Conditions particulières, mais au plus tôt après la signature du contrat d'assurance par les parties intéressées et après réception de la première prime.

Sauf en cas de fraude, le contrat d'assurance est incontestable à partir de sa prise d'effet, sous réserve des dispositions applicables aux assurances complémentaires incapacité de travail concernant la communication du risque par le preneur d'assurance et l'assuré (voir article 18.14).

Article 3 – Paiement des primes

Le preneur d'assurance est invité à payer des primes aux dates convenues dans les Conditions particulières. Elles peuvent être complétées par le paiement d'une prime unique supplémentaire. Le preneur d'assurance ne peut en aucun cas être obligé à effectuer les paiements. Le paiement se fait directement sur l'un des différents comptes en banque de la compagnie.

La compagnie se réserve le droit de déterminer un montant minimum et un montant maximum pour les primes récurrentes mais aussi pour les primes uniques.

3.1. Choix et modification de la répartition de la prime

Le preneur d'assurance peut investir l'intégralité de la prime nette soit dans le support de la branche 21, soit dans le support de la branche 23 ou dans une combinaison des deux. Si le preneur d'assurance souhaite répartir sa prime entre le support de la branche 21 et le support de la branche 23, au moins 10 % de la prime nette doivent être investis dans chaque support.

La répartition d'une prime unique initiale est identique à celle des primes récurrentes. Une autre répartition peut, sur demande, s'appliquer à une prime unique supplémentaire.

Le choix de répartition des primes est mentionné dans les Conditions particulières.

Moyennant le respect des dispositions légales liées au profil de risque et des éventuelles restrictions fiscales, le preneur d'assurance dispose toujours du droit de choisir l'investissement de ses primes nettes de la façon suivante:

- a) pour le support de la branche 21, il peut choisir le taux d'intérêt dans l'offre en vigueur à ce moment, à savoir un taux d'intérêt garanti déterminé ou un taux d'intérêt de zéro %. Ce choix peut être modifié ultérieurement en cours de contrat. Les primes nettes ne peuvent en outre être investies que dans un seul type de taux d'intérêt (taux d'intérêt garanti déterminé ou zéro %);
- b) il peut choisir de répartir l'investissement de ses primes nettes entre le support de la branche 21 et le support de la branche 23. Ce choix peut être modifié ultérieurement en cours de contrat;
- c) pour le support de la branche 23, il peut choisir un seul fonds de placement parmi l'offre de fonds proposés dans la gamme. Ce choix peut être modifié ultérieurement en cours de contrat. En cas de changement de fonds, l'intégralité de la réserve constituée dans le support de la branche 23 est transférée vers le fonds de placement choisi de la branche 23 (voir les dispositions à l'article 4 concernant le transfert de réserves).

Le preneur d'assurance peut modifier la répartition de la prime par le biais d'une lettre datée et signée, accompagnée d'une copie R/V de sa carte d'identité.

En cas de changement de la répartition de la prime, le changement intervient au plus tôt à la première échéance de prime qui suit.

3.2. Octroi des primes

Pour le support de la branche 21, la capitalisation de la prime nette commence dès le lendemain de sa réception par la compagnie sur l'un des comptes en banque de la compagnie, mais pas avant la date de prise d'effet du contrat d'assurance telle que prévue dans les Conditions particulières.

Pour le support de la branche 23, l'achat des unités du fonds de placement choisi de la branche 23 s'effectue sur la première valorisation publiée le premier jour bancaire ouvrable suivant la réception de la prime par la compagnie sur l'un des comptes en banque de la compagnie, mais pas avant la date de prise d'effet du contrat d'assurance telle que prévue dans les Conditions particulières.

Article 4 – Transfert de réserves

4.1. Transfert de la réserve constituée dans le support de la branche 23

Le preneur d'assurance peut transférer l'intégralité de la réserve du support de la branche 23 d'un fonds de placement de la branche 23 à l'autre à condition d'opter pour ce même fonds de placement de la branche 23 pour les primes futures du support de la branche 23. Un transfert partiel vers un autre fonds de placement de la branche 23 n'est par contre pas possible.

Il peut également transférer tout ou partie de la réserve vers le support de la branche 21 du contrat d'assurance.

§1 Transfert de réserve entre fonds de placement de la branche 23

Le preneur d'assurance a le droit de transférer à tout moment la contre-valeur en euros de ses unités d'un fonds de placement de la branche 23 vers un autre fonds de branche 23 de la gamme proposée, à condition d'opter pour ce même fonds de placement de la branche 23 pour les primes futures du support de la branche 23, et moyennant le respect des dispositions légales liées au profil de risque et des restrictions fiscales.

Dans ce cas, les unités concernées du fonds de placement de la branche 23 sont respectivement vendues et achetées à la première valeur d'inventaire publiée le premier jour bancaire ouvrable suivant la réception par la compagnie de la lettre datée et signée par le preneur d'assurance et d'une copie R/V de la carte d'identité du preneur d'assurance, sauf si le preneur d'assurance choisit une date ultérieure pour le transfert.

§2. Transfert du support de la branche 23 vers le support de la branche 21

Le preneur d'assurance a le droit de transférer à tout moment tout ou partie de la contre-valeur en euros des unités de son fonds de placement de la branche 23 vers le support de la branche 21 de son contrat d'assurance, moyennant le respect des dispositions légales relatives au profil de risque et des restrictions fiscales.

Dans ce cas, les unités concernées du fonds de placement de la branche 23 sont vendues à la première valeur d'inventaire publiée le premier jour bancaire ouvrable suivant la réception par la compagnie de la lettre datée et signée par le preneur d'assurance et d'une copie R/V de la carte d'identité du preneur d'assurance, sauf si le preneur d'assurance choisit une date ultérieure pour le transfert.

En cas de transfert vers le support de la branche 21, on applique sur la réserve transférée du support de la branche 23 soit le taux d'intérêt garanti en vigueur le jour du transfert, soit le taux d'intérêt de zéro %, selon le choix opéré par le preneur d'assurance pour les primes nettes du support de la branche 21.

§3. Frais

Le preneur d'assurance peut procéder une fois par année civile, conformément aux dispositions qui précèdent, à un transfert gratuit (intégral ou partiel) de la réserve constituée dans le support de la branche 23. Ensuite, chaque transfert se fera moyennant le paiement d'une indemnité de 0,5 % de la réserve transférée.

4.2. Transfert de la réserve constituée dans le support de la branche 21

§1 PAS de transfert entre différentes réserves tarifaires de la branche 21

Si le support de la branche 21 contient des réserves constituées à différents taux d'intérêt, ces réserves ne peuvent être transférées dans ce même support vers un autre taux d'intérêt garanti.

§2. Transfert du support de la branche 21 vers le support de la branche 23

Le preneur d'assurance peut toujours, moyennant le respect des dispositions légales liées au profil de risque et des restrictions fiscales, procéder au transfert partiel ou intégral de la réserve du support de la branche 21 vers le support de la branche 23. Si une partie de la prime nette est déjà investie dans un fonds de placement de la branche 23, la réserve du support de la branche 21 ne pourra être transférée que vers le fonds de placement de la branche 23 dans lequel sont investies les primes nettes du support de la branche 23.

En cas de transfert partiel ou intégral du support de la branche 21 vers le support de la branche 23, le transfert porte uniquement sur la réserve de primes du support de la branche 21 et non pas sur la réserve des participations bénéficiaires.

Si la réserve de primes du support de la branche 21 a été constituée sur la base de différents taux d'intérêt, le transfert sera opéré proportionnellement sur les différentes réserves tarifaires.

Les unités du fonds de placement de la branche 23 sont achetées à la première valeur d'inventaire publiée le premier jour bancaire ouvrable suivant la réception par la compagnie de la lettre datée et signée par le preneur d'assurance et d'une copie R/V de la carte d'identité du preneur d'assurance, sauf si le preneur d'assurance choisit une date ultérieure pour le transfert.

§3. Frais

Pour un transfert (intégral ou partiel) de la réserve du support de la branche 21 conformément aux dispositions qui précèdent, les frais suivants sont appliqués : 5% sur la réserve transférée, ce pourcentage diminue de 1% par année au cours des cinq dernières années du contrat d'assurance.

Article 5 – Bénéficiaires

Le preneur d'assurance est libre de désigner le(s) bénéficiaire(s) du contrat d'assurance. Il peut, à tout moment, modifier cette désignation tant que le bénéfice n'a pas été accepté, au moyen d'une lettre datée et signée.

Chaque bénéficiaire peut accepter l'avantage de ce contrat d'assurance. Pour être opposable, cette acceptation ne peut se faire que par un avenant signé par le bénéficiaire, le preneur d'assurance et la compagnie. À partir du moment où cet avenant signé par les trois parties est reçu par la compagnie, le preneur d'assurance ne peut plus modifier le contrat d'assurance ni exercer les droits qui lui sont conférés par le contrat d'assurance sans l'accord explicite du bénéficiaire acceptant.

Article 6 – Délai de réflexion

Le preneur d'assurance a le droit de résilier son contrat d'assurance dans les trente jours à compter de sa prise d'effet. Si ce contrat d'assurance est utilisé comme garantie pour un crédit, le preneur d'assurance a le droit de résilier le contrat d'assurance dans les trente jours après la notification selon laquelle le crédit ne lui sera pas attribué.

Dans les deux cas, la résiliation doit se faire par lettre recommandée, par exploit d'huissier ou par remise de la lettre de résiliation en échange d'un accusé de réception. La date de dépôt à la poste, la date de notification ou la date mentionnée sur l'accusé de réception fait office de date de résiliation. Le cas échéant, le preneur d'assurance devra renvoyer à la compagnie l'exemplaire du contrat d'assurance en sa possession ou, à défaut, une déclaration de perte signée.

Pour le support de la branche 21, la compagnie rembourse les primes payées, diminuées des montants éventuellement utilisés pour couvrir le risque.

Pour le support de la branche 23, la compagnie rembourse la valeur des unités attribuées, majorée des frais d'entrée payés et diminuée des montants éventuellement utilisés pour couvrir le risque. La valeur des unités attribuées est calculée sur la base de la première valeur d'inventaire publiée le premier jour bancaire ouvrable à compter de la réception de l'avis de résiliation officiel.

Article 7 – Modification du contrat d'assurance

La compagnie ne peut apporter aucune modification unilatérale aux Conditions générales et particulières du contrat d'assurance.

Le preneur d'assurance peut à tout moment demander par écrit une modification de son contrat d'assurance. La compagnie confirme toute adaptation en établissant de nouvelles Conditions particulières ou en établissant un avenant aux Conditions particulières.

La modification prend effet à la date mentionnée dans lesdits documents, mais au plus tôt après la signature des nouvelles Conditions particulières ou de l'avenant et après la réception de la prime éventuellement modifiée.

L'augmentation des prestations assurées est soumise aux conditions en vigueur au moment de l'adaptation.

Article 8 – Cessation du paiement des primes

Lorsqu'aucun paiement n'est enregistré pendant une période correspondant à une année civile ou que le preneur d'assurance a déclaré cesser le paiement des primes, la compagnie n'enverra plus d'invitations de paiement.

Le contrat d'assurance sera réduit avec maintien des éventuelles garanties supplémentaires en cas de décès et utilisation à cet effet de la réserve disponible dans le contrat d'assurance jusqu'à épuisement de celle-ci.

En cas d'arrêt du paiement des primes, la compagnie met fin aux éventuelles garanties complémentaires dans un délai de trente jours après l'envoi d'une lettre recommandée adressée par la compagnie au preneur d'assurance. Dans ce cas, tout droit à indemnité pour cause d'une rechute d'une incapacité de travail antérieure, cesse également d'exister.

Si la réserve totale ne suffit pas à maintenir l'éventuelle garantie supplémentaire en cas de décès, il sera mis un terme au contrat d'assurance. Cette résiliation ne produira ses effets qu'à l'expiration d'un délai de trente jours à compter de l'envoi d'une lettre recommandée indiquant les conséquences du défaut de paiement des primes. Si, entre-temps, le preneur d'assurance a introduit une demande de rachat écrite, l'on applique les dispositions relatives au rachat.

Article 9 – Remise en vigueur

Après le rachat intégral du contrat d'assurance et le paiement de la valeur de rachat, le preneur d'assurance peut remettre en vigueur le contrat d'assurance en adressant une lettre datée et signée à la compagnie dans les trois mois suivant le paiement de la valeur de rachat. Pour obtenir la remise en vigueur, le preneur d'assurance doit rembourser l'intégralité de la valeur de rachat.

La remise en vigueur est uniquement possible pour le support de la branche 21. La valeur de rachat remboursée destinée au support de la branche 21 sera capitalisée à l'un des taux d'intérêt applicables au moment de la réception de la valeur de rachat remboursée, à savoir un taux d'intérêt garanti déterminé ou un taux d'intérêt de zéro %. Si la valeur de rachat remboursée (ou une partie de celle-ci) a été capitalisée à un taux d'intérêt de zéro %, la valeur de rachat remboursée (ou une partie de celle-ci) sera capitalisée uniquement à un taux d'intérêt de zéro %.

Le support de la branche 23 ne peut pas être remis en vigueur.

La remise en vigueur d'un contrat d'assurance dépend des conditions d'acceptation applicables à ce moment et est toujours soumise aux critères de sélection de risque en vigueur à ce moment. Les frais d'un éventuel examen médical sont à la charge du preneur d'assurance.

La remise en vigueur doit être conforme aux dispositions légales relatives au profil de risque.

Article 10 – Versement des prestations assurées

10.1. Paiement en cas de vie à la date d'expiration

Quelque temps avant la date d'expiration du contrat d'assurance, la compagnie invitera le bénéficiaire en cas de vie à lui transmettre les documents suivants :

- 1) une copie R/V de la carte d'identité du bénéficiaire en cas de vie. Si le bénéficiaire est une personne morale, les statuts, la liste des bénéficiaires effectifs et les procurations requises ;
- 2) le questionnaire « Personnes Politiquement Exposées » complété ;
- 3) le cas échéant le questionnaire « Échange automatique de renseignements au niveau international et à des fins fiscales » ;
- 4) le numéro du compte en banque sur lequel la prestation peut être versée et une preuve que le bénéficiaire en cas de vie est le titulaire de ce compte en banque ;
- 5) tout document que la compagnie pourrait estimer nécessaire pour le traitement du dossier, par exemple une copie R/V de la carte d'identité de l'assuré (si l'assuré est différent du bénéficiaire en cas de vie) ;
- 6) la quittance de règlement, dûment signée.

Dans les trente jours suivant la réception par la compagnie de tous les documents nécessaires, mais pas avant la date d'expiration du contrat d'assurance, la valeur nette de la police sera versée au bénéficiaire en cas de vie après retenue de toutes les cotisations fiscales et parafiscales éventuellement dues.

Pour le support de la branche 21, cette valeur est équivalente à la réserve constituée du support de la branche 21 à la date d'expiration du contrat d'assurance, majorée de la (des) participation(s) aux bénéfices acquise(s).

Pour le support de la branche 23, la valeur des unités du fonds de placement de la branche 23 sera déterminée à la première valeur d'inventaire publiée le premier jour bancaire ouvrable suivant la réception par la compagnie de la quittance de règlement dûment signée, mais pas avant la date d'expiration du contrat d'assurance.

La compagnie se réserve le droit, dans des circonstances exceptionnelles telles que définies dans le Règlement de gestion, de suspendre la valorisation de la valeur des unités.

10.2. Paiement en cas de décès avant la date d'expiration

Dès que le décès est annoncé, le(s) bénéficiaire(s) en cas de décès sera (seront) prié(s) de transmettre les documents suivants à la compagnie :

- 1) un extrait officiel de l'acte de décès ;
- 2) une copie R/V de la carte d'identité du (des) bénéficiaire(s) en cas de décès. Si le bénéficiaire est une personne morale, les statuts, la liste des bénéficiaires effectifs et les procurations requises ;
- 3) le questionnaire « Personnes Politiquement Exposées » complété ;
- 4) le cas échéant le questionnaire « Échange automatique de renseignements au niveau international et à des fins fiscales » ;
- 5) le numéro du compte en banque sur lequel la prestation peut être versée et une preuve que le bénéficiaire en cas de décès est le titulaire de ce compte en banque ;
- 6) un acte de succession (chez le notaire) ou une attestation de succession (chez le notaire ou chez le receveur du bureau des droits de succession) ;
- 7) tout document que la compagnie pourrait estimer nécessaire pour le traitement du dossier, par exemple un certificat renseignant la cause du décès, à remplir par le médecin qui a soigné l'assuré au cours de sa dernière maladie et/ou au moment du décès ou, si le décès est la conséquence d'un accident, une description des circonstances précises de l'accident et éventuellement le numéro du procès-verbal qui a été dressé.

Après réception par la compagnie de tous les documents nécessaires, une quittance de règlement sera rédigée et envoyée au(x) bénéficiaire(s). Dans les trente jours suivant la réception par la compagnie de la (des) quittance(s) signée(s), la prestation nette assurée en cas de décès sera versée au(x) bénéficiaire(s) en cas de décès après retenue de toutes les cotisations fiscales et parafiscales éventuellement dues.

Pour le support de la branche 21, cette prestation est équivalente à la réserve constituée du support de la branche 21, majorée de la (des) participation(s) aux bénéfices acquise(s) à la date du décès.

Pour le support de la branche 23, cette prestation correspond à la valeur des unités du fonds de placement de la branche 23 telle que déterminée à la première valeur d'inventaire publiée le premier jour bancaire ouvrable suivant la date du décès. Si toutefois la valeur des unités un jour bancaire ouvrable suivant le jour de la réception de la notification à la compagnie du décès est inférieure, cette valeur inférieure sera prise en compte.

La compagnie se réserve le droit, dans des circonstances exceptionnelles (telles que définies dans le Règlement de gestion), de suspendre la valorisation de la valeur des unités.

Si la garantie supplémentaire en cas de décès de type « capital décès minimum » a été souscrite et est toujours en vigueur, il sera en outre procédé au versement de la différence entre le capital décès minimum tel que mentionné dans les Conditions particulières et les réserves constituées au moment du décès, la (les) participation(s) aux bénéfices attribuée(s) incluse(s), après retenue de toutes les cotisations fiscales et parafiscales dues.

10.3. Paiement en cas de rachat

Le preneur d'assurance peut procéder au rachat en tout ou en partie de la police par le biais d'une lettre datée et signée. Le preneur d'assurance peut limiter le rachat partiel au support de la branche 21 ou au support de la branche 23 ou répartir le rachat entre les deux supports.

En cas de rachat partiel du support de la branche 21 et du support de la branche 23, la demande doit mentionner le mode de répartition du rachat partiel entre les différents supports. En l'absence de choix, le rachat sera appliqué proportionnellement sur les différents supports.

Si la réserve de primes du support de la branche 21 a été constituée sur la base de différents taux d'intérêt, le rachat sera opéré proportionnellement sur les différentes réserves tarifaires.

En cas de rachat complet, il est mis fin au contrat d'assurance par le versement de la valeur de rachat des réserves constituées.

Si le contrat d'assurance fait l'objet d'un rachat avant la date d'expiration, une indemnité de rachat sera retenue.

En ce qui concerne le support de la branche 21, l'indemnité de rachat ne peut être supérieure au maximum des deux montants suivants :

- 5% calculés sur la valeur de rachat théorique du support de la branche 21. Cette indemnité diminue de 1% par an les cinq dernières années.
- un montant forfaitaire de 75 EUR indexé en fonction de l'indice santé des prix à la consommation (base 1988 = 100). L'indice qui doit être pris en considération est celui du deuxième mois du trimestre qui précède la date de rachat.

En ce qui concerne le support de la branche 23, l'indemnité de rachat est égale à 5% calculés sur la valeur de rachat théorique du support de la branche 23. Cette indemnité diminue de 1% par an les cinq dernières années.

Pour le support de la branche 21, la valeur de rachat est calculée à la date de la demande écrite.

Pour le support de la branche 23, la valeur des unités sera déterminée à la première valeur d'inventaire publiée à partir de la date mentionnée dans la demande écrite datée et signée par le preneur d'assurance et au plus tôt le premier jour bancaire ouvrable suivant la réception de la demande de rachat par la compagnie. Dans des circonstances exceptionnelles, telles que définies dans le Règlement de gestion, la compagnie peut suspendre le prélèvement de la valeur des unités.

Après réception de cette demande, la compagnie invitera le preneur d'assurance à lui transmettre les documents suivants :

- 1) une copie R/V de la carte d'identité du preneur d'assurance. Si le preneur d'assurance est une personne morale, les statuts, la liste des bénéficiaires effectifs et les procurations requises ;
- 2) le questionnaire « Personnes Politiquement Exposées » complété ;
- 3) le cas échéant le questionnaire « Échange automatique de renseignements au niveau international et à des fins fiscales » ;
- 4) le numéro du compte en banque sur lequel la prestation peut être versée et une preuve que le preneur d'assurance est le titulaire de ce compte en banque ;
- 5) tout autre document que la compagnie estime nécessaire, par exemple l'accord de rachat du contrat d'assurance émanant de l'éventuel bénéficiaire acceptant ;
- 6) une quittance de rachat dûment signée.

Dans les trente jours suivant la réception par la compagnie de tous les documents nécessaires, la valeur de rachat nette sera versée au preneur d'assurance après retenue de toutes les cotisations fiscales et parafiscales éventuellement dues.

10.4. Pas de droit d'avance

Il n'y pas de droit d'avance.

10.5. Dispositions générales en cas de versement

Aucun intérêt ne sera attribué en cas de retard de paiement pour une circonstance indépendante de la volonté de la compagnie.

S'il y a lieu d'appliquer la procédure en matière de fonds dormants (loi du 24 juillet 2008 portant des dispositions diverses), la compagnie peut imputer les frais liés à un contrôle ou examen réalisé jusqu'à concurrence du montant autorisé par cette réglementation.

Article 11 – Dispositions spécifiques concernant le fonds de placement de la branche 23

11.1. Frais de gestion du fonds de placement de la branche 23

Le détail de l'indemnité de gestion, de même que les frais susceptibles de découler de la gestion du fonds, tels que les frais de garde de titres, les frais administratifs, les frais de rapports annuels, de publications, etc. sont repris dans le Règlement de gestion. Ces frais, auxquels s'ajoutent les éventuels impôts, droits et taxes prélevés à charge du fonds, sont compris dans la valeur d'inventaire du fonds de placement de la branche 23.

La compagnie se réserve le droit de revoir l'indemnité de gestion, comme décrit dans le Règlement de gestion.

11.2. Valorisation du fonds de placement de la branche 23

La fixation de la valeur d'inventaire d'une unité est exécutée par le gestionnaire du fonds et est contraignante pour toutes les parties. La compagnie se réserve le droit d'adapter la date de valorisation si des circonstances exceptionnelles rendent impossible la valorisation des fonds de placement de la branche 23. La valeur d'inventaire d'une unité est obtenue en divisant la valeur des avoirs du fonds, déduction faite de l'indemnité de gestion, des frais susceptibles de découler de la gestion du fonds (tels que mentionnés dans le Règlement de gestion) ainsi que des éventuels impôts, droits et taxes, par le nombre d'unités présentes le jour de la valorisation. Lorsque les titres libellés en devises étrangères ou d'autres titres doivent être convertis pour le calcul de la valeur du fonds, la compagnie se base sur le dernier cours moyen connu de cette devise, sauf si, dans l'intérêt de toutes les parties en présence, la compagnie juge opportun d'appliquer un cours différent.

La compagnie fixe la valeur d'inventaire à chaque valorisation sur la base de la valeur nette d'inventaire de la veille des composants du fonds de placement de la branche 23.

La compagnie est autorisée à suspendre provisoirement le calcul de la valeur des unités, et par conséquent les opérations d'investissement, de transfert et de rachat :

- lorsqu'une Bourse ou un marché, sur lequel une part substantielle de l'actif du fonds de placement de la branche 23 est cotée ou négociée, ou un marché de change important sur lequel sont cotées ou négociées les devises dans lesquelles la valeur des actifs nets est exprimée, est fermé pour une raison autre que le congé régulier ou lorsque les transactions y sont suspendues ou soumises à des restrictions ;
- lorsque l'état des marchés est si grave que le gestionnaire de fonds ne peut pas évaluer correctement ses avoirs et/ou obligations, qu'il ne peut pas en disposer normalement ou qu'il ne le peut pas sans porter gravement préjudice aux intérêts des preneurs d'assurance ou bénéficiaires du fonds ;
- lorsque le gestionnaire du fonds est incapable de transférer des fonds ou de réaliser des transactions à un prix ou un taux de change normal ou que des restrictions sont imposées aux marchés de change ou aux marchés financiers ;
- lors d'un prélèvement substantiel du fonds, supérieur à 80% de la valeur du fonds ou supérieur à 1,25 million EUR.

Si une telle suspension se prolonge, la compagnie informera les preneurs d'assurance par la presse ou tout autre moyen jugé approprié. Les transactions ainsi suspendues seront effectuées au plus tard le septième jour bancaire ouvrable après la fin de cette suspension.

11.3. Liquidation ou fusion d'un fonds de placement de la branche 23

La compagnie se réserve le droit de liquider ou de fusionner un ou plusieurs fonds internes, comme décrit dans le Règlement de gestion.

Le cas échéant, le preneur d'assurance aura la possibilité, sous réserve des conditions qui seront communiquées à ce moment-là et après retenue de toutes les cotisations fiscales et parafiscales dues, soit de transférer la valeur d'inventaire de ses unités de ce fonds interne vers le support de la branche 21 ou vers un autre fonds interne que la compagnie propose, soit de la récupérer, et ce sans frais.

Article 12 – Transfert des droits en cas de décès du preneur d'assurance

Si le contrat d'assurance a été souscrit par un seul preneur d'assurance, qui n'est pas la même personne que l'assuré, il est procédé, à son décès, et pour autant que le contrat d'assurance ne soit pas versé dans son intégralité à la suite de ce décès, au transfert de l'intégralité de ses droits et obligations à cet assuré (qui devient alors le preneur d'assurance).

Si le contrat d'assurance a été souscrit par deux preneurs d'assurance, le preneur d'assurance qui décède le premier transfère sans restriction, pour autant que le contrat d'assurance ne soit pas versé dans son intégralité à la suite de ce décès, tous ses droits et obligations à l'autre preneur d'assurance.

Il est possible de déroger aux dispositions du présent article dans les Conditions particulières.

Article 13 – Contrat d'assurance avec deux preneurs d'assurance

Si le contrat d'assurance est souscrit par deux preneurs d'assurance, les deux preneurs d'assurance exercent conjointement tous les droits découlant de ce contrat d'assurance.

Si un des deux preneurs d'assurance peut exercer seul tous les droits découlant de ce contrat d'assurance, l'autre preneur d'assurance marque son accord à cette fin par écrit soit dans les Conditions particulières, soit dans un avenant. Aussi longtemps que cet accord n'a pas été révoqué par l'autre preneur d'assurance, le preneur d'assurance désigné pourra exercer seul tous les droits découlant de ce contrat d'assurance.

Article 14 – Déclaration du risque par le preneur d'assurance et l'assuré

Déclarations lors de la conclusion du contrat d'assurance

Le preneur d'assurance et l'assuré ont l'obligation, lors de la souscription du contrat d'assurance, de déclarer avec précision toutes les circonstances dont ils ont connaissance et qu'ils doivent raisonnablement considérer comme des informations susceptibles d'influencer l'appréciation du risque par la compagnie. Lorsqu'il n'est pas répondu à certaines questions écrites de la compagnie et que la compagnie a néanmoins conclu le contrat d'assurance, elle ne peut, hormis en cas de fraude, se prévaloir ultérieurement de cette omission.

Omissions ou inexactitudes intentionnelles

Lorsque l'omission ou l'inexactitude intentionnelle induit la compagnie en erreur sur les éléments d'appréciation du risque, le contrat d'assurance est nul. Les primes échues jusqu'au moment où la compagnie a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude intentionnelle lui sont acquises.

Omissions ou inexactitudes non intentionnelles

Lorsque l'omission ou l'inexactitude dans la déclaration n'est pas intentionnelle, la compagnie propose, dans un délai de trente jours à compter du jour où elle a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude, la modification du contrat d'assurance avec effet au jour où elle a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude.

Lorsque la proposition de modification du contrat est refusée par le preneur d'assurance ou que, au terme d'un délai de trente jours à compter de la réception de cette proposition, cette dernière n'est pas acceptée, la compagnie peut résilier le contrat d'assurance dans les quinze jours.

Néanmoins, si la compagnie apporte la preuve qu'elle n'aurait en aucun cas assuré le risque, elle peut résilier le contrat d'assurance dans un délai de trente jours à compter du jour où elle a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude.

La compagnie ne peut invoquer une omission ou une inexactitude non intentionnelle des données lorsque ces données concernent une maladie ou affection qui, au moment de la souscription du contrat, ne s'était manifestée d'aucune façon.

CHAPITRE 3 – ETENDUE DE LA GARANTIE EN CAS DE DECES

Article 15 – Garantie à l'échelle mondiale

Le risque de décès est garanti dans le monde entier, quelle qu'en soit la cause, mais sous réserve des dispositions énoncées dans le présent chapitre.

Article 16 – Risques exclus

En cas de survenance d'un risque exclu par la présente disposition, la compagnie versera, en cas de décès de l'assuré, uniquement le montant de la réserve constituée calculée à la date du décès, à l'exclusion de l'éventuelle garantie supplémentaire en cas de décès « capital décès minimum ». La compagnie ne versera cependant aucun montant - même pas la réserve constituée - au bénéficiaire qui a causé intentionnellement le décès de l'assuré ou qui en a été l'instigateur.

16.1. Suicide de l'assuré

Le suicide de l'assuré n'est garanti que s'il a lieu après la première année suivant la prise d'effet du contrat d'assurance ou la remise en vigueur du contrat d'assurance. Pour chaque augmentation des prestations assurées en cas de décès, le suicide est couvert s'il se produit après la première année suivant la date d'entrée en vigueur des nouvelles Conditions particulières ou de l'avenant d'augmentation.

16.2. Fait intentionnel

Le décès de l'assuré résultant du fait intentionnel ou de l'instigation d'une personne ayant un intérêt dans le versement de la prestation, n'est pas couvert. L'acte intentionnel est un acte posé dans le but d'infliger des lésions graves à l'assuré.

Si le bénéficiaire n'a été désigné que pour une partie de la prestation assurée, cette disposition s'applique uniquement à la partie correspondante du contrat d'assurance.

16.3. Navigation aérienne

Le décès de l'assuré des suites d'un accident d'un appareil de navigation aérienne, n'est pas couvert s'il s'agit d'un appareil :

- non autorisé au transport de personnes ou de choses ;
- d'une armée de l'air, le décès étant toutefois couvert s'il s'agit d'un appareil affecté au moment de l'accident au transport de personnes ;
- qui transporte des produits à caractère stratégique dans des régions où des hostilités ou rébellions sont en cours ;
- qui se prépare ou participe à une compétition sportive ;
- qui effectue des vols d'essai ;
- du type « ultra léger motorisé ».

16.4. Émeute

Aucune couverture n'est accordée pour le décès résultant d'émeutes, de troubles civils, de tout acte de violence collectif, d'inspiration politique, idéologique ou sociale, accompagné ou non de rébellion contre l'autorité ou tout pouvoir institué, si l'assuré y a pris une part active et volontaire.

16.5. Guerre

N'est pas couvert, le décès par un événement de guerre, par des faits analogues ou par une guerre civile. Cette exclusion est élargie à tout décès, quelle qu'en soit la cause, lorsque l'assuré participe activement aux hostilités. Ce risque peut toutefois être garanti par le biais d'une convention spéciale, moyennant justification par les circonstances et consentement de l'Autorité des services et marchés financiers.

CHAPITRE 4 – GARANTIES COMPLEMENTAIRES

Article 17 – Assurance complémentaire accidents

17.1. Garanties

Si le preneur d'assurance a opté pour cette garantie, la compagnie s'engage à verser les prestations assurées prévues aux Conditions particulières dans le cas où l'assuré est victime d'un accident corporel. Est exclusivement considéré comme accident, tout événement soudain et anormal, indépendant de la volonté de l'assuré et/ou de toute personne ayant un intérêt à l'assurance, ayant comme conséquence directe une lésion corporelle, pouvant être médicalement établie, de l'assuré, due à une force extérieure. Pour autant que le décès de l'assuré résulte directement de l'accident et survienne dans les douze mois suivant l'accident, la compagnie paie la prestation assurée au(x) bénéficiaire(s) en cas de décès.

En cas d'invalidité totale et permanente de l'assuré, la compagnie paie la prestation assurée au preneur d'assurance. Il n'y aura pas d'intervention supplémentaire si l'assuré décède après l'octroi de cette prestation pour invalidité totale et permanente. L'invalidité permanente sera déterminée après la consolidation des lésions et au plus tard un an après l'accident.

Le degré d'invalidité permanente du fait d'un accident assuré ne peut être déterminé qu'en Belgique. Il sera fixé selon le Guide barème européen d'évaluation médicale des atteintes à l'intégrité physique et psychique, et ce, sans tenir compte de la profession exercée. Une invalidité permanente de 67 % ou plus est considérée comme totale.

17.2. Limites de la garantie

L'assurance ne garantit pas le décès ou l'invalidité totale et permanente résultant :

- a) de maladies, même celles ayant une cause extérieure ;
- b) des suites de l'influence climatique. Les accidents causés par la foudre et l'aggravation des lésions encourues à l'occasion d'un accident normalement couvert, si cette aggravation est due aux suites de l'influence climatique à laquelle l'assuré a été exposé, sont couverts ;
- c) d'accidents causés ou rendus possibles par la maladie, l'état morbide ou l'infirmité, ou par tout autre état physique ou mental anormal de l'assuré ;
- d) du suicide ou de la tentative de suicide de l'assuré.

Sont exclus des événements assurés comme accident couvert, les accidents causés, instigués ou aggravés par la faute grave de l'assuré, du preneur d'assurance, du bénéficiaire ou de toute autre personne ayant un intérêt à la prestation.

Est considéré comme faute grave :

- tout acte commis intentionnellement ou avec le consentement de l'assuré, du preneur d'assurance, du bénéficiaire ou de toute autre personne ayant un intérêt au versement des prestations ;
- toute participation à des crimes, délits ou rixes, étant ou non la conséquence d'un comportement provoquant ou d'une querelle, à l'exception des cas de légitime défense ;
- des actes notoirement téméraires qui n'ont pas pour objet de sauver des personnes ou des biens ; toute mutilation ou traitement que l'assuré appliquerait sur lui-même, sauf les traitements normaux d'hygiène personnelle ;
- toute forme d'intoxication alcoolique ainsi que l'abus de stupéfiants ou de médicaments, s'il y a un lien de cause à effet entre cet état et l'accident.

L'assurance ne couvre pas les accidents :

- a) rendus possibles par la guerre, la guerre civile ou une situation y assimilée ;
- b) qui sont directement ou indirectement la conséquence d'une émeute ou d'actes de violence, sauf s'il peut être prouvé que l'assuré n'y participait pas activement ou qu'il se trouvait en état de légitime défense ;
- c) résultant d'une catastrophe due à la radioactivité nucléaire ;
- d) survenant pendant ou à la suite d'un traitement médical ou chirurgical, à moins que ce dernier ne soit consécutif à un accident assuré ;
- e) résultant de la manipulation d'armes ou d'explosifs ;
- f) résultant de la participation à des prestations militaires ;

- g) provoqués par l'abus chronique d'alcool, de stupéfiants ou de médicaments, de toute forme de toxicomanie ou d'alcoolisme ;
- h) provoqués par des travaux en hauteur (plus de 15 mètres) ;
- i) avec un appareil de navigation aérienne s'il s'agit d'un appareil :
 - non autorisé au transport de personnes ou de choses ;
 - d'une armée de l'air, le décès étant toutefois couvert s'il s'agit d'un appareil affecté au moment de l'accident au transport de personnes ;
 - qui transporte des produits à caractère stratégique dans des régions où des hostilités ou rébellions sont en cours ;
 - qui se prépare ou participe à une compétition sportive ;
 - qui effectue des vols d'essai ;
 - du type « ultra léger motorisé ».

17.3. Extensions de la garantie

a. Euthanasie

L'assurance couvre le décès de l'assuré à la suite d'une euthanasie pratiquée à cause d'une affection grave et incurable qui est la conséquence directe d'un accident couvert par ce contrat d'assurance. La garantie ne couvre pas le décès consécutif à une euthanasie qui ne répond pas à ces critères.

b. Risques particuliers

Moyennant stipulation expresse aux Conditions particulières et paiement d'une surprime, l'assurance couvre également :

- 1) l'utilisation de machines, autres que les appareils ménagers et de bricolage habituels ;
- 2) des activités professionnelles manifestement dangereuses, comme notamment sans être toutefois limitatif, des travaux de construction ou de démolition, la descente dans des mines ou carrières, tous travaux sur ou sous l'eau, l'utilisation ou le traitement de produits corrosifs et l'élagage ou l'abattage d'arbres de haute futaie ;
- 3) l'usage d'un moyen de transport aérien autrement que comme passager payant dans un avion ou hélicoptère aménagé pour le transport de personnes ;
- 4) l'exercice rémunéré d'une discipline sportive quelconque, en ce compris les entraînements ;
- 5) la pratique de tous sports de combat et autres sports dangereux, comme notamment sans être toutefois limitatif : l'aéronautique ou le vol à voile, le deltaplane, les sauts en altitude, l'alpinisme, le bobsleigh, le skeleton, le saut à ski, le ski de compétition, le saut d'obstacles à cheval et les courses de chevaux, le polo, la spéléologie, les explorations sous-marines, la plongée sous-marine, le rafting, le rugby, la chasse ;
- 6) l'usage comme conducteur, passager ou membre de l'équipage de chaque véhicule de toute nature, qui participe à (la préparation) des compétitions, des manifestations ou des épreuves sportives.

17.4. Restrictions des indemnisations

Lors de l'établissement du degré d'invalidité, on procédera à la déduction du pourcentage d'invalidité résultant de maladies, d'états morbides, d'infirmités ou d'invalidités antérieures à l'accident.

Lorsque le degré d'invalidité permanente peut être réduit grâce à une intervention chirurgicale, un traitement spécial ou la pose d'une prothèse et que l'assuré refuse de s'y soumettre, la compagnie n'est tenue qu'à indemniser les conséquences que l'accident aurait entraînées si l'assuré s'y était soumis.

Les prestations assurées en cas de décès et d'invalidité totale et permanente ne peuvent jamais être cumulées.

17.5. Garantie territoriale

L'assurance est valable dans le monde entier, pour autant que l'assuré ait son domicile et sa résidence habituelle en Belgique. En cas d'invalidité totale et permanente du fait d'un accident assuré, la garantie n'est acquise à l'étranger que pour autant que la compagnie puisse exercer le contrôle médical et effectif nécessaire. À la demande de la compagnie, l'assuré se présentera à un examen médical auprès d'un médecin en Belgique.

17.6. Obligations

§1er. En cas d'accident

Tout accident ayant entraîné le décès de l'assuré doit être communiqué à la compagnie par le(s) bénéficiaire(s) dans un délai de 24 heures par téléphone, e-mail ou téléfax, en précisant les circonstances précises de l'accident et éventuellement le numéro du procès-verbal qui a été dressé. En cas de déclaration tardive, l'assureur peut réduire son intervention du préjudice qu'il a subi, à moins que la preuve ne soit apportée que la déclaration du sinistre a été introduite aussi rapidement qu'il était raisonnablement possible de le faire.

La compagnie peut demander des informations complémentaires ou faire procéder à ses frais à une autopsie. Le cas échéant, la compagnie attendra les résultats avant de décider si l'accident est couvert ou non. S'il n'est pas satisfait à une de ces obligations, la compagnie peut réduire son intervention du préjudice qu'elle a subi.

Tout accident pouvant entraîner l'invalidité totale et permanente de l'assuré doit être communiqué à la compagnie par l'assuré, le preneur d'assurance ou le bénéficiaire dans un délai de 8 jours à dater de l'accident. Cette communication doit être effectuée par lettre recommandée et mentionner les circonstances précises de l'accident ainsi que l'éventuel numéro du procès-verbal qui a été dressé. Cette déclaration devra être accompagnée d'un certificat médical détaillé du médecin traitant et délivré par l'assuré au médecin-conseil de la compagnie. La déclaration sera encore acceptée lorsque, pour une raison valable, elle aura été faite tardivement mais au plus tard un an après l'accident.

Toutes mesures permettant d'accélérer le processus de guérison doivent être prises immédiatement. Dès que son état le permettra, l'assuré est tenu de répondre favorablement à chaque appel du médecin-conseil de la compagnie.

§2. En cas d'infirmité ou de maladie grave

Si l'assuré est victime d'une infirmité ou d'une maladie grave, la compagnie doit en être avisée le plus rapidement possible par lettre recommandée, accompagnée d'un certificat médical.

17.7. Durée de l'assurance

- 1) L'assurance peut être résiliée à tout moment indépendamment de l'assurance principale.
- 2) L'assurance cesse de plein droit au moment où l'assurance principale prend fin par rachat intégral, décès, résiliation, annulation, expiration ou réduction. Elle n'a pas de valeur de rachat.
- 3) L'assurance prend fin de plein droit au plus tard à l'âge de la pension légale de l'assuré.
- 4) La compagnie peut résilier l'assurance dès que l'assuré n'a plus son domicile ou sa résidence habituelle en Belgique.
- 5) La compagnie peut résilier l'assurance en cas de non-paiement de la prime.

17.8. Modification du tarif

Si la compagnie modifie son tarif, elle procédera à l'adaptation à la prochaine échéance annuelle. Le preneur d'assurance sera avisé de cette adaptation au moins quatre mois avant cette échéance. Il a cependant la faculté de résilier cette garantie complémentaire dans les trente jours suivant la notification de l'adaptation. Si la notification est effectuée ultérieurement, le preneur d'assurance a la possibilité de résilier cette garantie complémentaire dans une période de 3 mois suivant la notification.

Article 18 – Assurance complémentaires incapacité de travail

18.1. Garanties

Remboursement de la prime en cas d'incapacité de travail

Si le preneur d'assurance a opté pour cette garantie, la compagnie s'engage à procéder au remboursement des primes assurées prévues aux Conditions particulières, à savoir les primes récurrentes pour la garantie principale et la prime pour l'éventuelle garantie complémentaire « assurance complémentaire accidents », lorsque l'assuré subit à la suite d'une maladie ou d'un accident une incapacité de travail dont la durée excède le délai de carence convenu. Le preneur d'assurance est le bénéficiaire du remboursement de la prime.

Rente en cas d'incapacité de travail

Si le preneur d'assurance a opté pour cette garantie, la compagnie versera, lorsque l'assuré subit à la suite d'une maladie ou d'un accident une incapacité de travail dont la durée excède le délai de carence convenu, la rente annuelle fixée dans les Conditions particulières dans le but d'indemniser la perte de revenus subie par l'assuré.

La rente annuelle assurée s'élève à maximum 100 % du dernier revenu professionnel annuel net imposable normal, diminué des montants assurés par d'autres couvertures d'incapacité de travail (légales ou complémentaires) prévoyant une prestation en cas d'incapacité de travail.

Le bénéficiaire de la rente annuelle est le preneur d'assurance, sauf disposition contraire dans les Conditions particulières.

Maladie

Une maladie est toute atteinte à la santé autre que celle découlant d'un accident, constatée par un médecin légalement autorisé à exercer sa profession en Belgique.

Accident

Tout événement soudain et anormal, indépendant de la volonté de l'assuré et/ou de toute personne ayant un intérêt à l'assurance, ayant comme conséquence directe une lésion corporelle de l'assuré, pouvant être médicalement établie et due à une force extérieure.

Incapacité de travail

L'incapacité totale ou partielle d'exercer une activité professionnelle résultant de l'atteinte à l'intégrité physique ou psychique de l'assuré. L'incapacité de travail est déterminée par décision médicale.

Délai de carence

Période au cours de laquelle aucun droit à une prestation en cas d'incapacité de travail ne peut être ouvert pour une incapacité de travail assurée.

Transformation du délai de carence

Si le preneur d'assurance a opté pour ceci et si la compagnie a accepté ce choix, la prestation intervient rétroactivement dès le premier jour de l'incapacité de travail à condition que l'incapacité de travail se prolonge sur une période ininterrompue plus longue que le délai de carence mentionné dans les Conditions particulières.

Les prestations assurées sont allouées proportionnellement au degré d'incapacité de travail. Pour obtenir et conserver le droit à ces prestations assurées, l'incapacité de travail doit atteindre au moins 25%. Une incapacité de travail de 67% ou plus est assimilée à une incapacité à 100%.

Pendant la période d'incapacité de travail assurée, le preneur d'assurance acquiert également le droit au remboursement proportionnel de la prime de l'assurance complémentaire incapacité de travail.

Dans l'hypothèse où le degré d'incapacité physiologique serait supérieur au degré d'incapacité de travail, ce dernier sera considéré comme étant égal au degré d'incapacité physiologique pour déterminer le pourcentage d'indemnisation. Ceci ne modifie en rien le fait que cette assurance indemnise ou est censée indemniser exclusivement une perte de capacité de travail subie par l'assuré. Toute référence ultérieure à l'incapacité physiologique sert uniquement à déterminer le montant de l'indemnité.

Le degré d'incapacité de travail est déterminé par le médecin-conseil de la compagnie. Durant la première année d'incapacité de travail, le degré d'incapacité de travail est déterminé proportionnellement à la perte de l'aptitude physique ou psychique de l'assuré pour exercer les activités professionnelles de l'assuré mentionnées aux Conditions particulières. À partir de la deuxième année, le degré d'incapacité de travail sera déterminé uniquement proportionnellement à la perte de l'aptitude physique ou psychique de l'assuré pour l'exercice de n'importe quelle activité professionnelle correspondant à sa situation sociale, ses connaissances et ses aptitudes. Il est tout à fait indépendant de n'importe quel autre critère économique.

Le degré de l'incapacité physiologique ne peut être déterminé qu'en Belgique. Il est déterminé par décision médicale conformément au Guide barème européen d'évaluation médicale des atteintes à l'intégrité physique et psychique.

18.2. Délai de carence

Pour chaque période d'incapacité de travail couverte, il est prévu un délai de carence dont la durée est déterminée dans les Conditions particulières.

Le délai de carence prend cours à la date fixée par les médecins-conseils de la compagnie comme étant celle de la prise d'effet de l'incapacité de travail. L'incapacité de travail prenant fin avant l'expiration du délai de carence, donne droit à aucune indemnisation. Aucun nouveau délai de carence n'est d'application après une incapacité de travail ayant précédemment donné droit à une indemnisation:

- lorsque l'incapacité de travail de l'assuré survient dans les trois mois suivant la fin d'une incapacité de travail des suites d'un accident ou d'une maladie déjà précédemment assuré ;
- en cas de retrait de matériel d'ostéosynthèse (accessoires mécaniques, à savoir vis, plaques, tiges ou fils métalliques permettant de souder par voie chirurgicale des fragments d'os).

Si le preneur d'assurance a opté pour la transformation du délai de carence et si la compagnie a accepté ce choix, le remboursement de la prime et/ou le paiement de la rente annuelle dépendant du degré d'incapacité de travail, tel que fixé par les médecins-conseils de la compagnie, est (sont) octroyé(s) dès le premier jour de l'incapacité de travail garantie à condition que celle-ci se prolonge sur une période ininterrompue plus longue que le délai de carence mentionné dans les Conditions particulières.

18.3. Versement des prestations assurées

Dès que l'incapacité de travail atteint 67 %, le remboursement de la prime et/ou la rente annuelle est (sont) intégralement octroyé(s). Si le degré d'incapacité de travail est inférieur à 67 %, la prestation est proportionnelle au degré d'incapacité de travail. Dans les deux cas, 1/365e de la prestation est versé par jour.

Lorsqu'une prestation est réclamée, on vérifie si la rente annuelle assurée ne dépasse pas la couverture maximale visée à l'article 18.1. Le cas échéant, on réduit la rente assurée à cette couverture maximale.

En cas de réduction de la rente annuelle lors d'un sinistre, la compagnie rembourse au preneur d'assurance la partie de la prime que ce dernier a payée en trop, et ce, pendant au maximum une période d'un an précédant le mois durant lequel il a été établi que la rente assurée était trop élevée.

Si la rente annuelle assurée est inférieure à la couverture maximale décrite ci-dessus, la prestation est de toute façon fixée sur la base de cette rente annuelle assurée.

La rente est payable mensuellement, et pour la première fois après l'expiration du délai de carence. La prestation prend fin avec un règlement au prorata en fonction du nombre de jours civils donnant droit à une prestation à la fin de la période d'incapacité de travail, et au plus tard à l'expiration du contrat d'assurance ou lors de la résiliation ou de l'annulation de la police. En tout état de cause, le droit à la prestation s'éteint dès que l'assuré

- n'est plus en incapacité de travail,
- reprend le travail,

- dispose à nouveau de revenus professionnels, même dans le cadre d'un Régime de Chômage avec Complément d'entreprise (régime RCC) ou d'un plan de restructuration où l'employeur paie le travailleur alors que ce dernier ne doit plus fournir de prestations,
- est décédé,
- atteint l'âge de la pension légale,
- perçoit une pension légale, même si les droits de pension proprement dits ont été suspendus temporairement pour quelque motif que ce soit.

18.4. Limites de la garantie

1. Sont exclues de la garantie, les incapacités de travail causées, instiguées ou aggravées par la faute grave de l'assuré, du preneur d'assurance, du bénéficiaire ou de toute autre personne ayant un intérêt à la prestation.

Est considéré comme faute grave :

- tout acte commis intentionnellement ou avec le consentement de l'assuré, du preneur d'assurance, du bénéficiaire ou d'une autre personne ayant un intérêt au versement des prestations ;
- toute participation à des crimes, délits ou rixes, étant ou non la conséquence d'un comportement provoquant ou d'une querelle, à l'exception des cas de légitime défense ;
- des actes notoirement téméraires qui n'ont pas pour objet de sauver des personnes ou des biens ; toute mutilation ou traitement que l'assuré appliquerait sur lui-même, sauf les traitements normaux d'hygiène personnelle ;
- toute forme d'intoxication alcoolique ainsi que l'abus de stupéfiants ou de médicaments, s'il y a un lien de cause à effet entre cet état et l'accident.

2. Sont également exclues de la garantie, les incapacités de travail causées, instiguées ou aggravées par :

- toute tentative de suicide de l'assuré ;
- des troubles subjectifs sans symptômes objectifs ou sans cause médicalement établie ;
- des troubles psychiques.
- La liste limitative suivante d'affections psychiques est néanmoins couverte si le diagnostic a été établi par un psychiatre reconnu en Belgique et répond aux critères établis dans le « Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition » (= DSM-V) ou ses versions ultérieures :
 - dépression majeure ;
 - trouble bipolaire,
 - trouble psychotique ;
 - schizophrénie ;
 - troubles d'anxiété généralisés ;
 - trouble dissociatif ;
 - trouble obsessionnel-compulsif ;
 - anorexie ;
 - boulimie mentale.

Si l'assuré est victime d'une incapacité de travail due à un SFC (syndrome de fatigue chronique) ou une fibromyalgie, la rente sera versée pendant maximum 700 jours, de manière cumulative sur la durée du contrat d'assurance.

- des interventions esthétiques, de quelque nature que ce soit ;
- une catastrophe due à la radioactivité nucléaire ;
- la guerre, la guerre civile ou une situation y assimilée ;
- une émeute ou des actes de violence (directement ou indirectement), sauf s'il peut être prouvé que l'assuré n'y participait pas activement ou qu'il se trouvait en état de légitime défense ;
- la manipulation d'armes ou d'explosifs ;
- la participation à des prestations militaires ;
- l'abus d'alcool, de stupéfiants ou de médicaments, toute forme de toxicomanie ou d'alcoolisme ;
- des travaux en hauteur (plus de 15 mètres) ;

- j) un accident avec un appareil de navigation aérienne s'il s'agit d'un appareil :
- non autorisé au transport de personnes ou de choses ;
 - d'une armée de l'air, le décès étant toutefois couvert s'il s'agit d'un appareil affecté au moment de l'accident au transport de personnes ;
 - qui transporte des produits à caractère stratégique dans des régions où des hostilités ou rébellions sont en cours ;
 - qui se prépare ou participe à une compétition sportive ;
 - qui effectue des vols d'essai ;
 - du type « ultra léger motorisé ».

18.5. Extensions de la garantie

a. Grossesse et accouchement

Si l'assurée devient, à la suite d'une grossesse ou d'un accouchement, totalement ou partiellement inapte pour des raisons physiques ou psychiques à exercer ses activités professionnelles pendant plus de 3 mois après l'accouchement, la compagnie attribue la garantie à partir du quatrième mois après l'accouchement.

Une grossesse pathologique est cependant immédiatement couverte, sans préjudice des dispositions concernant le délai de carence, pour autant que l'arrêt ou la diminution de travail ne soit pas consécutive à des travaux insalubres.

Il faut entendre par grossesse pathologique les complications de la grossesse, tant dans le chef de l'assurée que de son fœtus, résultant d'une situation pathologique ou anormale.

On entend par travaux insalubres des travaux impliquant l'exposition à un risque professionnel engendrant un risque potentiel pour la mère et/ou le fœtus, tels que reconnus par les dispositions légales concernant la protection de la maternité. Ces travaux incluent notamment :

- des activités avec des substances chimiques ;
- des activités avec des agents infectieux ;
- des activités avec des radiations ionisantes ;
- des activités avec des cytostatiques (p. ex. des moyens de lutte contre le cancer) ;
- des activités nécessitant de soulever des charges ;
- des activités dans des températures élevées ;
- des activités impliquant un travail de nuit.

b. Risques particuliers

Moyennant stipulation expresse aux Conditions particulières et paiement d'une surprime ou imposition d'une mesure ou limitation contractuelle déterminée, comme un délai de carence, l'assurance couvre également :

- 1) des activités professionnelles manifestement dangereuses, comme notamment sans être toutefois limitatif, des travaux de construction ou de démolition, la descente dans des mines ou carrières, tous travaux sur ou sous l'eau, l'utilisation ou le traitement de produits corrosifs et l'élagage ou l'abattage d'arbres de haute futaie ;
- 2) l'usage d'un moyen de transport aérien autrement que comme passager payant dans un avion ou hélicoptère aménagé pour le transport de personnes ;
- 3) l'exercice rémunéré d'une discipline sportive quelconque, en ce compris les entraînements ;
- 4) la pratique de tous sports de combat et autres sports dangereux, comme notamment sans être toutefois limitatif : l'aéronautique ou le vol à voile, le deltaplane, les sauts en altitude, l'alpinisme, le bobsleigh, le skeleton, le saut à ski, le ski de compétition, le saut d'obstacles à cheval et les courses de chevaux, le polo, la spéléologie, les explorations sous-marines, la plongée sous-marine, le rafting, le rugby, la chasse ;
- 5) l'usage comme conducteur, passager ou membre de l'équipage de chaque véhicule de toute nature, qui participe à (la préparation) des compétitions, des manifestations ou des épreuves sportives.

18.6. Détermination des indemnités

Le montant de l'indemnité et la période pour laquelle elle est allouée sont fixées par les médecins-conseils de la compagnie et communiquées à l'assuré sur la base des éléments médicaux et de fait en possession de la compagnie et de ses médecins-conseils. À la demande de la compagnie, l'assuré fournit les justificatifs requis de ses revenus professionnels des années précédant l'incapacité de travail, par exemple ses avertissements-extraits de rôle à l'impôt des personnes physiques.

L'assuré est réputé accepter ces bases comme étant exactes à moins qu'il ne fasse connaître ses objections motivées dans les trente jours après avoir pris connaissance de la communication faite par la compagnie.

À tout moment, tant l'assuré que la compagnie ont le droit de demander une révision du degré d'incapacité de travail.

18.7. Garantie territoriale

La garantie est acquise dans le monde entier, pour autant que l'assuré ait son domicile et sa résidence habituelle en Belgique au début de l'incapacité de travail. Elle n'est acquise à l'étranger durant la période d'incapacité de travail que pour autant que la compagnie puisse exercer le contrôle médical et effectif nécessaire. À la demande de la compagnie, l'assuré se présentera à un examen médical auprès d'un médecin en Belgique.

18.8. Déclaration

L'assuré, le preneur d'assurance ou toute autre personne ayant intérêt au règlement de l'indemnité doit déclarer à la compagnie dans les 30 jours qui suivent le début de la maladie ou qui suivent l'accident, et dans tous les cas, aussi rapidement qu'il était raisonnablement possible de le faire, toute maladie ou accident ayant causé ou étant susceptible de causer une incapacité de travail. Ceci au moyen d'un formulaire spécialement mis à leur disposition à cet effet. Cette déclaration doit être effectuée dans les meilleurs délais en précisant toutes les données nécessaires, et notamment les circonstances précises de l'accident et éventuellement le numéro du procès-verbal qui a été dressé. L'assuré délivre l'attestation médicale du médecin traitant au médecin-conseil de la compagnie, spécifiant les causes de l'incapacité de travail, sa nature, son degré et son évolution probable.

Si le preneur d'assurance a opté pour la transformation du délai de carence et si la compagnie a accepté ce choix, la déclaration devra intervenir dans les 8 jours.

La déclaration sera encore acceptée si, pour un motif valable, elle est faite passé ce délai, à condition qu'elle se fasse au plus tard dans l'année qui suit le jour où la maladie s'est déclarée ou la survenance de l'accident. Si la compagnie fournit la preuve qu'elle a subi un préjudice quelconque du fait de la déclaration tardive, le délai de carence prendra cours le jour où la compagnie a effectivement été avertie de la maladie ou de l'accident.

18.9. Cessation de la profession, changement de profession, de revenu ou de statut social

Obligation de notification

Le preneur d'assurance ou l'assuré a l'obligation de déclarer préalablement à la compagnie :

- un arrêt effectif total ou partiel, par l'assuré, de l'exercice de la profession mentionnée aux Conditions particulières ;
- un changement de profession de l'assuré ;
- une modification dans les travaux inhérents à la profession ;
- une modification du revenu professionnel de l'assuré ;
- un changement du statut de sécurité sociale de l'assuré.

Conséquences de la cessation de l'activité professionnelle

En cas d'arrêt effectif total ou partiel de l'activité professionnelle pour une raison autre qu'une incapacité de travail économique couverte, il est mis fin à l'assurance totalement ou partiellement.

Dès que l'assuré reçoit une pension légale, l'assurance prend fin, même si les droits à la pension proprement dits ont été suspendus temporairement pour quelque motif que ce soit.

Conséquences du changement de profession ou des activités y afférentes, du statut de sécurité sociale ou en cas de modification permanente du revenu professionnel

Si une modification de profession, de revenu professionnel ou de statut de sécurité sociale a une influence significative sur le risque assuré et/ou le coût de la garantie ou l'étendue de la garantie, la compagnie a le droit d'adapter la prime, le délai de carence et les garanties de manière raisonnable et proportionnelle.

Lorsqu'un sinistre se produit avant que l'assuré ou le preneur d'assurance n'ait déclaré une diminution du revenu professionnel, la compagnie peut adapter pour ce sinistre la rente garantie conformément à l'article 18.3.

S'il se produit un sinistre avant que les changements au niveau de la profession ou du statut social de l'assuré n'aient été communiqués, la compagnie peut adapter pour ce sinistre la rente garantie de manière raisonnable et proportionnelle.

18.10. Durée de l'assurance

L'assurance complémentaire incapacité de travail est conclue jusqu'à la date d'expiration mentionnée aux Conditions particulières.

- 1) L'assurance prend fin au plus tard à l'âge légal de la pension de l'assuré.
- 2) L'assurance peut être résiliée par le preneur d'assurance à tout moment indépendamment de l'assurance principale.
- 3) La compagnie peut uniquement résilier cette assurance :
 - en cas de défaut de paiement de la prime ;
 - lorsque l'assuré a définitivement établi son domicile ou sa résidence habituelle à l'étranger ;
 - en cas de surassurance, pour autant que l'assuré ne bénéficie pas d'une rente d'incapacité de travail ;
 - en cas de condamnation du preneur d'assurance ou de l'assuré à une peine de privation de liberté, pour infraction intentionnelle ;
 - en cas de faillite, concordat ou liquidation judiciaire du preneur d'assurance ou de l'assuré, ou lorsque l'un d'entre eux est mis sous curatelle.

La résiliation prendra effet seulement à l'expiration d'un délai de trente jours au minimum, à compter du lendemain de la remise à la poste de la lettre recommandée.

- 4) De plus, cette assurance prend fin de plein droit :
 - lorsqu'elle est arrivée au terme prévu ;
 - lorsque l'assuré a cessé l'exercice d'une profession, pour autant que cette cessation ne soit pas la conséquence d'une incapacité de travail indemnisée ;
 - au moment où l'assurance principale prend fin par rachat, décès, résiliation, annulation ou expiration, ou après réduction de l'assurance principale.

Elle n'a pas de valeur de rachat.

18.11. Suivi médical

Toutes les mesures permettant de hâter la guérison doivent être prises immédiatement. L'assuré invitera le médecin qu'il aura choisi, chaque fois que cela s'avérera nécessaire, à fournir les déclarations médicales nécessaires à l'exécution du présent contrat d'assurance.

De plus, la compagnie est autorisée à réunir toutes les informations auprès de l'assuré et à prendre toutes les mesures de contrôle qu'elle juge nécessaires. Il devra être donné suite à la convocation adressée à l'assuré pour se présenter à l'examen du médecin-conseil de la compagnie, même si l'assuré doit pour cela être hospitalisé dans un établissement médical désigné par la compagnie. Les frais de cet examen sont à charge de la compagnie.

La compagnie devra immédiatement être avertie de tout changement dans l'état de santé de l'assuré. Cette déclaration sera accompagnée d'un certificat médical à délivrer au médecin-conseil de la compagnie.

18.12. Autres assurances

Si des garanties similaires sont assurées auprès d'autres compagnies, il convient d'en aviser immédiatement la compagnie par lettre recommandée. Dans ce cas, la compagnie a le droit de diminuer les montants du remboursement de la prime et/ou

rente annuelle assurée(s), conformément à la nouvelle situation, et de réduire la prime proportionnellement. Tous les droits quant à un sinistre en suspens sont maintenus.

18.13. Modification du tarif et des conditions

Par accord mutuel

À la demande exclusive du preneur d'assurance et par accord mutuel des parties concernées, la compagnie peut, après la souscription du contrat, modifier les bases techniques de la prime et les conditions de la couverture, mais uniquement dans l'intérêt du preneur d'assurance.

La compagnie peut toutefois, dans l'intérêt des assurés et moyennant l'accord du preneur d'assurance, prendre elle-même l'initiative de modifier cette assurance dans le sillage de l'application d'une nouvelle réglementation.

Indexation

La prime et la prestation peuvent être adaptées par la compagnie lors de l'échéance annuelle principale, sur la base de l'indice des prix à la consommation. La prime et la prestation peuvent être adaptées lors de l'échéance annuelle principale, sur la base d'un ou plusieurs indices spécifiques, aux frais des services qui sont couverts par les contrats privés d'assurance maladie, si et dans la mesure où l'évolution de ces frais dépasse celle de l'indice des prix à la consommation.

Notification d'une modification de tarif

Si la compagnie modifie son tarif, elle procédera à l'adaptation à la prochaine échéance annuelle. Le preneur d'assurance sera avisé de cette adaptation au moins quatre mois avant cette échéance. Il a cependant la faculté de résilier cette garantie complémentaire dans les trente jours suivant la notification de l'adaptation. Si la notification est effectuée ultérieurement, le preneur d'assurance a la possibilité de résilier cette garantie complémentaire dans une période de 3 mois suivant la notification.

18.14. Déclaration du risque par le preneur d'assurance et l'assuré

Dès qu'un délai de deux ans s'est écoulé, à compter de la prise d'effet de la garantie complémentaire incapacité de travail, la compagnie ne peut plus invoquer l'omission non intentionnelle ou l'inexactitude non intentionnelle des données par le preneur d'assurance ou par l'assuré, si ces données ont trait à une maladie ou une affection dont les symptômes s'étaient déjà manifestés au moment de la souscription de la garantie complémentaire incapacité de travail et si cette maladie ou affection n'avait pas été diagnostiquée durant ce même délai de deux ans.

Article 19 – Dispositions générales relatives aux assurances complémentaires

19.1. Entrée en vigueur de la couverture et paiement des primes

La garantie complémentaire prend cours à la date de prise d'effet telle que mentionnée aux Conditions particulières, mais au plus tôt après la signature du contrat d'assurance par les parties intéressées et après réception de la première prime pour la garantie concernée, et au plus tôt au même moment que l'assurance principale. La (les) prime(s) pour la (les) garantie(s) complémentaire(s) est (sont) différente(s) de la (des) prime(s) pour la garantie principale, mais est (sont) éventuellement réclamée(s) en même temps et doi(ven)t alors être payée(s) en même temps.

19.2. Déchéance des droits

Il y a déchéance de droits, et la compagnie est autorisée à réclamer le remboursement des indemnités versées indûment et des frais exposés :

- 1) lorsque les suites d'une maladie ou d'un accident se trouvent aggravées du fait intentionnel ou avec le consentement du preneur d'assurance, de l'assuré ou de toute autre personne ayant un intérêt au règlement ou dans le cas où un traitement médical prescrit n'a pas été suivi ;
- 2) lorsque l'assuré ou le preneur d'assurance n'a pas respecté l'obligation contractuelle qui lui est imposée par l'article 18.8 des présentes conditions et que cette omission engendre un préjudice pour la compagnie. Dans ce cas la compagnie peut également réduire ses prestations à concurrence du préjudice subi par elle.

Si l'assuré ou le preneur d'assurance n'a pas respecté cette obligation contractuelle dans une intention frauduleuse, le contrat est nul et non avenu.

Si l'assuré ou le preneur d'assurance n'a pas respecté l'obligation contractuelle de l'article 18.12 dans une intention frauduleuse, le contrat d'assurance est nul et non avenu. Le cas échéant, la compagnie a le droit de garder les primes encaissées à titre d'indemnité, à condition qu'elle agisse de bonne foi.

19.3. Conditions générales de l'assurance principale

Sauf dérogation expresse, les assurances complémentaires sont soumises aux Conditions générales et particulières de l'assurance principale.

19.4. Litiges

Les litiges portant sur les aspects médicaux peuvent, moyennant commun accord, être tranchés par une expertise médicale à l'amiable où les deux parties désignent leur propre médecin. Faute d'accord entre les médecins, un troisième médecin peut être désigné. Chaque partie supporte les honoraires et les débours du médecin désigné par elle. Les honoraires et les frais du troisième médecin ou des examens spécialisés sont supportés par moitié par chacune des parties. Sous peine de nullité de leur sentence, les médecins ne pourront s'écarter des dispositions du contrat et de ses avenants.

CHAPITRE 5 – TERRORISME

Les sinistres causés par le terrorisme sont assurés conformément à la loi du 1er avril 2007 relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme. La compagnie est à cet effet membre de l'asbl TRIP (Terrorism Reinsurance and Insurance Pool). Dans le cadre de cette loi, un Comité chargé de la reconnaissance d'un événement comme terrorisme tel que défini par la loi et de la constatation du pourcentage de l'indemnisation à payer par les membres de l'asbl TRIP, a été institué. Pour l'ensemble des engagements souscrits à l'égard de tous les assurés, la compagnie couvre, conformément aux dispositions de cette loi, avec toutes les autres compagnies qui sont membres de l'asbl TRIP et avec l'État belge, les sinistres reconnus par ledit comité à concurrence d'un montant d'un milliard d'euros par année civile. Ce montant est adapté au 1er janvier de chaque année à l'indice des prix à la consommation, l'indice de décembre 2005 étant l'indice de base. Les dommages causés par les armes nucléaires sont toujours exclus de la couverture.

On entend par terrorisme : une action ou une menace d'action organisée dans la clandestinité à des fins idéologiques, politiques, ethniques ou religieuses, exécutée individuellement ou en groupe et attentant à des personnes ou détruisant partiellement ou totalement la valeur économique d'un bien matériel ou immatériel, soit en vue d'impressionner le public, de créer un climat d'insécurité ou de faire pression sur les autorités, soit en vue d'entraver la circulation et le fonctionnement normal d'un service ou d'une entreprise.

Prévention du financement du terrorisme - Liste nationale des personnes et entités soupçonnées d'actes de terrorisme

L'arrêté royal du 28 décembre 2006 interdit à quiconque de mettre directement ou indirectement des fonds ou des ressources économiques à la disposition des personnes et entités reprises sur la Liste européenne et nationale des personnes et entités soupçonnées d'actes de terrorisme et exige que les institutions financières gèlent ces fonds ou ressources économiques. Sans préjudice des règles applicables en matière de communication d'informations, de confidentialité et de secret professionnel, les institutions financières sont tenues de fournir immédiatement toute information concernant des fonds et ressources économiques gelés à l'Administration Générale de la Trésorerie du SPF Finances.

CHAPITRE 6 – JURIDICTION, DROIT APPLICABLE ET DISPOSITIONS FISCALES

Article 20 – Juridiction

Tout litige entre les parties relatif à l'interprétation et à l'exécution du contrat d'assurance relève de la compétence des tribunaux belges.

Article 21 – Droit applicable et dispositions fiscales

Le présent contrat d'assurance est régi par le droit belge.

Tous les impôts, cotisations (sociales), droits et taxes actuels et futurs sont à la charge du preneur d'assurance, de l'assuré et/ou du bénéficiaire, selon le cas.

21.1. Primes

La législation de l'État de résidence du preneur d'assurance est applicable pour ce qui concerne les charges fiscales et/ou sociales qui pourraient être imputées sur les primes. Le cas échéant, la législation de l'État de résidence de la personne morale pour le compte de laquelle le contrat a été conclu sera applicable.

La législation fiscale du domicile du preneur d'assurance détermine l'octroi éventuel des avantages fiscaux sur les primes. Dans certains cas, la législation du pays où les revenus imposables s'obtiennent peut être appliquée.

21.2. Prestations

Les impôts applicables aux revenus ainsi que d'éventuelles autres charges sont fixés par la loi de l'État de résidence du bénéficiaire et/ou par la loi du pays où les revenus imposables sont obtenus.

Pour ce qui concerne les droits de succession, la législation fiscale de l'État de résidence du défunt et/ou la loi de l'État de résidence du bénéficiaire est (sont) applicable(s).

CHAPITRE 7 – COMMUNICATIONS

Article 22 – Notifications

La compagnie remet au preneur d'assurance un aperçu de l'état de son contrat, et ce, au moins une fois par an. Les notifications à adresser au preneur d'assurance et au bénéficiaire acceptant sont valablement faites à leur dernière adresse communiquée à la compagnie. Toute notification envoyée par une partie à l'autre partie est considérée comme effective à la date de dépôt à la poste.

Article 23 – Résidence

Si le preneur d'assurance ou l'assuré établit son domicile ou sa résidence habituelle à l'étranger, il doit en informer la compagnie.

Article 24 – Echange de renseignements fiscaux

1° P&V Assurances s'est engagée à appliquer loyalement la loi du 16 décembre 2015 *réglant la communication des renseignements relatifs aux comptes financiers par les institutions financières belges et le SPF Finances, dans le cadre d'un échange automatique de renseignements au niveau international et à des fins fiscales* (ci-après « la Loi »).

Cette Loi règle les obligations des institutions financières belges (y compris P&V Assurances) et du SPF Finances en ce qui concerne les renseignements qui doivent être communiqués à une autorité compétente d'une autre juridiction dans le cadre d'un échange automatique de renseignements relatifs aux certains contrats d'assurance.

2° Afin de se conformer à la Loi, P&V Assurances doit :

- Recueillir les données relatives aux personnes qui souscrivent un contrat visé afin d'identifier les contrats déclarables.
 - À cet égard, le fait de qualifier de contrat déclarable dépend de la qualité de « US Person » au regard de la législation FATCA (« Foreign Account Taks Compliance Act ») ;
 - ou du pays de résidence fiscale au regard de la législation CRS (« Common Reporting Standard ») ;
- Mettre en place les procédures et les normes nécessaires afin de se conformer aux obligations relatives à l'identification et la documentation des contrats déclarables ;
- Remettre chaque année au SPF Finances une déclaration renseignant l'identité des preneurs de contrats déclarables (c'est-à-dire des résidents fiscaux des pays participants (pour « CRS ») ou définis comme « US person » (pour « FATCA »)), ainsi que le montant des réserves attribuées aux contrats dont ils sont titulaires;
- Répondre aux questions qui seraient posées par le SPF Finances dans le cadre de la vérification de la conformité avec la Loi précitée.

3° Le preneur d'assurance accepte que P&V Assurances transmette au SPF Finances les informations requises, à savoir : les données personnelles relatives aux preneurs d'assurance ainsi que les informations relatives aux contrats d'assurance visés (y compris le montant des réserves).

Le cas échéant, en cas de paiement de prestation à un bénéficiaire autre que le preneur d'assurance, les données relatives aux bénéficiaires seront transmises au SPF Finances (si ce bénéficiaire est résident fiscal d'un pays autre que la Belgique ou qualifié de « US person »).

4° Le preneur s'engage à informer immédiatement P&V Assurances en cas de changement pertinent de sa situation personnelle. Ces changements pertinents peuvent concerner les éléments suivants (liste non exhaustive) : le nom ; l'adresse de correspondance ou de résidence ; le domicile fiscal ou le pays où le preneur d'assurance est soumis à l'impôt sur les revenus ainsi que le(s) numéro(s) d'identification fiscale correspondant(s) ; le siège de la fortune ; la nationalité ; un numéro de téléphone attribué par un opérateur étranger ; un numéro de compte en banque attribué par une institution financière étrangère ; ... ou en cas de doute, toute autre information susceptible d'avoir un impact sur la qualité du preneur d'assurance concerné dans le cadre de l'application de cette Loi.

P&V Assurances examinera ces changements et, si nécessaire, considérait le contrat comme déclarable.

En cas de questions supplémentaires, le preneur d'assurance, doit, à la demande de P&V Assurances, fournir toutes les informations et documents demandés en application de la Loi. Ainsi les formulaires W9 ou W8-BEN et toute autre preuve pertinente pourraient être demandés aux assurés qui tomberaient (éventuellement) dans le champ d'application de l'accord FATCA.

5° En cas de manquement du preneur d'assurance à la disposition précédente, P&V Assurances peut adresser à l'assuré une demande de renseignements à laquelle il devra répondre dans un délai spécifié dans ladite demande.

En cas de refus de la part de ce dernier de se conformer à la demande et de fournir les données demandées, P&V Assurances se réserve le droit de considérer le contrat comme un contrat déclarable.

Article 25 – Personnes politiquement exposées

La loi du 18 septembre 2017 relative à la prévention du blanchiment de capitaux et du financement du terrorisme et à la limitation de l'utilisation des espèces impose aux entreprises d'assurances de disposer de procédures permettant d'identifier leurs clients (le preneur d'assurance et pour les personnes morales, les bénéficiaires effectifs), les mandataires de ceux-ci et les bénéficiaires des contrats (le cas échéant leurs bénéficiaires effectifs si le bénéficiaire est une personne morale) qui sont des personnes politiquement exposées (PPE), ainsi que les membres de la famille de ces personnes politiquement exposées ou les personnes connues pour être étroitement associées à ces personnes politiquement exposées.

La loi retient la définition suivante pour les PPE : une personne physique qui occupe ou qui a occupé une fonction publique importante et notamment :

- a) les chefs d'Etat, les chefs de gouvernement, les ministres et les secrétaires d'Etat;
- b) les parlementaires ou les membres d'organes législatifs similaires;
- c) les membres des organes dirigeants des partis politiques;
- d) les membres des cours suprêmes, des cours constitutionnelles ou d'autres hautes juridictions, y compris administratives, dont les décisions ne sont pas susceptibles de recours, sauf circonstances exceptionnelles;
- e) les membres des cours des comptes ou des conseils ou directoires des banques centrales;
- f) les ambassadeurs, les consuls, les chargés d'affaires et les officiers supérieurs des forces armées;
- g) les membres des organes d'administration, de direction ou de surveillance des entreprises publiques;
- h) les directeurs, les directeurs adjoints et les membres du conseil d'une organisation internationale, ou les personnes qui occupent une position équivalente en son sein.

Par "membre de la famille", la loi retient :

- a) le conjoint ou une personne considérée comme l'équivalent d'un conjoint;
- b) les enfants et leurs conjoints, ou les personnes considérées comme l'équivalent d'un conjoint;
- c) les parents;

et pour les "personnes connues pour être étroitement associées" :

- a) les personnes physiques qui, conjointement avec une personne politiquement exposée, sont les bénéficiaires effectifs d'une entité visée au 27°, a), b), c) ou d) de l'article 4 de la loi ou qui sont connues pour entretenir toute autre relation d'affaires étroite avec une personne politiquement exposée;
- b) les personnes physiques qui sont les seuls bénéficiaires effectifs d'une entité visée au 27°, a), b), c) ou d) de l'article 4 de la loi connue pour avoir été créée, dans les faits, dans l'intérêt d'une personne politiquement exposée.

Lors de la demande de souscription, le preneur d'assurance s'engage à communiquer s'il est considéré, selon la définition reprise dans la loi (voir ci-dessus), comme une personne politiquement exposée. Cette obligation est étendue aux autres personnes concernées, à savoir pour les personnes morales, les bénéficiaires effectifs, les mandataires et les bénéficiaires des contrats (le cas échéant leurs bénéficiaires effectifs si le bénéficiaire est une personne morale).

En acceptant les conditions générales, le preneur s'engage, en cours de contrat, à informer immédiatement la compagnie au cas où il serait lui-même, ainsi que le bénéficiaire effectif, le mandataire et le bénéficiaire (et le bénéficiaire effectif du bénéficiaire en cas de personne morale) devenu personne politiquement exposée ou ne serait plus considéré comme une personne politiquement exposée.

DEFINITIONS ET NOTIONS

La compagnie

P&V Assurances SCRL, établie en Belgique, à 1210 BRUXELLES, rue Royale 151.

Le preneur d'assurance

La personne physique ou la personne morale qui conclut le contrat d'assurance avec la compagnie.

L'assuré

La personne sur la tête de laquelle repose le risque de survenance de l'événement assuré.

Le bénéficiaire en cas de vie

La personne au profit de laquelle les prestations d'assurance sont stipulées en cas de vie de l'assuré à la date d'expiration.

Le bénéficiaire en cas de décès

La personne qui a droit aux prestations assurées en cas de décès de l'assuré avant la date d'expiration.

Prime nette

La prime nette est constituée par la prime payée (à l'exclusion des primes pour les assurances complémentaires), déduction faite des éventuelles taxes et des frais mentionnés dans la Fiche d'information relative au produit et/ou dans le Règlement de gestion.

Unité d'un fonds de placement de la branche 23

Une part d'un fonds de placement de la branche 23.

Réduction du contrat d'assurance

La modification ou la résiliation du contrat d'assurance découlant de l'arrêt du paiement des primes.

Autorités de contrôle

Les institutions qui exercent le contrôle sur le secteur financier belge. Ce contrôle repose sur deux autorités de contrôle autonomes, à savoir la Banque Nationale de Belgique et l'Autorité des Services et Marchés Financiers.

Support de la Branche 21

La partie du contrat d'assurance qui constitue une assurance vie du type branche 21.

Support de la Branche 23

La partie du contrat d'assurance qui constitue une assurance vie du type branche 23 (liée à des fonds de placement).

Réserve du support de la branche 21

Cette réserve se compose des réserves constituées au moyen de primes nettes destinées au support de la branche 21 (réserve de primes) et de la (des) participation(s) bénéficiaire(s) attribuée(s) qui est (sont) investie(s) dans le support de la branche 21 (réserve de participations bénéficiaires).

Réserve du support de la branche 23

Cette réserve se compose des réserves constituées au moyen de primes nettes destinées au support de la branche 23.

Réserve

La somme de la réserve du support de la branche 21 et de la réserve du support de la branche 23.

MENTIONS LEGALES

Règlement général sur la protection des données

La compagnie s'engage, en qualité de responsable du traitement, à traiter les données à caractère personnel en conformité avec la réglementation en matière de vie privée en vigueur. Plus de précisions à ce propos se trouvent dans la brochure client de la compagnie ou sur le site <https://www.pv.be/privacy>

Plaintes

Pour toute plainte relative au présent contrat d'assurance, le preneur d'assurance peut s'adresser :

- En première instance : au service Gestion des plaintes de P&V Assurances,
Rue Royale 151, 1210 Bruxelles,
tél. : 02/250.90.60,
E-mail : plainte@pv.be
- Si vous n'êtes pas satisfait de la réponse de notre service Gestion des plaintes : à l'Ombudsman des Assurances.
Square de Meeûs 35, 1000 Bruxelles, www.ombudsman.as

Cette possibilité n'exclut pas celle d'entamer une procédure judiciaire.

Escroquerie

Toute fraude ou tentative de fraude envers la compagnie d'assurances entraînera non seulement la nullité du contrat d'assurance, mais pourra également faire l'objet de poursuites pénales en vertu de l'article 496 du Code Pénal.