

DEFINITIONS

Article 1

ACCIDENT

Un accident est un événement soudain qui porte atteinte à l'intégrité physique de l'assuré par l'action subite d'une force extérieure indépendante de sa volonté.

MALADIE

Une maladie est toute altération, d'origine non accidentelle, de la santé de l'assuré présentant des symptômes physiques objectifs qui rendent le diagnostic indiscutable, et reconnue par un médecin légalement autorisé à pratiquer son art, soit en Belgique, soit dans le pays où se trouve l'assuré au moment de la constatation de la maladie.

DELAI DE CARENCE

Période durant laquelle aucune prestation n'est servie pour une invalidité garantie. La durée du délai de carence est fixée à 60 jours.

INVALIDITE PHYSIOLOGIQUE

L'invalidité physiologique est la diminution de l'intégrité corporelle de l'assuré. Son degré est déterminé par des médecins par référence au « Barème Officiel Belge des Invalidités » (B.O.B.I.).

INVALIDITE ECONOMIQUE

L'invalidité économique est la diminution de la capacité de travail de l'assuré résultant de son invalidité physiologique. Son degré est fixé proportionnellement à la perte, consécutive à un accident ou à une maladie, évaluée par des médecins, de l'aptitude physique de l'assuré à exercer une activité professionnelle compatible avec ses connaissances et ses aptitudes. L'appréciation de ce degré d'incapacité est donc indépendante de tout autre critère économique.

CONTRIBUTION DE SOLIDARITE

La contribution qui est due afin de bénéficier des avantages prévus par le présent règlement. Cette contribution s'élève annuellement à 10% des versements établis pour le PLAN.

REGIME DE SOLIDARITE

Le régime des prestations de solidarité constitué en faveur de ceux qui versent la contribution de solidarité.

FONDS DE SOLIDARITE

Le compte auprès de la compagnie sur lequel sont versées les contributions de solidarité.

PERIODE DE GARANTIE

La période durant laquelle le preneur est affilié au régime de solidarité.

QUEL EST L'OBJET DE L'ASSURANCE ?

Article 2

En échange de la contribution de solidarité, la compagnie garantit au bénéficiaire le paiement des prestations prévues au présent règlement lorsque l'assuré devient invalide ou incapable de travailler suite à un accident ou une maladie.

A PARTIR DE QUAND Y A-T-IL AFFILIATION AU REGIME DE SOLIDARITE ?

Article 3

Il y a affiliation au régime de solidarité au plus tôt à partir du premier jour du trimestre civil qui suit le paiement de la première contribution de solidarité.

L'affiliation s'étend jusqu'au 31 décembre de l'année qui suit celle au cours de laquelle a eu lieu le paiement de cette première contribution.

La période de garantie est prolongée dès qu'une nouvelle contribution de solidarité est payée dans le courant d'une nouvelle année calendrier.

La prolongation court jusqu'au 31 décembre de l'année qui suit celle au cours de laquelle cette contribution a été payée.

Une fois que le preneur est affilié au régime de solidarité, 10% de chaque versement est prélevé jusqu'au moment où le preneur exprime, par un document signé et daté, que l'affiliation au régime de solidarité n'est plus souhaitable.

Dès réception du document précité, la compagnie met immédiatement fin à l'affiliation.

QUELLE EST L'ÉTENDUE DES PRESTATIONS ?

Article 4

Pour autant que le preneur est affilié au régime de solidarité, les prestations de la compagnie représentent les garanties suivantes :

a) Le financement du Plan Libre Complémentaire de Pension

Le financement s'effectue à la fin de chaque trimestre lors des périodes d'indemnisation dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins de santé en raison d'incapacité de travail primaire et d'invalidité.

L'intervention du fonds de solidarité dans une année calendrier est égale à 90% du maximum entre les versements effectués par le preneur dans l'année calendrier dans laquelle s'est produit l'accident ou la maladie qui est la cause de l'invalidité (les versements effectués après la date de l'accident ou de la maladie ne sont pas pris en compte pour le calcul du maximum) et les versements effectués par le preneur dans l'année calendrier précédente.

Ce maximum ne peut toutefois jamais dépasser la prime maximale qui peut être versée dans le cadre du Plan de Pension Libre Complémentaire pour cette année calendrier.

Le fonds de solidarité prend en charge le financement par trimestre à raison 1/4 du maximum précité.

Le fonds de solidarité intervient pour la première fois par un prorata d'ouverture du dernier jour du trimestre de l'ouverture du droit aux prestations et la dernière fois par un prorata final au moment où le droit aux prestations cesse.

Aussi longtemps que dure l'intervention du fonds de solidarité, l'assuré reste affilié au régime de solidarité.

b) Le versement d'une rente trimestrielle.

Le versement d'une rente, déduction faite des éventuelles retenues fiscales, sociales ou autres imposées à la compagnie, pendant les périodes d'indemnisation dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins de santé en raison d'incapacité de travail primaire et d'invalidité.

La rente est payable par fractions trimestrielles à terme échu, la première fois par un prorata initial le dernier jour du trimestre de l'ouverture du droit aux prestations et la dernière fois par un prorata final au moment où le droit aux prestations cesse. Cette rente sera payée au bénéficiaire « ACRI - Rente » stipulé aux conditions particulières, à défaut au preneur.

Le montant de la rente trimestrielle est égale à 1/4 de l'intervention mentionnée au point a) de cet article.

COMMENT LE TAUX DE PRESTATION EST-IL FIXÉ ?

Article 5

a) Le taux de prestation est fixé en fonction de critères économiques.

Il y a intervention pour autant que le degré d'invalidité s'élève à minimum 67%. Lorsque cette condition est remplie, le degré d'intervention est fixé à 100%.

b) L'invalidité existant au moment de la prise d'effet ou au moment de la remise en vigueur de la présente assurance, au moment de l'extension des garanties ou résultant d'un risque exclu, n'intervient pas pour la détermination du degré d'intervention.

Le degré d'intervention qui en résulte sera déduit de celui déterminé au point a) du présent article..

A PARTIR DE QUAND LE DROIT AUX PRESTATIONS S'OUVRE-T-IL ? QUAND CESSE-T-IL ?

Article 6

1) Le droit aux prestations s'ouvre :

a) au plus tôt le premier jour de l'affiliation au régime de solidarité;

b) à l'expiration du délai de carence pour autant que le degré d'intervention s'élève à minimum 67%.

Si une nouvelle invalidité survient pour la même cause dans les deux semaines qui suivent la fin de l'invalidité précédente, un nouveau délai de carence ne sera pas appliqué.

2) Le droit aux prestations cesse :

a) lorsque le degré d'intervention est inférieur à 67%;

b) en cas de décès de l'assuré;

c) au moment de la mise à la retraite de l'assuré;

d) à la date finale du Plan.

Cette date finale ne peut se situer après la fin de l'année d'assurance dans laquelle l'assuré atteint 65 ans ;

e) au moment de la liquidation du Plan;



- f) à l'expiration de la période de garantie comme indiqué sur l'extrait ;
- g) quand l'assuré choisit son domicile en dehors de la Belgique.

DANS QUELS CAS N'Y A-T-IL PAS DE PRESTATIONS ?

Article 7

1. La prestation n'est JAMAIS acquise lorsque l'invalidité ou l'incapacité résulte:

- a) d'un événement de guerre, guerre civile ou de faits de même nature, en qualité de civil ou de militaire;
- b) d'une faute lourde de l'assuré, du preneur, du bénéficiaire ou de leurs ayants-droit définie comme suit :
 - 1) participation volontaire de l'assuré à des émeutes ou à tous actes de violence collectifs, à moins qu'il n'y ait pris part en qualité de membre des forces chargées du maintien de l'ordre ou qu'il ne se trouve dans un cas de légitime défense;
 - 2) participation volontaire de l'assuré à un crime ou à un délit, à des rixes, paris ou défis ;
 - 3) tout fait intentionnel de l'assuré, du preneur, du bénéficiaire ou de leurs ayants-droit ayant pour conséquence, l'invalidité de l'assuré.
La garantie reste toutefois acquise à l'assuré agissant dans le cadre d'un sauvetage de personnes ou de biens;
 - 4) tentative de suicide de l'assuré;
 - 5) ivresse, intoxication alcoolique, alcoolisme, toxicomanie ou usage non thérapeutique de médicaments, stimulants, drogues, stupéfiants ou de substances hallucinogènes, sauf s'il est prouvé qu'il n'existe aucun lien de cause à effet entre ces états et l'invalidité de l'assuré;
- c) d'une infirmité ou d'un état de santé déficient de l'assuré qui existait déjà au moment de la prise d'effet de l'assurance, au moment de l'extension ou de la remise en cours des garanties contractuelles;
Lors d'une extension, les garanties qui sont acquises sur base des clauses qui existaient avant cette extension, restent d'application.

2. La garantie n'est plus accordée à partir du moment où l'assuré ne reçoit plus de prestation légale de sécurité sociale d'indépendant se rapportant à son incapacité de travail primaire ou son invalidité.

3. L'indemnisation est diminuée de 50% si l'incapacité résulte :

- a) de la pratique, en tant que conducteur ou passager, de la moto, du quad ou du cyclomoteur:
 - équipé d'un moteur dont la cylindrée dépasse 49 cc;
 - ou dont la vitesse peut dépasser 40 km/h sur terrain plat.

- b) de la pratique des sports de combat, de défense et des arts martiaux;
- c) de la pratique des sports suivants : le saut à l'élastique, le bobsleigh, le karting, la plongée sous-marine, l'alpinisme, la spéléologie;
- d) de la pratique des sports aériens (parachutisme, vol à voile, deltaplane, ULM, parasailing, ...).

QUELLE EST L'ÉTENDUE TERRITORIALE ?

Article 8

L'assurance est valable dans le monde entier pour autant que l'assuré ait son domicile légal ou sa résidence habituelle en Belgique et qu'un contrôle de l'invalidité puisse être exercé en Belgique.

QUE SE PASSE-T-IL EN CAS DE MODIFICATION AU REGLEMENT DE SOLIDARITE ?

Article 9

Ce règlement de solidarité peut être modifié unilatéralement par la compagnie en cas de modifications au régime de la sécurité sociale pour indépendants, à la législation fiscale, au régime de la Pension Libre Complémentaire, à la législation applicable aux assurances vie et aux compagnies d'assurance, pour autant que ces modifications ont une influence sur le Plan, le régime de solidarité ou la compagnie. Dans le cas susmentionné, le règlement de solidarité modifié sera transmis aux preneurs d'assurance. Il prendra effet à ce moment. Sauf stipulation contraire au nouveau règlement, les modifications n'ont pas d'effet rétroactif.

QUELLES SONT LES OBLIGATIONS À REMPLIR PAR LE PRENEUR ?

Article 10

- a) Sous peine d'encourir la déchéance du droit aux prestations, tout accident ou maladie ayant entraîné ou susceptible d'entraîner l'invalidité de l'assuré doit être déclaré par écrit à la compagnie (sur un formulaire émanant de celle-ci) dans le délai d'un mois à dater de la survenance de l'accident ou de la maladie.
La déchéance n'est pas encourue si la déclaration est faite dans un délai d'un an, à partir du jour de l'accident ou du jour où la maladie s'est déclarée, s'il a été établi qu'il a été impossible de faire plus tôt ladite déclaration et s'il est encore possible d'effectuer le contrôle médical prévu à l'article 11.
- b) Lors de la déclaration, l'assuré est tenu de produire la preuve qu'il bénéficie d'une intervention légale suite à son invalidité ainsi que la preuve de la période durant laquelle il a été en invalidité pendant une période ininterrompue. Cette preuve peut être établie par une attestation de la mutualité stipulant que l'assuré bénéficie d'une allocation d'invalidité.
Pour pouvoir continuer à bénéficier de l'intervention du fonds de solidarité, cette preuve doit être introduite au plus tard à la fin de chaque mois.

La compagnie se réserve le droit de faire contrôler à tout moment si l'assuré est toujours invalide.

- c) L'assuré autorise ses médecins traitants à communiquer aux médecins-conseils de la compagnie, toutes les informations qu'ils possèdent sur son état de santé..
- d) Les mesures nécessaires doivent être prises pour que les délégués de la compagnie puissent rencontrer l'assuré et que ses médecins-conseils puissent l'examiner en tout temps. Ils doivent être à même de remplir, en Belgique, toutes les missions jugées nécessaires par la compagnie dans un délai de 30 jours à dater de la notification émanant de celle-ci.
- e) Toute diminution du degré d'invalidité ainsi que la fin de l'invalidité doit être signalé à la compagnie dans un délai d'un mois. En cas d'omission, toutes sommes indûment payées par la société devront lui être restituées.

CONTROLE ET ARBITRAGE

Article 11

- a) Sur base des renseignements fournis, la compagnie juge de la réalité, de la durée et du degré de l'invalidité. Elle mandate éventuellement un médecin afin de contrôler l'invalidité et notifie sa décision à l'assuré.

Cette décision est considérée comme acceptée si l'assuré ne signifie pas, par écrit, à la compagnie son désaccord dans les 16 jours de la notification.

- b) Toute contestation médicale peut être soumise à deux experts médecins, l'un nommé par l'assuré et l'autre par la compagnie, pour être tranchée définitivement et irrévocablement par ceux-ci..

En cas de désaccord, les experts peuvent s'adjoindre un troisième expert, qui décide souverainement. Cette décision liera irrévocablement les parties qui s'engagent formellement à accepter les conclusions du rapport.

Si l'une des parties ne nomme pas son expert ou si les deux experts ne s'entendent pas sur le choix du troisième, la désignation peut être faite par le Président du Tribunal de Première Instance du domicile de l'assuré, à la demande de la partie la plus diligente.

Chacune des parties supporte les honoraires et frais de son expert. Les honoraires et frais du troisième expert, les frais de sa désignation ainsi que les frais d'examen complémentaires sont partagés par moitié.

Les experts sont dispensés de toutes formalités judiciaires.

QUELLES SONT LES CONSÉQUENCES DU REGLEMENT, DE LA RESILIATION, DU RACHAT DU PLAN ?

Article 12

Après liquidation, résiliation ou rachat du Plan, le preneur d'assurance n'est plus affilié au régime de solidarité.

DESEQUILIBRE FINANCIER**Article 13**

Si les actifs du fonds de solidarité sont insuffisants pour couvrir les provisions et dettes, le fonds de solidarité propose à la Commission Bancaire Financière et des Assurances (CBFA) un plan de redressement afin de remédier à cette situation.

Si ce plan ne rétablit pas l'équilibre financier, la compagnie augmentera la contribution de solidarité ou mettra fin au régime de solidarité et passera à la liquidation du fonds de solidarité conformément à l'article 15 du présent règlement.

GESTION DISTINCTE**Article 14**

La compagnie gère le fonds de solidarité d'une façon totalement distincte des ses autres activités.

Le fonds est débité par le paiement à la compagnie des contributions de solidarité reçues. Il n'y a pas de frais à charge du fonds de solidarité.

La compagnie prend inconditionnellement à sa charge toutes les obligations du fonds de solidarité.

Le preneur d'assurance est le bénéficiaire direct des prestations de solidarité prévues par ce règlement de solidarité.

ARRET ET LIQUIDATION DU REGIME**Article 15**

La compagnie peut à tout moment mettre fin au régime de solidarité moyennant un préavis de 12 mois.

Si la période de garantie prend fin durant le préavis, elle ne pourra pas être renouvelée.

La cessation du régime de solidarité n'entraîne toutefois pas la fin des prestations relative à une invalidité qui a commencé durant une période d'affiliation et avant le terme du préavis.

En conséquence, le régime de solidarité ne cessera ses effets qu'à partir du moment où toutes les obligations en cours auront pris fin. L'arrêt effectif s'accompagnera de la liquidation du fonds de solidarité. Le fonds est liquidé en distribuant les actifs parmi les preneurs d'assurance proportionnellement aux réserves constituées dans le Plan.

Si le fonds de solidarité est dissous afin de continuer le fonds de solidarité auprès d'une autre institution reconnue à cette fin, les actifs seront transférés vers cette institution.

LOI APPLICABLE**Article 16**

La loi belge est applicable au PLAN.

Sans préjudice de la possibilité d'intenter une action en justice, toute plainte au sujet de ce règlement de solidarité peut être adressée au

Service Ombudsman
Square de Meeûs 35
1000 Bruxelles