



Conditions
générales

P&V Top-Hat Plus Plan (classique)

Engagement de pension individuel

REF. 840F (01.2021)



Sommaire

Sommaire.....	2
Chapitre I. Définitions et notions	3
Chapitre II. Éléments du présent contrat d'assurance.....	4
Chapitre III. Transfert de droits	4
Chapitre IV. Principes de fonctionnement.....	5
Article 1 – Bases du contrat d'assurance.....	5
Article 2 – Garantie de l'assurance	5
Article 3 – Date de prise d'effet et date d'expiration	5
Article 4 – Droits de l'organisateur	5
Article 5 – Droits de l'affilié	7
Article 6 – Paiement de la prestation assurée en cas de vie.....	8
Article 7 – Paiement de la prestation assurée en cas de décès	9
Article 8 – Réduction, conversion et rachat.....	9
Article 9 – Défaut de paiement de prime	10
Chapitre V. Etendue de la garantie en cas de décès	11
Article 10 – Garantie mondiale	11
Article 11 – Risques exclues	11
Chapitre VI. Clauses spéciales	12
Article 12 – Participation aux bénéfices.....	12
Article 13 – Indexation.....	12
Article 14 – Assurance complémentaire accidents.....	12
Article 15 – Assurances complémentaires incapacité de travail I1 et/ou I2.....	15
Article 16 – Dispositions générales relatives aux assurances complémentaires	21
Chapitre VII. Terrorisme.....	22
Chapitre VIII. Juridiction, droit applicable et dispositions fiscales	23
Article 17 - Juridiction	23
Article 18 – Droit applicable et dispositions fiscales	23
Chapitre IX. Communications	24
Article 19 - Notifications	24
Article 20 - Résidence	24
Article 21 – Modification du (des) bénéficiaire(s) effectif(s) ou du (des) mandataire(s) de la personne morale.....	24
Article 22 – Personnes politiquement exposées	25
Mentions légales.....	26



P&V Top-Hat Plus Plan

Chapitre I. Définitions et notions

Engagement individuel de pension

L'engagement d'une pension complémentaire par un organisateur à un dirigeant d'entreprise et/ou à ses ayants droit. En vue du financement de l'engagement, l'organisateur conclut un contrat d'assurance avec l'organisme de pension sur la tête du dirigeant d'entreprise.

L'engagement de pension est régi par la Convention de pension et les Conditions générales et particulières du contrat d'assurance.

Organisme de pension (= la compagnie)

P&V Assurances sc, établie en Belgique, 1210 BRUXELLES, Rue Royale 151. L'organisme de pension porte également le nom de compagnie dans les documents et la correspondance.

Organisateur (= le preneur d'assurance)

La personne morale qui accorde l'engagement de pension et qui conclut le contrat d'assurance auprès de l'organisme de pension. L'organisateur porte également le nom de preneur d'assurance dans les documents et la correspondance.

Affilié (= l'assuré = le bénéficiaire en cas de vie)

Le dirigeant d'entreprise qui bénéficie d'un engagement de pension ainsi que l'ancien dirigeant d'entreprise qui continue à bénéficier de droits actuels ou différés conformément à la Convention de pension.

L'affilié, sur la tête duquel repose l'assurance, porte également le nom d'assuré dans les documents et la correspondance.

Bénéficiaire(s) en cas de décès

La personne (les personnes) qui a (ont) droit aux prestations assurées en cas de décès de l'assuré avant qu'il n'ait atteint l'âge de la pension, à moins que les prestations assurées n'aient déjà été versées conformément à la Convention de pension.

Age de la pension

L'âge de l'affilié à l'échéance de l'engagement de pension comme stipulé dans les Conditions particulières.

Cet âge contractuel de la pension ne peut être inférieur à l'âge légal de la pension en vigueur au moment de la conclusion de l'engagement de pension.

En cas de modification de l'âge contractuel de la pension, le nouvel âge contractuel de la pension ne pourra être inférieur à l'âge légal de la pension en vigueur au moment de la modification.

Mise à la retraite

La prise de cours effective de la pension de retraite relative à l'activité professionnelle qui a donné lieu à la constitution des prestations.

Conditions générales

L'ensemble des dispositions régissant les principes et les modalités d'application, en vigueur pour tous les contrats d'assurance de la même nature souscrits auprès de l'organisme de pension et décrivant notamment la portée des couvertures.

Convention de pension

La convention stipulant les droits et obligations de l'organisateur, de l'affilié et de ses ayants droit ainsi que ceux de l'organisme de pension, mais aussi les règles d'exécution de l'Engagement individuel de pension.

La convention précise notamment le mode d'acquisition des réserves et prestations du contrat d'assurance.

Conditions particulières

L'ensemble des dispositions qui régissent les droits et obligations spécifiques du preneur d'assurance, de l'assuré et/ou du bénéficiaire envers l'organisme de pension découlant de la Convention de pension.

Elles peuvent notamment énumérer la nature de la couverture, les montants assurés, la date d'expiration, les primes et le bénéficiaire.

Réserves acquises

Les réserves constituées auxquelles l'affilié a droit à un certain moment conformément à la Convention de pension.

Prestations acquises

Les prestations auxquelles l'affilié peut prétendre à l'âge de la pension conformément à la Convention de pension lorsqu'il laisse ses réserves acquises auprès de l'organisme de pension sans autre paiement de prime.



Les prestations assurées

- pour l'assurance principale : les montants assurés en cas de vie et/ou de décès. La formule est en fonction du rapport entre ces montants assurés ;
- pour les assurances complémentaires : les montants assurés en cas d'accident et/ou d'incapacité de travail.

La réduction du contrat d'assurance

La diminution de la prestation assurée en cas de vie suite à la cessation du paiement des primes avec maintien des prestations assurées en cas de décès.

La conversion du contrat d'assurance

La diminution des prestations assurées en cas de vie et de décès suite à la cessation du paiement des primes avec maintien de la combinaison de l'assurance principale.

Le rachat du contrat d'assurance

La résiliation du contrat par le preneur d'assurance avant le terme du contrat avec paiement éventuel par l'organisme de pension de la valeur de rachat.

L'avance

La possibilité d'obtenir un paiement anticipé de la prestation assurée en cas de vie.

La participation aux bénéfices

L'augmentation annuelle des prestations assurées en fonction des résultats de l'organisme de pension.

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.

Chapitre II. Éléments du présent contrat d'assurance

Le présent contrat d'assurance est une assurance vie qui prévoit le financement d'une pension (de survie) complémentaire.

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

Les Conditions générales et particulières du présent contrat d'assurance forment, avec la Convention de pension, l'engagement individuel de pension.

Les Conditions générales sont soumises aux dispositions de la Convention de pension et des Conditions particulières.

Les garanties choisies sont stipulées dans les Conditions particulières.

Chapitre III. Transfert de droits

Conformément aux modalités des présentes Conditions générales et de la Convention de pension, l'organisateur cède les droits suivants à l'affilié :

- le droit de modifier le(s) bénéficiaire(s) en cas de décès ;
- le droit de prendre une avance ;
- le droit de mettre le contrat d'assurance en gage ;
- le droit de transférer le contrat d'assurance à un autre organisme de pension à partir du moment de la cessation des activités de l'affilié auprès de l'organisateur.

Tant qu'il est en service auprès de l'organisateur, l'affilié ne peut modifier lui-même les garanties.



Chapitre IV. Principes de fonctionnement

Article 1 – Bases du contrat d'assurance

Le contrat d'assurance est soumis aux dispositions légales et réglementaires belges régissant l'assurance sur la vie. Il est établi sur la base des informations fournies sincèrement et sans réticence par l'organisateur et l'affilié.

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

Article 2 – Garantie de l'assurance

Le contrat d'assurance garantit le paiement aux bénéficiaires des prestations assurées, à condition que les primes soient payées.

Article 3 – Date de prise d'effet et date d'expiration

Le contrat d'assurance sort ses effets à la date mentionnée dans les Conditions particulières, mais pas avant la signature des Conditions particulières et de la Convention de pension par l'organisateur et le paiement 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 de l'article 15.13.

Le contrat d'assurance prend fin :

- de plein droit lors de la mise à la retraite de l'affilié;
- en cas de paiement antérieur de la prestation de pension complémentaire ou de la réserve acquise;
- en cas de résiliation, annulation ou rachat;
- en cas de décès de l'affilié.

Article 4 – Droits de l'organisateur

4.1. Paiement des primes

Les primes sont payées suivant les dispositions de la Convention de pension et comme indiqué aux Conditions particulières. Le paiement est facultatif.

Le paiement s'effectue aux différents comptes en banque ou aux comptes de chèques postaux de la compagnie ou entre les mains des personnes chargées d'encaisser les primes mais seulement contre quittances émanant de l'organisme de pension.

Tous suppléments frappant le contrat d'assurance ou qui viendraient à le frapper font partie des primes.

4.2. Délai de réflexion

L'organisateur a le droit de résilier son contrat d'assurance dans les 30 jours à compter de sa prise d'effet.

Si ce contrat d'assurance est utilisé comme garantie pour un prêt ou un crédit, l'organisateur a le droit de résilier le contrat dans les 30 jours après la notification attestant que le crédit n'est 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 contre récépissé. La date de la poste, de la notification ou la date mentionnée sur le récépissé fait foi de date de résiliation. Le cas échéant, l'organisateur devra renvoyer à l'organisme de pension l'exemplaire de la police en sa possession ou, à défaut, une déclaration de perte signée.

Dans les deux cas, l'organisme de pension remboursera la (les) prime(s) versée(s), déduction faite des sommes consommées pour la couverture du risque.



4.3. Modification ou cessation du contrat d'assurance

L'organisme de pension ne peut apporter aucune modification unilatérale aux Conditions générales ou aux Conditions particulières du contrat d'assurance.

L'organisateur peut modifier ou abroger l'engagement individuel de pension moyennant le respect de la législation applicable et d'autres engagements éventuels.

En aucun cas, il ne peut cependant être porté atteinte à l'acquis des réserves constituées et des prestations accumulées par les primes déjà payées ou restant à payer à ce moment jusqu'au moment de la modification ou de l'abrogation de l'engagement de pension individuel.

En cas de modification ou cessation de l'engagement de pension, l'organisateur doit demander par écrit l'adaptation du contrat d'assurance. L'organisme de pension confirme toute adaptation en rédigeant de nouvelles Conditions particulières ou en établissant un avenant aux Conditions particulières.

L'organisateur remet à l'affilié le texte des modifications apportées à la Convention de pension et aux Conditions particulières.

Bien que le paiement de prime ne soit pas obligatoire dans la relation organisateur/organisme de pension, et sans préjudice de l'application des dispositions précédentes, la réduction ou l'abrogation unilatérale de l'engagement individuel de pension par l'organisateur à l'égard de l'affilié à ce moment n'est en outre possible que si une ou plusieurs des circonstances décrites ci-dessous se produisent :

- en cas d'introduction d'une nouvelle jurisprudence ou en cas de modification ou d'amendement de la jurisprudence existante, des directives de l'autorité de contrôle et/ou d'autres mesures ou de circonstances concrètes entraînant, directement ou indirectement, l'augmentation du prix de revient de l'engagement de pension pour l'organisateur ;
- au cas où la législation relative à la sécurité sociale à laquelle cet engagement de pension constitue un complément devait subir des modifications fondamentales ;
- au cas où des développements économiques internes ou externes à l'entreprise devaient exclure que le maintien de l'engagement individuel de pension (dans sa forme inchangée) reste en conformité avec la saine gestion de l'entreprise.

Si l'organisateur notifie à l'organisme de pension son intention ou sa décision de modifier ou de résilier l'engagement individuel de pension, l'organisme de pension part du principe que les conditions et les formalités dans la relation entre l'organisateur et l'affilié sont remplies.

4.4. Transfert des réserves vers un autre organisme de pension

Le présent point ne s'applique que si la police a une valeur de rachat (voir point 8).

Tant que l'affilié ne met pas un terme à ses activités auprès de l'organisateur, ce dernier peut racheter le contrat d'assurance à tout moment dans le but de transférer les valeurs de rachat théoriques à une autre entreprise d'assurances agréée en Belgique ou à une entreprise d'assurances habilitée à opérer par l'intermédiaire d'une agence ou d'une prestation de services libre, ou à un fonds de pension agréé en Belgique ou habilité à exercer son activité en Belgique.

Pour un contrat d'assurance dont la somme des valeurs de rachat à transférer dépasse 1 250 000 EUR, l'Autorité des services et marchés financiers peut s'opposer à ce transfert s'il met en péril l'équilibre de la compagnie d'assurances.

Les montants mentionnés sont indexés 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.

4.5. Remise en vigueur

L'organisateur peut remettre en vigueur le contrat d'assurance réduit, converti ou racheté, à concurrence des montants assurés en date de la réduction, de la conversion ou du rachat, pendant un délai de trois mois en cas de rachat et de 3 ans en cas de réduction ou de conversion.

La remise en vigueur s'effectue aux conditions initiales moyennant paiement préalable de l'arriéré de primes. Si le contrat d'assurance a été racheté, la totalité de la valeur de rachat doit être remboursée. Une nouvelle prime sera calculée en fonction de l'âge de l'affilié à ce moment-là, et en fonction de la réserve disponible au moment de la remise en vigueur.



Toute remise en vigueur est soumise à un examen du risque en vigueur à ce moment-là. Les frais de l'examen médical éventuel sont à charge de l'organisateur.

La remise en vigueur prend effet après notification par l'organisme de pension à l'organisateur.

Article 5 – Droits de l'affilié

Les dispositions relatives à la propriété et au rachat de la police ne s'appliquent que si le contrat d'assurance a une valeur de rachat (voir point 8).

5.1. Propriété du contrat d'assurance

La police d'assurance qui a été conclue en vue de l'exécution de l'engagement individuel de pension, devient la propriété de l'affilié.

Cette règle s'applique également à la partie du contrat d'assurance qui est financée par les réserves acquises en raison d'un emploi précédent.

5.2. Bénéficiaires

Le bénéficiaire en cas de vie est toujours l'affilié.

L'affilié peut désigner un ou plusieurs bénéficiaires en cas de décès suivant les dispositions de la Convention de pension. Toute modification doit être communiquée par écrit à l'organisme de pension par le biais d'une lettre datée et signée par l'organisateur avant le décès de l'affilié.

Tout bénéficiaire peut accepter le bénéfice du présent contrat d'assurance. Cette acceptation ne peut se faire que par un avenant à la police émis par l'organisme de pension et signé par le bénéficiaire, l'organisateur et l'organisme de pension. Dès ce moment, l'organisateur ne peut plus modifier le contrat d'assurance ni exercer les droits qui lui sont conférés par le présent contrat d'assurance sans l'accord explicite du bénéficiaire acceptant.

5.3. Avances et mises en gage

Des avances sur les prestations, des mises en gage de droits de pension utilisées pour garantir un prêt et l'attribution de la valeur de rachat à la reconstitution d'un crédit hypothécaire peuvent être attribuées afin de permettre à l'affilié d'acquérir, construire, améliorer, restaurer ou transformer des biens immobiliers situés dans un état membre de l'Espace économique européen et productifs de revenus imposables en Belgique ou dans un autre état membre de l'Espace économique européen, à condition que les avances ou les prêts couverts soient remboursés si les biens mentionnés ci-dessus sortent du patrimoine de l'affilié

L'affilié peut obtenir l'avance conformément aux modalités indiquées dans le contrat d'avance.

Les stipulations du présent paragraphe ne s'appliquent pas aux assurances couvrant uniquement le risque temporaire de décès.

L'avance maximale accordée ne peut excéder la valeur de rachat, compte tenu des éventuelles retenues légales et diminuée d'une année d'intérêts.

L'avance minimale autorisée s'élève à 2.500 EUR.

5.4. Droit de transfert en cas de cessation des activités auprès de l'organisateur

Lorsqu'il est mis fin au mandat de l'affilié auprès de l'organisateur (pour quelque raison que ce soit), le paiement des primes est cessé. Les réserves et les prestations sont acquises par l'affilié et le droit au rachat lui est cédé.

Au moment de la cessation de son mandat, l'affilié a le choix entre les possibilités suivantes :

l° laisser les réserves acquises auprès de l'organisme de pension, et ce, sans aucune modification de l'engagement de pension ;



2° transférer les réserves acquises vers un organisme de pension qui gère les réserves conformément à la législation en matière de pension complémentaire pour dirigeants d'entreprise.

Cependant, les transferts seront limités à la partie des réserves n'ayant fait l'objet d'aucune avance ni mise en gage ou n'ayant pas été attribuée dans le cadre de la reconstitution d'un prêt hypothécaire.

5.5. Rachat

Il n'est pas autorisé d'autres rachats que ceux autorisés par la loi à l'occasion d'un transfert de réserves dans le cadre d'une sortie de la structure de l'organisateur ou à l'occasion du prélèvement d'une avance, d'une mise en gage et de la reconstitution d'un crédit hypothécaire.

L'affilié d'un engagement de pension conclu avant le 1^{er} janvier 2016 et pour lequel les dispositions transitoires prévues à l'article 26 de la Loi (*) sont d'application, peut exercer son droit au rachat de ses réserves à partir de l'âge stipulé dans la loi précitée.

En cas de rachat, il est mis fin au contrat d'assurance. Il est également mis fin de plein droit à l'engagement de pension.

(*) Loi visant à garantir la pérennité et le caractère social des pensions complémentaires et visant à renforcer le caractère complémentaire par rapport aux pensions de retraite (18 décembre 2015 – MB 24.12.2015)

Article 6 – Paiement de la prestation assurée en cas de vie

La prestation de pension complémentaire ou les réserves acquises sont liquidées lors de la mise à la retraite de l'affilié.

Si la mise à la retraite est postérieure à la date où l'affilié atteint l'âge légal de la pension en vigueur ou la date à laquelle il satisfait aux conditions pour obtenir sa pension de retraite anticipée de travailleur indépendant, la prestation de pension complémentaire ou les réserves acquises peuvent, à la demande de l'affilié, être liquidées à partir d'une de ces dates.

Information de l'organisme de pension et paiement

Au plus tard 90 jours avant la mise à la retraite de l'affilié, l'organisme de pension est informé par écrit de la mise à la retraite. S'il s'agit d'un paiement à la demande de l'affilié, ce dernier informera l'organisme de pension par écrit que les conditions au paiement sont remplies.

L'organisme de pension invitera l'affilié à lui transmettre les documents suivants :

- 1) une copie de sa carte d'identité ;
- 2) tout document que l'organisme de pension estime nécessaire pour le traitement du dossier tel qu'une preuve de la mise à la retraite légale ou une preuve que les conditions pour l'obtention de la pension de retraite anticipée en tant qu'indépendant sont remplies ;
- 3) la quittance de règlement, dûment signée.

Le montant net qui est mentionné sur la quittance de règlement sera payé dans les 30 jours de la réception de ces documents par l'organisme de pension, mais pas avant l'entrée en vigueur effective de la pension légale ou, le cas échéant, pas avant d'avoir atteint l'âge légal de la pension ou la date à laquelle les conditions pour l'obtention de la pension de retraite anticipée en tant qu'indépendant ne soient remplies.

Calcul de la prestation

Le montant de la prestation est calculé à la date de la mise à la retraite de l'affilié.

S'il s'agit d'un paiement à la demande de l'affilié, le montant de la prestation sera calculé à la date de la réception de la demande de paiement, mais pas avant la date de l'âge légal de la pension ou la date à laquelle les conditions pour l'obtention de la pension de retraite anticipée en tant qu'indépendant ne soient remplies.

Aucun intérêt ne sera attribué en cas de retard de paiement pour une circonstance indépendante de la volonté de l'organisme de pension.



Article 7 – Paiement de la prestation assurée en cas de décès

Dès que le décès est annoncé, le(s) bénéficiaire(s) en cas de décès sera (seront) prié(s) de transmettre les documents suivants à l'organisme de pension :

- 1) l'extrait officiel du certificat de décès ;
- 2) une copie de la carte d'identité du (des) bénéficiaire(s) en cas de décès, si celui-ci (ceux-ci) est (sont) nommément désigné(s) dans la convention
OU 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) si le(s) bénéficiaire(s) en cas de décès n'a (ont) pas été nommément désigné(s) dans la convention ;
- 3) tout autre document que l'organisme de pension pourrait estimer nécessaire pour le traitement du dossier, par exemple un certificat sur la cause du décès, établi par l'organisme de pension et à remplir complètement par le médecin qui a soigné l'affilié au cours de sa dernière maladie et/ou au moment du décès.

Après réception de ces documents par l'organisme de pension, une quittance de règlement sera rédigée et envoyée au(x) bénéficiaire(s). Dans les trente jours à compter de la réception par l'organisme de pension de la (des) quittance(s) de règlement signée(s), la prestation assurée en cas de décès sera versée.

Aucun intérêt ne sera attribué en cas de retard de paiement pour une circonstance indépendante de la volonté de l'organisme de pension.

Article 8 – Réduction, conversion et rachat

A chaque moment la réduction, la conversion ou le rachat du contrat d'assurance peut être demandé, sous réserve des dispositions mentionnées ci-dessus. Cette demande se fait obligatoirement par un écrit daté et signé.

Cependant, on n'accorde pas de droit à la réduction, à la conversion ou au rachat, et ce, ni pour les assurances décès temporaires, ni pour les assurances solde restant dû, si elles sont financées par des primes périodiques constantes payables pendant une période supérieure à la moitié de la durée du contrat d'assurance.

8.1. Réduction

En cas de réduction, les prestations assurées en cas de décès sont maintenues en y affectant la réserve disponible du contrat d'assurance, jusqu'à épuisement de celle-ci. Ainsi, la prestation assurée en cas de vie diminuera. La durée du contrat d'assurance peut, le cas échéant, être abrégée.

Il convient d'entendre par la réserve disponible, la réserve constituée auprès de l'organisme de pension suite à la capitalisation des primes payées, compte tenu des sommes utilisées. Au moment de la réduction, cette réserve disponible sera diminuée d'une indemnité de réduction et un montant forfaitaire de 75 EUR. Ce montant forfaitaire est indexé en fonction de l'indice "santé" des prix à la consommation (base 1988 = 100). L'indice à prendre en considération est celui du 2^{ème} mois du trimestre précédant la date de la réduction.

L'indemnité de réduction est égale à la valeur actuelle des frais annuels de gestion générale du contrat d'assurance jusqu'à la date finale du contrat initialement prévue, limitée à 0,5% de la valeur actuelle des primes de réduction. La prime de réduction est la prime prévue contractuellement, diminuée des frais de production, promotion et gestion. L'organisme de pension se réserve le droit de résilier les assurances complémentaires éventuelles. Dans ce cas, tout droit à indemnité pour cause d'une rechute d'une incapacité de travail antérieure, cesse d'exister.

La réduction est calculée et prend effet à la date de l'échéance de la première prime impayée.

8.2 Conversion

La conversion est une réduction avec maintien de la combinaison de l'assurance principale. Les prestations assurées en cas de décès et de vie sont dès lors réduites en fonction de la réserve disponible à ce moment-là. Il convient d'entendre par la réserve disponible, la réserve constituée auprès de l'organisme de pension suite à la capitalisation des primes payées, compte tenu des sommes utilisées. Au moment de la réduction, cette réserve disponible sera diminuée d'une indemnité de réduction et un



montant forfaitaire de 75 EUR. Ce montant forfaitaire est indexé en fonction de l'indice "santé" des prix à la consommation (base 1988 = 100). L'indice à prendre en considération est celui du 2ème mois du trimestre précédant la date de la conversion.

L'indemnité de réduction est égale à la valeur actuelle des frais annuels de gestion générale du contrat d'assurance jusqu'à la date finale du contrat initialement prévue, limitée à 0,5% de la valeur actuelle des primes de réduction. La prime de réduction est la prime prévue contractuellement, diminuée des frais de production, promotion et gestion.

L'organisme de pension se réserve le droit de résilier les assurances complémentaires éventuelles. Dans ce cas, tout droit à indemnité pour cause d'une rechute d'une incapacité de travail antérieure, cesse d'exister. Si la valeur de rachat ne s'élève pas à 600 EUR, on procédera au rachat au lieu de la conversion, sauf si l'organisateur s'y oppose expressément.

La date de l'échéance de la première prime impayée est prise en compte pour le calcul de la conversion. Celle-ci prend effet à la date de la demande écrite ou à l'échéance de la première prime impayée si cette échéance est antérieure à la date de la demande écrite.

8.3. Rachat

En cas de rachat, le contrat d'assurance est terminé par le paiement de la valeur de rachat. Cette valeur de rachat est calculée à la date de la demande écrite. La valeur de rachat correspond à 95% de la valeur de rachat théorique. Ce pourcentage s'accroît annuellement de 1 % au cours des cinq dernières années, afin d'atteindre 100 % au terme de la dernière année d'assurance.

Néanmoins, la valeur de rachat n'excédera en aucun cas la réserve disponible diminuée d'un montant de 75 EUR. Ce montant forfaitaire est indexé en fonction de l'indice "santé" des prix à la consommation (base 1988 = 100). L'indice à prendre en considération est celui du 2ème mois du trimestre précédant la date du rachat.

La valeur de rachat est liquidée à concurrence du capital assuré en cas de décès. Le solde éventuel de la valeur de rachat est affecté à la constitution de prestations assurées en cas de vie. Ce complément à la valeur de rachat est payable à la date finale conformément aux Conditions particulières du contrat d'assurance.

Il n'existe aucun droit au rachat pour des assurances prévoyant exclusivement des prestations en cas de vie.

Le rachat sort ses effets à la date à laquelle la quittance de rachat est signé pour accord.

Pour obtenir la valeur de rachat, la preuve du paiement de la dernière prime doit être restituée.

Article 9 – Défaut de paiement de prime

Le non-paiement de la prime a pour conséquence la réduction du contrat d'assurance. L'organisme de pension avertit l'organisateur par écrit des conséquences du non-paiement des primes.

Si la valeur de rachat théorique ne suffit pas pour maintenir la prestation assurée en cas de décès, la réduction de cette prestation ne sort ses effets qu'après l'expiration d'un délai de 30 jours à dater de l'envoi, par lettre recommandée, d'une mise en demeure, indiquant les conséquences du non-paiement. Ce délai s'applique en outre à la cessation des assurances complémentaires éventuelles.

Si l'organisateur a entre-temps demandé le rachat par écrit ou qu'il ait déclaré cesser le paiement des primes, les dispositions du point 8 seront d'application.

Les contrats d'assurance ne donnant pas droit à la réduction sont annulés après un délai de 30 jours à compter de l'envoi d'une lettre recommandée mentionnant les conséquences du non-paiement.

L'organisme de pension avertira le bénéficiaire acceptant du non-paiement d'une prime, au moyen d'une lettre recommandée. Le bénéficiaire acceptant a le droit de poursuivre le paiement des primes dans le délai de 30 jours prévu au présent point.



Chapitre V. Etendue de la garantie en cas de décès

Article 10 – Garantie mondiale

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

Article 11 – Risques exclus

Dans le cas des risques exclus énoncés dans la présente disposition, l'organisme de pension paie la valeur de rachat théorique éventuelle, calculée au jour du décès. L'organisme de pension ne versera cependant aucun montant au bénéficiaire qui a causé intentionnellement le décès de l'affilié ou qui en a été l'instigateur.

11.1. Suicide de l'affilié

Le suicide de l'affilié est couvert s'il se produit après la première année suivant la date d'entrée en vigueur ou de 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.

11.2. Fait intentionnel

Le décès de l'affilié résultant du fait intentionnel ou de l'instigation d'un bénéficiaire quelconque, n'est pas couvert. Un fait intentionnel est un fait posé avec l'intention de causer des dommages corporels à l'affilié. Si le bénéficiaire n'est désigné comme tel que pour une partie des prestations assurées, cette clause ne sera applicable que pour la partie correspondante du contrat d'assurance.

11.3. Navigation aérienne

Le décès de l'affilié des suites d'un accident d'un appareil de navigation aérienne dans lequel il s'est embarqué en tant que passager n'est pas couvert lorsqu'il s'agit d'un appareil :

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

11.4. Émeutes

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

11.5. Guerre

N'est pas couvert le décès par un événement de guerre, par des faits analogues ou par une guerre civile. Cette exclusion est étendue à tout décès, quelle qu'en soit la cause, lorsque l'affilié participe activement aux hostilités. Toutefois, si les circonstances le justifient et moyennant l'accord de l'Autorité des services et marchés financiers, le risque de décès peut être couvert par convention particulière.



Chapitre VI. Clauses spéciales

Les dispositions du présent chapitre sont uniquement applicables si elles sont expressément mentionnées aux Conditions particulières.

Article 12 – Participation aux bénéfices

Ce contrat donne accès à la participation aux bénéfices, selon le dossier de répartition des bénéfices établi par l'organisme de pension et déposé aux autorités de contrôle. Le pourcentage de la participation bénéficiaire peut varier d'une année à l'autre et n'est nullement garanti.

Une participation bénéficiaire est accordée aux contrats d'assurance ayant une prime totale par an d'au minimum 495 euro ou ayant un versement d'une prime unique de minimum 4.950 euro ou pour lesquels la réserve disponible s'élève au minimum à 4.950 euro.

Il n'y a pas de droit à une participation bénéficiaire pour les prestations assurées en cas de décès pour les contrats du type Capital différé, Assurance temporaire en cas de décès et Assurance solde restant dû.

Les contrats d'assurance ayant donné lieu à l'octroi d'une avance ou qui ont été mises en gage auprès de l'organisme de pension, n'auront pas droit à la participation aux bénéfices à concurrence de la valeur de rachat théorique correspondant au moment de l'avance ou de la mise en gage.

L'organisme de pension se réserve le droit de modifier ces conditions d'octroi au cours du contrat d'assurance. Cette modification sera notifiée à l'organisateur au cours de l'année où les nouvelles conditions seront d'application.

Article 13 – Indexation

L'organisateur a le droit d'adapter le contrat d'assurance annuellement à l'évolution de la situation économique. Les prestations assurées de l'assurance principale, de l'assurance complémentaire accidents et de l'assurance complémentaire II prévues par le présent contrat peuvent alors être augmentées, sans nouvelles garanties médicales de la part de l'affilié.

Le droit à l'augmentation est supprimé après un délai de 6 mois suivant la date anniversaire de la prise d'effet du contrat. Le droit à l'augmentation des prestations de l'assurance complémentaire II expire au cas où l'affilié est atteint d'une incapacité de travail.

L'augmentation est déterminée par l'organisme de pension sur la base de l'évolution des prix à la consommation au cours de l'année précédente. La nouvelle prime suite à l'augmentation des prestations assurées sera calculée en fonction de la tarification en vigueur auprès de l'organisme de pension en date de l'augmentation, de l'âge atteint par l'affilié et de la durée restante du contrat d'assurance au moment de l'adaptation.

L'organisme de pension peut faire une proposition d'augmentation. L'organisateur peut toujours refuser cette proposition. L'augmentation des prestations assurées prend effet à la date indiquée dans la proposition d'indexation pour autant que la prime majorée soit payée. La proposition d'indexation est valable pendant 6 mois. Passé ce délai, l'organisateur perd le droit à l'indexation proposée pour l'année concernée.

Article 14 – Assurance complémentaire accidents

14.1. Garanties

L'organisme de pension s'engage à allouer les prestations assurées prévues aux Conditions particulières en cas d'accident corporel frappant l'affilié. Par accident, il faut entendre exclusivement tout événement soudain et anormal causé par une force extérieure. Pour autant que le décès de l'affilié résulte directement de l'accident et survienne dans les douze mois suivant l'accident, l'organisme de pension verse la prestation assurée au bénéficiaire en cas de décès.

En cas d'invalidité totale et permanente de l'affilié, l'organisme de pension verse la prestation assurée au bénéficiaire en cas de vie. L'invalidité permanente sera déterminée après la guérison des lésions et au plus tard un an après l'accident.



Le degré d'invalidité permanente du fait d'un accident garanti 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 sera assimilée à une invalidité totale.

14.2. Limites des garanties

L'assurance ne garantit pas :

- a. les maladies, même celles ayant une cause extérieure ;
- b. les suites de l'influence climatique. Les accidents causés par la foudre et l'aggravation des lésions encourues à l'occasion d'un accident couvert sont cependant couverts ;
- c. les accidents causés ou rendus possibles par la maladie, l'état morbide ou l'infirmité, ou par tout autre état anormal physique ou mental de l'affilié ;
- d. le suicide ou la tentative de suicide de l'affilié.

Ne sont pas compris dans la garantie les accidents causés, entretenus ou aggravés par la faute grave de l'affilié, de l'organisateur, du bénéficiaire ou de toute autre personne ayant un intérêt à la prestation.

Sont considérés comme faute grave :

- tout acte commis intentionnellement ou avec le consentement de l'affilié, de l'organisateur, du bénéficiaire ou d'une autre personne ayant un intérêt au versement des prestations ;
- toute participation à des délits ou bagarres, étant ou non la conséquence d'un comportement provocateur 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'affilié 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 existe un lien de cause à effet entre cet état et le sinistre.

L'assurance ne couvre pas les accidents :

- a. rendus possibles par la guerre 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'affilié n'y participait pas activement ou qu'il se trouvait en état de légitime défense ;
- c. qui sont la conséquence 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. provoqués par l'abus chronique d'alcool, de stupéfiants ou de médicaments, de toute forme de toxicomanie ou d'alcoolisme ;
- f. provoqués par des travaux en hauteur (plus de 15 mètres).

14.3. Extensions de la garantie

a. Euthanasie

L'assurance garantit le décès de l'affilié 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, 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 par exemple, 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'élégage 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 transporter des 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 par exemple, 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.

14.4. Restrictions des indemnisations

Lors de l'établissement du degré d'invalidité, il sera à tout le moins procédé à la déduction du pourcentage d'invalidité résultant de maladies, d'états morbides 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, l'organisme de pension peut limiter la prestation à concurrence du préjudice qu'elle a subi.

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

14.5. Garantie territoriale

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

14.6. Obligations

§1^{er}. En cas d'accident

Tout accident ayant engendré la mort doit être notifié par téléphone, e-mail ou télécopie dans un délai de 24 heures par les bénéficiaires.

En cas de déclaration tardive, l'organisme de pension peut réduire son intervention du préjudice qu'il a subi, à moins que la preuve ne soit fournie que la déclaration du sinistre a été communiquée dès que c'était raisonnablement possible.

L'organisme de pension peut demander des informations complémentaires ou faire procéder à ses frais à une autopsie. Le cas échéant, l'organisme de pension attendra les résultats avant de prendre position au sujet de la couverture du sinistre. S'il n'est pas satisfait à une de ces obligations, l'organisme de pension peut réduire son intervention du préjudice qu'il a subi.

L'affilié, l'organisateur ou le bénéficiaire est tenu, dans les huit jours, de faire part à l'organisme de pension, par lettre recommandée, de tout accident pouvant entraîner une invalidité totale et permanente. Cette déclaration devra être accompagnée d'un certificat médical détaillé du médecin traitant et délivré par l'affilié au médecin-conseil. 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 un an après l'accident.

Toutes les mesures permettant de hâter la guérison doivent être prises immédiatement. Dès que son état le permet, l'affilié est tenu de donner suite à tout appel du conseiller médical de l'organisme de pension.

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

Si l'affilié est victime d'une infirmité ou d'une maladie grave, l'organisme de pension doit en être avisé le plus rapidement possible par lettre recommandée.

14.7. 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, décès, annulation, expiration, réduction ou conversion. Elle n'a pas de valeur de rachat.
3. L'assurance prend fin au plus tard à l'âge de la pension de l'affilié.
4. L'organisme de pension peut résilier l'assurance dès que l'affilié cesse d'avoir son domicile ou sa résidence principale en Belgique.



Article 15 – Assurances complémentaires incapacité de travail I1 et/ou I2

15.1. Garanties

Restitution de prime I1

L'organisme de pension s'engage à procéder à la restitution de prime I1 assurée dans les Conditions particulières lorsque l'affilié subit, à la suite d'une maladie ou d'un accident, une incapacité de travail dont la durée dépasse le délai de carence convenu.

L'organisateur est le bénéficiaire du remboursement de la prime I1.

Rente annuelle I2

Si l'affilié subit, à la suite d'une maladie ou d'un accident, une incapacité de travail dont la durée dépasse le délai de carence convenu, l'organisme de pension verse la rente annuelle I2 prévue dans les Conditions particulières, et ce, dans le but d'indemniser la perte de revenus subie par l'affilié.

La rente annuelle assurée s'élève à maximum 100 % des revenus professionnels annuels, diminués des montants assurés d'autres couvertures d'incapacité de travail (légal ou complémentaires) prévoyant une prestation en cas d'incapacité de travail.

Le bénéficiaire de la rente annuelle I2 est l'affilié.

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'affilié et/ou de toute personne ayant un intérêt à l'assurance, ayant comme conséquence directe une lésion corporelle de l'affilié, 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'affilié. L'incapacité de travail est établie par décision médicale.

Délai de carence

Période pendant laquelle il n'y a pas de versement de prestations pour une incapacité de travail garantie.

Pour obtenir et conserver le droit à ces prestations assurées, l'incapacité de travail doit atteindre au moins 25 %. Toute référence ultérieure à l'incapacité physiologique sert uniquement à déterminer le montant de l'indemnité.

Les prestations assurées sont allouées en fonction du degré d'incapacité de travail. Celle-ci ne sera pas inférieure au taux d'incapacité physiologique, sauf disposition contraire prévue dans les Conditions particulières.

Une incapacité physiologique ou une incapacité de travail de 67 % ou plus est assimilée à une incapacité à 100 %.

Parallèlement à l'entrée en jouissance des prestations assurées, l'organisateur acquiert également le droit au remboursement proportionnel de la prime de l'assurance complémentaire incapacité de travail.

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.

Le degré d'incapacité de travail est également déterminé par les médecins concernés, durant la première année d'incapacité de travail, proportionnellement à la perte de l'aptitude physique ou psychique de l'affilié pour l'exercice des activités professionnelles de l'affilié mentionnées dans les Conditions particulières du contrat d'assurance. À partir de la deuxième année, le degré d'incapacité de travail sera exclusivement déterminé proportionnellement à la perte de l'aptitude physique ou psychique de l'affilié 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.



15.2. 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 comme étant celle de la prise d'effet de l'incapacité de travail. L'incapacité de travail subie avant l'expiration du délai de carence ne sera pas indemnisée. Il ne sera jamais appliqué de nouveau délai de carence après la fin d'une période d'incapacité de travail précédente pour laquelle des indemnités ont été payées :

- lorsque l'assuré subit dans les trois mois une incapacité de travail par suite d'un accident ou d'une maladie déjà garantie antérieurement ;
- en cas de retrait de matériel d'ostéosynthèse, à savoir des outils mécaniques tels que des vis, plaques, boulons ou fils métalliques permettant de réunir des fragments d'un os fracturé.

15.3. Versement des prestations assurées

Dès que l'incapacité de travail atteint 67 %, le bénéficiaire recevra par journée d'incapacité de travail 1/365^e de la prestation assurée. Si le degré d'incapacité de travail est inférieur à 67 %, la prestation sera proportionnelle au degré d'incapacité de travail.

Lorsqu'une prestation est réclamée, on examine si la rente annuelle assurée dépasse la couverture maximale visée ci-dessus. Le cas échéant, on réduit la rente assurée à cette couverture maximale.

En cas de réduction de la rente annuelle lors d'un sinistre, l'organisme de pension rembourse à l'organisateur la partie de la prime que ce dernier a payé 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.

La rente est payable mensuellement, et pour la première fois trente jours 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 l'annulation de la police. Dans tous les cas, le droit à la prestation s'éteint dès que l'affilié reçoit une pension légale, même si les droits à la pension proprement dits ont été suspendus temporairement pour quelque motif que ce soit.

15.4. Limitation des garanties

1. Ne sont pas comprises dans la garantie les incapacités de travail causées, entretenues ou aggravées par la faute grave de l'affilié, de l'organisateur, du bénéficiaire ou de toute autre personne ayant un intérêt à la prestation.

Sont considérés comme faute grave :

- tout acte commis intentionnellement ou avec le consentement de l'affilié, de l'organisateur, du bénéficiaire ou d'une autre personne ayant un intérêt au versement des prestations ;
- toute participation à des délits ou bagarres, étant ou non la conséquence d'un comportement provocateur 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'affilié 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 existe un lien de cause à effet entre cet état et le sinistre.

2. Ne sont pas non plus comprises dans la garantie les incapacités de travail causées, entretenues ou aggravées par :

- toute tentative de suicide de l'affilié ;
- des troubles subjectifs sans symptômes objectifs ou sans cause médicalement établie ;
- des troubles psychiques.

La liste limitative suivante d'affections psychiques est 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 nerveuse.

En cas d'incapacité de travail de l'affilié due à un SFC (syndrome de fatigue chronique) ou une fibromyalgie, la rente sera versée pendant 700 jours maximum, 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 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, ou la participation à des activités 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).

15.5. Extensions de la garantie

a. Grossesse et accouchement

Si l'affiliée 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 trois mois après l'accouchement, l'organisme de pension accorde 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*.

Grossesse pathologique

Les complications de la grossesse, tant dans le chef de l'affiliée que de son fœtus, résultant d'une situation pathologique ou anormale.

Travaux insalubres

Des travaux impliquant l'exposition à un risque professionnel engendrant un risque, potentiel ou non, 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, l'assurance couvre également :

1. des activités professionnelles manifestement dangereuses, comme par exemple 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 transporter des 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 par exemple 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.



15.6. Détermination des indemnités

L'indemnité et la période pour laquelle elle est allouée sont fixées et communiquées à l'affilié sur la base des données médicales et factuelles mises à la disposition de l'organisme de pension. À la demande de l'organisme de pension, l'affilié fournira les pièces justificatives requises de ses revenus professionnels.

L'affilié 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 l'organisme de pension.

Tant l'affilié que l'organisme de pension ont le droit, à tout moment, de déposer une demande de révision du degré d'incapacité de travail.

15.7. Garantie territoriale

La garantie est acquise dans le monde entier, pour autant que l'affilié 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 l'organisme de pension puisse exercer le contrôle médical et effectif nécessaire. A la demande de l'organisme de pension, l'affilié se présentera à un examen médical auprès d'un médecin en Belgique.

15.8. Déclaration

L'affilié, l'organisateur ou toute autre personne ayant un intérêt à la prestation doit déclarer à l'organisme de pension, dans les trente jours qui suivent le début de la maladie ou l'accident et en tout cas aussitôt qu'il est raisonnablement possible, toute maladie ou accident ayant causé ou susceptible de causer une incapacité de travail. La déclaration doit être faite le plus rapidement possible avec indication de tous éléments utiles. L'affilié fournit au médecin-conseil de l'organisme de pension les certificats médicaux du médecin traitant, avec mention des causes, de la nature, du degré et de l'évolution présumée de l'incapacité de travail.

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 l'organisme de pension fournit la preuve qu'il a subi un préjudice quelconque du fait de la déclaration tardive, le délai de carence prendra cours le jour où l'organisme de pension a effectivement été averti de la maladie ou de l'accident.

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

Obligation de notification

L'organisateur ou l'affilié a l'obligation de déclarer préalablement à l'organisme de pension :

- un arrêt effectif de l'exercice de la profession mentionnée aux Conditions particulières ;
- un changement de profession de l'affilié ;
- une modification dans les travaux inhérents à la profession ;
- une modification du revenu de l'affilié ;
- un changement du régime de sécurité sociale de l'affilié.

Conséquences de la cessation de l'activité professionnelle

En cas d'arrêt effectif de l'activité professionnelle de l'affilié pour une raison autre qu'une *incapacité de travail* économique couverte, il est mis fin à l'assurance.

Dès que l'affilié 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 social ou en cas de modification permanente du revenu

Si une modification de profession, de revenu ou de statut social a une influence significative sur le risque et/ou les frais ou l'étendue de la couverture offerte, l'organisme de pension a le droit d'adapter la prime, le *décalé de carence* et les garanties de manière raisonnable et proportionnelle.

Lorsqu'un sinistre se produit avant que l'affilié ou l'organisateur n'ait déclaré une diminution du revenu, l'organisme de pension peut adapter la rente garantie conformément au point 15.3.

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



15.10. Durée de l'assurance

La présente assurance incapacité de travail est conclue jusqu'à la date d'expiration visée aux Conditions particulières.

1. L'assurance prend fin au plus tard à l'âge légal de la pension de l'affilié.
2. L'assurance peut être résiliée à tout moment indépendamment de l'assurance principale.
3. L'organisme de pension peut uniquement résilier le contrat :
 - en cas de défaut de paiement de la prime ;
 - lorsque l'affilié a définitivement établi sa résidence principale légale à l'étranger ;
 - en cas de surassurance, pour autant que l'affilié ne bénéficie pas d'une rente d'invalidité ;
 - en cas de condamnation de l'organisateur ou de l'affilié à une peine de privation de liberté pour infraction intentionnelle ;
 - en cas de faillite, concordat ou liquidation judiciaire de l'organisateur ou de l'affilié, ou lorsque l'un d'entre eux est mis sous curatelle.

La résiliation ne prendra effet qu'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 comme mentionnée au point 9.

4. De plus, l'assurance prend fin de plein droit :
 - lorsqu'elle est arrivée au terme prévu ;
 - lorsque l'affilié 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, annulation ou expiration, ou après réduction ou conversion de l'assurance principale.

Elle n'a pas de valeur de rachat.

15.11. Suivi médical

Toutes les mesures permettant de hâter la guérison doivent être prises immédiatement. L'affilié 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, l'organisme de pension est autorisé à s'informer auprès de l'affilié et à procéder à des mesures de contrôle qu'il pourrait juger utiles. Il devra être donné suite à la convocation adressée à l'assuré de se présenter à l'examen du médecin-conseil de l'organisme de pension, même si l'affilié doit pour cela être hospitalisé dans un établissement médical désigné par l'organisme de pension. Les frais de cet examen sont à la charge de l'organisme de pension.

L'organisme de pension devra immédiatement être averti de tout changement dans l'état de santé de l'affilié. Cette déclaration devra être confirmée par un certificat médical, à fournir au médecin-conseil de l'organisme de pension.

15.12. Autres assurances

Si des garanties semblables sont assurées auprès d'autres organismes de pension, l'organisme de pension devra en être informé sur-le-champ par courrier recommandé. Dans ce cas, l'organisme de pension a le droit de réajuster les montants des rentes assurées, conformément à la nouvelle situation, et de réduire la prime proportionnellement. Tous les droits quant à un sinistre en suspens sont maintenus.

15.13. Communication du risque par l'organisateur et l'affilié

Déclarations lors de la conclusion du contrat

L'organisateur et l'affilié ont l'obligation, lors de la souscription du contrat, 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 l'organisme de pension. S'il n'est pas répondu à certaines questions écrites de l'organisme de pension et si ce dernier a néanmoins conclu le contrat, il ne peut, hormis le cas de fraude, se prévaloir ultérieurement de cette omission.

Omissions ou inexactitudes intentionnelles

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

Omissions ou inexactitudes non intentionnelles

L'organisme de pension 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.



Lorsque l'omission ou l'inexactitude des données n'est pas intentionnelle, l'*organisme de pension* propose, dans un délai de trente jours à compter du jour où il a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude, la modification du contrat avec effet au jour où il a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude.

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

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

Dès qu'un délai de deux ans s'est écoulé à compter de la prise d'effet du contrat d'assurance, l'*organisme de pension* ne peut plus invoquer l'omission non intentionnelle ou la communication non intentionnelle de données erronées par l'*organisateur* ou par l'*affilié*, si ces données ont trait à une *maladie* ou une affection dont les symptômes s'étaient déjà manifestés au moment de la souscription du contrat d'assurance et si cette *maladie* ou affection n'a pas été diagnostiquée durant ce même délai de deux ans.

15.14. Poursuite à titre individuel

L'*affilié* a le droit, conformément aux conditions de l'article 208 de la Loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, de poursuivre, en tout ou en partie, la garantie I2 à titre individuel lorsqu'il perd le bénéfice de cette garantie.

Conditions d'accès

Le droit de poursuivre est octroyé sans que l'*affilié* ne doive subir un examen médical supplémentaire ni remplir un nouveau questionnaire médical pour autant que l'*affilié* ait été affilié de manière ininterrompue pendant les deux dernières années à une assurance incapacité de travail souscrite auprès d'une compagnie d'assurances.

Délais à respecter

L'*organisateur* ou, en cas de faillite ou de liquidation, le curateur ou le liquidateur de l'*organisateur* informe l'assuré, par écrit ou par voie électronique, dans un délai de trente jours à partir de la date de la perte du bénéfice de la garantie I2, du moment précis de cette perte et de la possibilité de poursuivre le contrat à titre individuel.

L'*affilié* dispose d'un délai de trente jours pour informer l'assureur de son intention de poursuivre le contrat, en tout ou en partie, à titre individuel. Le délai commence à courir le jour de la réception du courrier par lequel l'*organisateur* informe l'*affilié* (par écrit ou par voie électronique) du droit à la poursuite à titre individuel. Ce délai expire, en tout cas, 105 jours après la perte du bénéfice de la garantie I2.

L'assureur dispose d'un délai de quinze jours pour soumettre à l'*affilié*, par écrit ou par voie électronique, une offre d'assurance. L'assureur ne peut invoquer le fait que le risque est déjà survenu.

L'*affilié* dispose d'un délai de trente jours pour accepter l'offre d'assurance, par écrit ou par voie électronique. Ce délai commence à courir le jour de la réception de l'offre de l'assureur. Passé ce délai, le droit à la poursuite à titre individuel s'éteint.

Le contrat d'assurance, que l'*affilié* a accepté, prend cours le jour de la perte du bénéfice de la garantie I2.

Garanties et tarif

L'assurance incapacité de travail poursuivie à titre individuel offre une garantie similaire à la garantie I2. Pour le calcul de la prime, il sera tenu compte de l'âge de l'*affilié* au moment de la poursuite individuelle, du régime de sécurité sociale et du statut auxquels l'assuré est assujéti, de la profession et du revenu professionnel de l'*affilié*.

Possibilité de préfinancer la prime pour la poursuite à titre individuel

En vertu de la loi, l'*affilié* a le droit, moyennant le paiement d'une surprime, de poursuivre le contrat à titre individuel sur la base d'un tarif reposant sur l'âge auquel l'*affilié* a commencé à payer les primes supplémentaires.



Article 16 – Dispositions générales relatives aux assurances complémentaires

16.1. Prise d'effet de la garantie et paiement de la prime

La prise d'effet de l'assurance complémentaire est déterminée dans les Conditions particulières. La prime est due en même temps que la prime de l'assurance principale.

16.2. Déchéance des droits

Il y a déchéance de droits, et l'organisme de pension est autorisé à réclamer le remboursement des prestations 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 de l'organisateur, de l'affilié ou de toute autre personne ayant un intérêt à la prestation ou dans le cas où un traitement médical prescrit n'a pas été suivi ;
2. lorsque l'affilié ou l'organisateur n'a pas respecté les obligations contractuelles qui lui sont imposées par le point 15.8 des présentes conditions et que cette omission cause un préjudice à l'organisme de pension, ce dernier peut réduire ses prestations jusqu'à concurrence du préjudice subi.

Si l'affilié ou l'organisateur n'a pas respecté cette obligation contractuelle dans une intention frauduleuse, l'organisme de pension peut refuser sa couverture.

Si l'affilié ou l'organisateur n'a pas respecté l'obligation contractuelle du point 15.12 dans une intention frauduleuse, le contrat d'assurance est nul et non avenue. Le cas échéant, l'organisme de pension a le droit de garder les primes encaissées à titre d'indemnité, à condition qu'il agisse de bonne foi.

16.3. Modification des conditions et du tarif

Lorsque l'organisme de pension réalise une modification du tarif, l'organisateur peut résilier le contrat. La modification du tarif est communiquée au moins quatre mois avant l'échéance annuelle du contrat, et le contrat pourra être résilié par courrier recommandé dans le mois suivant la notification. Si la modification du tarif est communiquée au cours des quatre mois précédant l'échéance annuelle, l'organisateur peut résilier le contrat dans un délai de trois mois suivant la notification.

16.4. Conditions générales de l'assurance principale

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

16.5. Litige

Les litiges relatifs à des questions d'ordre médical peuvent également, moyennant commun accord, être tranchés par une expertise médicale amiable, au cours de laquelle les parties nomment chacune leur propre médecin. Le troisième médecin nommé par les deux premiers n'interviendra que si les deux premiers ne parviennent pas à un accord. Chaque partie supporte les honoraires et les débours du médecin désigné par elle. Les honoraires et les débours du troisième médecin ainsi que les frais résultant d'examens spécialisés seront supportés pour moitié par chaque partie. Sous peine de nullité de leur décision, les médecins ne peuvent s'écarter des dispositions du contrat et de ses avenants.



Chapitre VII. Terrorisme

Nous indemnisons les sinistres causés par le terrorisme conformément à la loi du 1^{er} avril 2007. Nous sommes 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 des sinistres et de la constatation des dédommagements à verser a été institué. Pour l'ensemble de nos engagements souscrits à l'égard de tous nos assurés, nous couvrons, 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 1^{er} 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 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, au ministre des Finances.



Chapitre VIII. Juridiction, droit applicable et dispositions fiscales

Article 17 - Juridiction

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

Article 18 – Droit applicable et dispositions fiscales

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

Tous les impôts, droits et taxes actuels et futurs sont à la charge de l'organisateur ou du bénéficiaire, selon le cas.

18.1. Primes

Les charges fiscales grevant les primes sont régies par la législation belge et/ou la législation de l'État de résidence de l'organisateur.

L'éventuel octroi d'avantages fiscaux sur les primes est fixé par la législation fiscale du pays du domicile de l'organisateur et/ou de l'affilié. Dans certains cas, la législation qui s'applique est celle du pays de perception des revenus imposables.

Pour l'application de la limite fiscale en matière d'octroi d'avantages fiscaux sur les primes en fonction du montant des réserves de pension qui reviennent à l'affilié à la date d'expiration visée aux Conditions particulières, il est tenu compte de toutes les années de services prestées par l'affilié auprès de l'organisateur (ou assimilées), majorées du nombre maximum fiscalement admis d'années non prestées au sein de l'entreprise (ou assimilées).

L'organisateur se réserve le droit de limiter l'application du budget des primes à la constitution de réserves de pension si la limite fiscale précitée était dépassée.

18.2. Prestations

Les prestations d'assurance sont imposées conformément à la législation belge et/ou à la législation du pays du domicile du bénéficiaire.

En ce qui concerne les éventuels droits de succession, c'est la législation du pays du domicile du défunt et/ou du bénéficiaire qui s'applique.

L'organisme de pension s'acquittera des retenues légales obligatoires au moment du versement des prestations.

Pour tout autre renseignement complémentaire concernant le régime fiscal applicable, l'organisateur peut s'adresser à l'organisme de pension.



Chapitre IX. Communications

Article 19 - Notifications

L'organisme de pension transmet une fois par un à l'affilié une fiche de pension l'informant de la situation de son contrat. Les notifications destinées à l'organisateur, à l'affilié et au bénéficiaire concerné doivent être envoyées à la dernière adresse valable communiquée à l'organisme de pension. Toute notification envoyée par une partie à l'autre partie est considérée comme effective à la date de dépôt à la poste.

Article 20 - Résidence

Si l'assuré établit son domicile ou sa résidence habituelle à l'étranger, il doit en informer l'organisme de pension.

Article 21 – Modification du (des) bénéficiaire(s) effectif(s) ou du (des) mandataire(s) de la personne morale

En acceptant les conditions générales, le preneur d'assurance - personne morale s'engage à informer immédiatement la compagnie de toute modification concernant le(s) mandataire(s) pouvant le représenter et le(s) bénéficiaire(s) effectif(s) communiqués au moment de la souscription et à fournir à la compagnie une copie des pièces d'identité du/des nouveau(x) mandataire(s) et/ou bénéficiaire(s) effectif(s).

La loi relative à la prévention du blanchiment de capitaux et du financement du terrorisme et à la limitation de l'utilisation des espèces (la « Loi ») impose aux entreprises d'assurances d'identifier les bénéficiaires effectifs des preneurs d'assurance - personnes morales.

La Loi identifie différentes catégories de bénéficiaires effectifs selon l'entité juridique à laquelle ils se rapportent. La Loi distingue ainsi trois types d'entités juridiques à savoir ; les sociétés, les a(i)sbl et fondations et les trusts et autres entités juridiques similaires aux trusts.

Pour les sociétés, sont considérés comme bénéficiaires effectifs :

1. La ou les personnes physiques qui possède(nt), directement ou indirectement, un pourcentage suffisant de droits de vote ou une participation suffisante dans le capital de cette société, y compris au moyen d'actions au porteur ; La possession par une personne physique de plus de 25% des droits de vote ou de plus de 25% des actions ou du capital de la société est un indice de pourcentage suffisant de droits de vote ou de participation directe suffisante.
2. La ou les personnes physiques qui exerce(nt) le contrôle de cette société par d'autres moyens (e.g. pacte d'actionnaires, droit de nommer les membres du conseil d'administration, droit de véto).
3. La ou les personnes physiques qui occupe(nt) la position de dirigeant principal, si, après avoir épuisé tous les moyens possibles, et pour autant qu'il n'y ait pas de motif de suspicion, aucune des personnes visées précédemment n'est identifiée, ou s'il n'est pas certain que la ou les personnes identifiées soient les bénéficiaires effectifs. S'agissant d'une catégorie résiduelle, l'identification d'un tel bénéficiaire effectif doit être dûment documentée et fondée (e.g. démarches entreprises pour l'identification des deux premières catégories, issues des recherches effectuées).

Pour les a(i)sbl et fondations, sont considérés comme bénéficiaire effectifs :

1. Les administrateurs ;
2. Les personnes qui sont habilitées à représenter l'association ;
3. Les personnes chargées de la gestion journalière de l'a(i)sbl ou de la fondation ;
4. Les fondateurs d'une fondation ;
5. Les personnes physiques ou, lorsque ces personnes n'ont pas encore été désignées, la catégorie de personnes physiques dans l'intérêt principal desquelles l'a(i)sbl ou la fondation a été constituée ou opère ;
6. Toute autre personne physique exerçant par d'autres moyens le contrôle en dernier ressort sur l'a(i)sbl ou la fondation.



Article 22 – Personnes politiquement exposées

La loi 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 et les mandataires) 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), des membres de la famille de PPE ou des personnes connues pour être étroitement associées aux PPE.

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.

Obligation du preneur :

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, un membre de la famille de PPE ou une personne connue pour être étroitement associée à des PPE. 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, un membre de la famille de PPE ou connu pour être étroitement associé à des PPE, ou ne serait plus considéré comme une personne politiquement exposée, un membre de la famille de PPE ou connu pour être étroitement associé à des PPE.



Mentions légales

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, 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.