

ASSURANCE CHIFFRE D'AFFAIRES AVEC DÉCÈS

Conditions générales

SOMMAIRE

1.	DEFINITIONS.....	3
2.	ENTREE EN VIGUEUR ET PAIEMENT DES PRIMES	4
3.	COUVERTURES.....	4
3.1.	En cas de décès	4
3.2.	En cas d'incapacité de travail.....	7
3.3.	Dispositions générales	13
4.	DROITS DU PRENEUR D'ASSURANCE	16
4.1.	Résiliation	16
4.2.	Désignation et changement de bénéficiaires	16
4.3.	Rachat.....	16
4.4.	Avance et mise en gage.....	16
5.	DROITS DU (DES) BENEFICIAIRE(S).....	17
6.	DISPOSITIONS COMMUNES.....	17
6.1.	Nature juridique des couvertures.....	17
6.2.	Jonction	17
6.3.	Impôts	17
6.4.	Certificat Personnel.....	17
6.5.	Constitution de la réserve / modifications tarifaires.....	18
6.6.	Non-paiement des primes / épuisement des réserves.....	18
6.7.	Remise en vigueur.....	19
6.8.	Versements.....	19
6.9.	Correspondance et preuve	19
6.10.	Modification des conditions générales.....	20
6.11.	Cadre légal.....	20
6.12.	Sanctions économiques	20
6.13.	Paiement des prestations en cas de vie et décès	20
6.14.	Protection des données personnelles	21
6.15.	Plaintes et litiges	23
6.16.	Avertissement.....	23

1. DEFINITIONS

Assureur	Allianz Benelux SA, ayant son siège social à 1000 Bruxelles, Boulevard du Roi Albert II 32 ;
Contrat	l'assurance décès et l'éventuelle assurance rente d'incapacité de travail, comprenant les présentes Conditions Générales, la Demande de souscription, le Certificat Personnel et avenants, qui doivent être lus conjointement et forment un ensemble. La Demande de souscription est la proposition d'assurance au sens de la loi.
Preneur d'assurance	la personne qui conclut le contrat avec l'assureur; s'il y a deux preneurs d'assurance, le terme 'preneur d'assurance' vise, selon le contexte, conjointement les deux preneurs d'assurance ou chaque preneur d'assurance séparément ;
Assuré(s)	la (les) personne(s) physique(s) sur la tête de laquelle (desquelles) la (les) couverture(s) est (sont) conclue(s) ;
Bénéficiaire(s)	la (les) personne(s) à qui revien(nen)t le(s) prestation(s) d'assurance prévue(s) dans le contrat ;
Incapacité de travail économique	la réduction de l'aptitude au travail de l'assuré, dont le degré est déterminé en tenant compte des possibilités de réadaptation à pouvoir exercer une activité professionnelle compatible avec ses connaissances et ses compétences professionnelles;
Incapacité de travail physiologique	la réduction de l'intégrité physique de l'assuré dont le degré est déterminé par décision médicale sur la base du ou par référence au 'Barème Officiel Belge des Invalidités' ;
Délai de carence	période convenue durant laquelle aucune prestation n'est due par l'assureur en cas d'incapacité de travail et dont la durée est précisée dans le Certificat Personnel et/ou aux Conditions Générales. Le délai de carence s'applique lors de la survenance d'un sinistre et prend cours au début de l'invalidité économique, constatée médicalement et qui entraîne une incapacité de travail (partielle ou totale).
Délai de carence avec rachat	Dans le cas du délai de carence avec rachat, la prestation est versée - rétroactivement - à partir de la date du début de l'incapacité de travail, aux conditions que l'assuré soit toujours en état d'incapacité de travail au terme de ce délai de carence et que durant la période du délai de carence, l'assuré était en incapacité de travail totale.
Délai d'attente	Aucune prestation d'assurance n'est due par l'assureur lorsque l'incapacité de travail survient pendant le délai d'attente et ce même si cette incapacité de travail perdure à l'expiration du délai d'attente. Le délai d'attente commence à courir le 1er jour de l'entrée en vigueur de la couverture incapacité de travail ou de l'augmentation de celle-ci.

Accident	Un accident est un événement soudain et imprévisible qui est la conséquence d'une cause extérieure à l'organisme de l'assuré et étranger à sa volonté et qui a pour conséquence une atteinte médicalement objectivable à l'intégrité physique de l'assuré.
Maladie	toute altération d'origine non accidentelle de la santé de l'assuré, présentant des symptômes objectifs qui permettent d'établir un diagnostic ainsi que le traitement thérapeutique adapté selon les standards médicaux reconnus ;
Repos d'accouchement	la période de congé avant et/ou après l'accouchement durant laquelle l'assurée n'effectue aucune activité professionnelle et pour laquelle l'assurée reçoit de l'assurance maladie-invalidité une indemnité pour congé de maternité;
Revenus professionnels	revenus générés par l'activité professionnelle, qui font l'objet de l'assurance, diminués des frais effectivement réalisés dans le but d'acquiescer ou de conserver ces revenus.

2. ENTREE EN VIGUEUR ET PAIEMENT DES PRIMES

Le contrat entre en vigueur à la date indiquée dans le Certificat Personnel, mais au plus tôt après le versement de la première prime et après la signature du contrat.

La date de paiement d'une prime est la date valeur de cette prime sur le compte bancaire de l'assureur. Le paiement de prime se fait directement sur le compte bancaire indiqué par l'assureur avec mention des références communiquées ou par domiciliation, selon ce qui a été convenu.

3. COUVERTURES

3.1. En cas de décès

3.1.1. Description

Les couvertures suivantes sont possibles en cas de décès :

- Capital-décès (3.1.1.1.)
- Capital en cas de décès successif (dans les 12 mois) (3.1.1.2.)
- Capital-décès par accident (3.1.1.3.)

3.1.1.1. Capital-décès

3.1.1.1.1. Événement assuré

Si l'assuré vient à décéder pendant la période de couverture (3.1.2.1), l'assureur verse le capital convenu au(x) bénéficiaire(s) et le contrat prend fin. S'il y a deux assurés, 'le décès de l'assuré' doit s'entendre comme le décès d'un des deux assurés ('premier décès des deux'; en cas de décès simultané, il n'y a pas de 'double versement').

3.1.1.1.2. Montant du capital-décès

Le capital à verser est le montant assuré à la date de survenance de l'événement assuré. Il n'y a pas de participation bénéficiaire en cas de décès.

3.1.1.2. Capital en cas de décès successif (dans les 12 mois)

3.1.1.2.1. Evénement assuré

Si les assurés viennent tous deux à décéder soit simultanément, soit successivement dans les 12 mois pendant la période de couverture, l'assureur verse le capital convenu au(x) bénéficiaire(s).

3.1.1.2.2. Montant du capital en cas de décès successif

Le capital à verser lors du second décès est le montant assuré à la date du premier décès. Il n'y a pas de participation bénéficiaire en cas de décès.

3.1.1.3. Capital-décès par accident

3.1.1.3.1. Evénement assuré

Si l'assuré vient à décéder dans les 12 mois après et en conséquence directe d'un accident et si tant l'accident que le décès surviennent pendant la période de couverture (3.1.2.1), l'assureur verse le capital convenu au(x) bénéficiaire(s).

S'il y a deux assurés, 'le décès de l'assuré' doit s'entendre comme le décès d'un des deux assurés ('premier décès des deux'; en cas de décès simultané, il n'y a pas de 'double versement').

Par extension, sont considérées comme accident :

- l'inhalation involontaire de gaz ou de vapeurs et l'absorption par erreur de substances toxiques ;
- la noyade ;
- les morsures d'animaux et les piqûres d'insectes ;
- la foudre.

Ne sont pas considérés comme accident :

- le suicide ;
- les conséquences d'une hémorragie cérébrale, les crises d'épilepsie ;
- les conséquences d'interventions chirurgicales qui ne sont pas nécessitées par un accident ;
- les contaminations, intoxications et empoisonnements, à l'exception d'une septicémie (mais uniquement s'il y a eu une blessure externe et que la septicémie en est la conséquence).

3.1.1.3.2. Montant du capital-décès par accident

Le capital à verser est le montant convenu assuré à la date de survenance de l'événement assuré. Il n'y a pas de participation bénéficiaire en cas de décès.

3.1.2. Etendue des couvertures en cas de décès

3.1.2.1. Période de couverture

La période de couverture des couvertures en cas de décès commence et expire au plus tard aux dates respectives indiquées dans le Certificat Personnel. Néanmoins, la période de couverture commence au plus tôt à la date valeur du paiement de la première prime.

3.1.2.2. Risques exclus en cas de décès

L'assureur n'accorde pas de couverture dans le cadre des couvertures 'capital-décès' (3.1.1.1) et 'capital en cas de décès successif' (3.1.1.2) si le décès est la conséquence directe ou indirecte :

- du suicide au cours de la première année qui suit le début de la période de couverture ou la remise en vigueur de la couverture concernée; le même délai d'un an vaut pour toute augmentation du montant assuré nominal des couvertures, en ce qui concerne cette augmentation et à compter de sa prise d'effet ;

- de l'exécution d'une condamnation judiciaire à la peine de mort ;
- d'un délit intentionnel commis par l'assuré, le preneur d'assurance ou un des bénéficiaires en tant qu'auteur ou coauteur ;
- d'un accident d'un appareil de navigation aérienne si l'assuré s'est embarqué en tant que pilote ou s'il s'agit d'un appareil :
 - non autorisé au transport de personnes ou de choses ;
 - transportant des produits contribuant à maintenir ou promouvoir des situations conflictuelles dans des régions en état de belligérance ou d'insurrection ;
 - se préparant ou participant à une épreuve sportive, une compétition, une démonstration, un record ou une tentative de record ;
 - effectuant un vol (des vols) d'essai ;
 - du type "ultra léger motorisé" ;
 - du type vol à voile, planeur, deltaplane, parapente ou parachute ;
 - militaire ou utilisé par des militaires ou à des fins militaires; sauf si l'appareil est affecté au moment de l'accident au transport de personnes en dehors de zones d'hostilités ;

sauf si, dans le cadre des couvertures 'capital-décès' (3.1.1.1) et 'capital en cas de décès successif' (3.1.1.2) il en est convenu autrement dans le Certificat Personnel ;
- d'un accident qui résulte de vol en wingsuit, sauf si dans le cadre des couvertures 'capital-décès' (3.1.1.1) et 'capital en cas de décès successif' (3.1.1.2) il en est convenu autrement dans le Certificat Personnel ;
- d'une émeute, d'actes de terrorisme, de troubles civils, de tous actes collectifs de violence, d'inspiration politique, idéologique ou sociale accompagnés ou non de rébellion contre l'autorité ou tous pouvoirs institués, si l'assuré y a pris une part active et volontaire.
Par acte de terrorisme, on entend l'action ou menace d'action organisée dans la clandestinité à des fins idéologiques, politiques, ethniques ou religieuses exécutées 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 d'entraver la circulation et le fonctionnement normal d'un service ou d'une entreprise.
Si l'assuré n'y a pas activement et volontairement pris part, les prestations dues en cas de décès concernant des dommages causés par le terrorisme sont couvertes dans les termes, limites et délais prévus par la loi du 1er avril 2007 relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme étant entendu que l'assureur est membre de l'asbl TRIP, personne morale constituée en exécution des dispositions de cette loi ;
- d'une guerre ou de tout fait analogue ou d'une guerre civile; si le décès de l'assuré survient dans un pays étranger où des hostilités sont en cours, il faut distinguer deux cas:
 - si le conflit éclate durant le séjour de l'assuré, la couverture est accordée pour autant que l'assuré ne participe pas activement aux hostilités;
 - si l'assuré se rend dans un pays où un conflit armé est en cours, la couverture ne peut être accordée que moyennant le paiement d'un supplément de prime et l'accord écrit de l'assureur et pour autant que l'assuré ne participe pas activement aux hostilités;
- de tout fait ou succession de faits de même origine, dès lors que ce fait ou ces faits proviennent ou résultent de propriétés radioactives, toxiques, explosives ou autres propriétés dangereuses de combustibles nucléaires, produits ou déchets radioactifs, ainsi que les dommages résultant directement ou indirectement de toute source de radiations ionisantes sauf si la source de radiations ionisantes est utilisée ou destinée à être utilisée dans une structure médicalisée dûment habilitée;
- de dommages causés par des armes ou des engins destinés à exploser par une modification de structure du noyau atomique;
- d'une exclusion mentionnée sur le Certificat Personnel quelle qu'en soit l'origine (médicale, professionnelle...);
- d'une maladie ou d'un accident survenu avant la prise d'effet des couvertures ou avant l'augmentation des couvertures (3.3.1).

Dans le cadre de la couverture 'capital en cas de décès successif', il est question d'un risque exclu si au moins un des deux assurés décède suite à un des risques exclus précités.

3.1.2.3. Risques exclus en cas de décès par accident

L'assureur n'accorde pas de couverture dans le cadre de la couverture 'capital-décès par accident' (3.1.1.3) suite à un risque qui serait exclu conformément au point 3.1.2.2 dans le cadre des autres couvertures en cas de décès (appliqué tant au décès qu'à l'accident), ou si le décès est causé par un accident qui est lui-même la conséquence directe ou indirecte d'une des circonstances suivantes dans laquelle l'assuré se trouve au moment de l'accident :

- la participation à des délits, rixes ou disputes (sauf en cas de légitime défense) et des actes notoirement téméraires (sauf en cas de sauvetage de personnes ou de biens) ;
- la pratique, en tant que professionnel, d'un sport quelconque ;
- la pratique en tant qu'amateur, de sports notoirement dangereux, tels que les sports automobiles, la plongée (sous-marine), les sports d'escalade/de montagne, les sports liés à l'aviation, la voile et les sports d'hiver; cette énumération n'est pas limitative ;
- la pratique de sports de combat en club ou en compétition, la participation à des concours de vitesse organisés (y compris en cours d'entraînement pour ceux-ci), la pratique des sports d'hiver en compétition (y compris les entraînements et les essais), de ski hors-piste et la participation à des paris et défis ;
- la pratique de sports à moteurs en compétition ou en préparation de compétition ;
- un état d'ivresse, d'intoxication alcoolique ou d'intoxication analogue résultant de l'utilisation de drogues, médicaments ou de substances hallucinogènes, sauf s'il n'existe aucun lien de causalité entre l'accident et les circonstances.

3.1.2.4. Prestations en cas de décès suite à un risque exclu

En cas de survenance d'un événement assuré suite à un risque exclu, seules les éventuelles réserves constituées dans le cadre des couvertures 'capital-décès' et 'capital en cas de décès successif' (6.5.) sont versées au(x) bénéficiaire(s) de ces couvertures.

3.2. En cas d'incapacité de travail

3.2.1. Description de la couverture en cas d'incapacité de travail

3.2.1.1. Événement assuré

La couverture rente incapacité de travail a comme objectif de prévoir une intervention lors d'une perte effective de revenus suite à une incapacité de travail.

Si l'assuré se trouve dans une situation d'incapacité de travail pendant la période de couverture suite à une cause couverte, il a droit après expiration du délai de carence au versement intégral ou partiel de la rente d'incapacité de travail durant la période de paiement (3.2.1.5.).

Deux types de rentes d'incapacité de travail peuvent être distingués:

- la couverture 'rente en cas d'incapacité de travail' (marge brute), qui permet à la société preneur d'assurance et bénéficiaire de faire face à la perte (partielle) de son dirigeant;
- la couverture 'rente de transition en cas d'incapacité de travail', qui permet au bénéficiaire de percevoir une prestation déterminée contractuellement uniquement pendant une période déterminée.

3.2.1.2. Incapacité de travail

Le degré d'incapacité est déterminé en fonction de critères physiologiques et économiques.

L'invalidité physiologique est la réduction de l'intégrité physique de l'assuré dont le degré est déterminé par décision médicale sur la base du ou par référence au 'Barème Officiel Belge des Invalidités', la jurisprudence spécifique y relative et du « Guide barème européen d'évaluation médicale des atteintes à l'intégrité physique et psychique » et de tout autre document officiel appelé à les compléter ou remplacer.

L'invalidité économique est la réduction de l'aptitude au travail de l'assuré suite à l'invalidité physiologique survenue à l'assuré.

Le degré d'invalidité économique est déterminé proportionnellement à la perte tenant compte de la possibilité de l'assuré à pouvoir encore exercer une activité professionnelle compatible avec ses connaissances et compétences. L'appréciation du degré d'incapacité économique est totalement indépendante de la situation économique générale ou de quelconques autres critères économiques.

Les éventuelles invalidités, maladies ou affections préexistantes au moment où le contrat entre en vigueur ou au moment où il est remis en vigueur ou qui découlent d'une cause non couverte, sont exclues pour la détermination du degré d'incapacité de travail.

Le seuil d'incapacité de travail est le degré d'invalidité économique minimal de 25% qui doit être constaté pour qu'il puisse être question d'incapacité de travail.

Si le degré d'incapacité de travail est inférieur à 66,67%, il est question d'une incapacité de travail partielle. Si le degré d'incapacité de travail atteint au moins 66,67%, il est question d'une incapacité de travail totale. Dans ce dernier cas la prestation est égale à la rente assurée totale.

3.2.1.3. Causes couvertes d'incapacité de travail

L'incapacité de travail couverte peut être la conséquence d'un accident et/ou d'une maladie, selon ce qui a été convenu et/ou d'un repos d'accouchement.

En ce qui concerne les accidents, il peut en outre être fait une distinction entre les accidents de la vie privée et les accidents du travail.

En ce qui concerne la maladie, une extension de la couverture est prévue pour les troubles psychiques et fonctionnels tels que mentionnés au point 3.2.1.3.2.

En ce qui concerne le repos d'accouchement, il est référé au point 3.2.1.3.3.

3.2.1.3.1. Accident

Un accident est un événement soudain et imprévisible qui est la conséquence d'une cause extérieure à l'organisme de l'assuré et étranger à sa volonté et qui a pour conséquence une atteinte médicalement objectivable à l'intégrité physique de l'assuré.

Par extension, sont considérées comme accident :

- l'inhalation involontaire de gaz ou de vapeurs et l'absorption par erreur de substances toxiques ;
- la noyade ;
- les morsures d'animaux et les piqûres d'insectes ;
- la foudre.

Ne sont pas considérés comme accident :

- le suicide ;
- les conséquences d'une hémorragie cérébrale, les crises d'épilepsie ;
- les conséquences d'interventions chirurgicales qui ne sont pas nécessitées par un accident ;
- les contaminations, intoxications et empoisonnements, à l'exception d'une septicémie (mais uniquement s'il y a eu une blessure externe et que la septicémie en est la conséquence).

Un accident est soit un accident du travail, soit un accident de la vie privée.

Un accident du travail est un accident tel que défini dans la législation belge sur les accidents du travail, y compris les accidents survenus sur le chemin du travail. La référence à la législation sur les accidents du travail ne tend qu'à définir la notion d'accident du travail.

Un accident de la vie privée est tout accident qui n'est pas un accident du travail.

3.2.1.3.2. Maladie

Une maladie est toute altération d'origine non accidentelle de la santé de l'assuré, présentant des symptômes objectifs qui permettent d'établir un diagnostic ainsi que le traitement thérapeutique adapté selon les standards médicaux reconnus.

L'incapacité de travail suite à une maladie est couverte.

En extension à la couverture en cas de maladie, les troubles psychiques et fonctionnels sont couverts selon les conditions et modalités décrites aux points A. et B. ci-dessous.

A. Troubles psychiques

L'assureur intervient, après application d'un délai de carence d'un an et si les conditions suivantes sont cumulativement remplies :

- il s'agit d'un des troubles psychiques énumérés ci-après de façon limitative :
 - dépression majeure ;
 - trouble bipolaire ;
 - trouble psychotique ;
 - trouble d'anxiété généralisée ;
 - schizophrénie ;
 - trouble dissociatif ;
 - trouble obsessionnel compulsif ;
 - anorexia nervosa ;
 - boulimia nervosa ;
- le diagnostic est établi par un docteur en psychiatrie agréé en Belgique sur base de symptômes objectifs et médicalement explicables et définis en DSM-5 ou ICD-10 ou des versions futures de ceux-ci.

B. Troubles fonctionnels

L'assureur intervient après application d'un délai de carence d'un an et si les conditions suivantes sont cumulativement remplies :

- il s'agit d'un des troubles énumérés ci-après de façon limitative :
 - burn out ;
 - fibromyalgie dont le diagnostic est établi sur base des critères reconnus scientifiquement selon l'ACR (American College of Rheumatology) ;
 - syndrome de fatigue chronique dont le diagnostic est établi sur base des critères reconnus scientifiquement selon Fukuda ;
- le diagnostic est établi par un docteur spécialisé dans ce type de troubles et agréé en Belgique.

Pendant toute la durée du contrat, l'intervention de l'assureur en raison d'événements assurés qui sont le résultat de trouble(s) énuméré(s) sous le point B) ne peut pas dépasser cumulativement au maximum 2 ans.

3.2.1.3.3. Repos d'accouchement

Une distinction est faite entre :

- l'incapacité de travail résultant d'un repos d'accouchement normal ;
- l'incapacité de travail résultant d'une grossesse avec complications.

A. Incapacité de travail résultant d'un repos d'accouchement normal

- **Durée du délai d'attente**

Le délai d'attente en cas d'incapacité de travail résultant d'un repos d'accouchement normal est de 12 mois.

- **Repos d'accouchement normal prenant cours durant le délai d'attente**

Aucune prestation d'assurance n'est due par l'assureur en cas de perte de revenus professionnels résultant d'un repos d'accouchement normal qui prend cours durant le délai d'attente.

- **Repos d'accouchement normal prenant cours après le délai d'attente**

Une prestation d'assurance est due par l'assureur en cas de perte de revenus professionnels résultant d'un repos d'accouchement normal qui prend cours après le délai d'attente.

La prestation d'assurance est due par l'assureur pour la période précisée sur l'attestation médicale, avec un maximum de 9 semaines (max. 1 semaine avant et max. 8 semaines après l'accouchement), diminuée du délai de carence mentionné sur le Certificat Personnel.

L'assurée doit fournir à l'assureur une attestation médicale de son médecin, précisant le début et la fin du repos d'accouchement.

B. Incapacité de travail résultant d'une grossesse avec complications

- **Durée du délai d'attente**

Il n'y a pas de délai d'attente en cas d'incapacité de travail résultant d'une grossesse avec complications.

- **Prestation d'assurance**

Lorsque l'incapacité de travail résulte d'une grossesse avec complications, la prestation d'assurance est déterminée conformément aux points 3.2.1.3.1. et 3.2.1.3.2.

Lorsqu'une incapacité de travail résultant d'une grossesse avec complications débute au plus tard dans les trente jours suivant la fin d'une période d'incapacité de travail précédente résultant d'un repos d'accouchement normal, on considère – uniquement pour le calcul du délai de carence – qu'il s'agit de la continuation de l'incapacité de travail précédente. La période d'incapacité de travail précédente est donc prise en compte pour le calcul de ce délai de carence.

3.2.1.4. Montant de la rente d'incapacité de travail

3.2.1.4.1. Détermination – Paiement

Sous réserve des dispositions ci-dessous, le montant de la rente d'incapacité de travail est égal au son montant assuré (ou aux montants assurés dont l'évolution est précisée dans le Certificat Personnel) dès l'expiration du délai de carence (3.2.1.5).

Sauf indication contraire dans le Certificat Personnel, la rente d'incapacité de travail est exprimée en un montant annuel. Elle est versée en tranches mensuelles à la fin de chaque mois. Pour le premier et le dernier mois de la période de paiement effective, la rente est calculée au prorata du nombre de jours d'incapacité de travail durant les mois concernés.

Il est toutefois possible au preneur d'assurance de demander le paiement en capital pour autant que les conditions suivantes soient respectées :

- Le paiement ne peut se faire avant une période d'incapacité ininterrompue d'au moins deux ans;
- Le degré d'incapacité de travail total (au moins 66,67%) et permanent (au moins deux ans) doit être définitif et sans amélioration possible.

Le paiement en capital met fin à la couverture 'rente d'incapacité de travail' et au paiement de toute autre prestation.

3.2.1.4.2. Degré d'incapacité de travail

La rente d'incapacité de travail est versée ou attribuée proportionnellement au degré d'incapacité de travail pour autant que le seuil d'incapacité de travail de 25% soit atteint. Un versement ou attribution intégral a lieu si le degré d'incapacité de travail atteint au moins 66,67%. Si le degré d'incapacité de travail change, le montant de la rente est adapté en fonction du nouveau degré d'incapacité de travail.

Dès que le seuil d'incapacité de travail n'est plus atteint, le versement ou l'attribution de la rente d'incapacité de travail prend fin. L'assureur n'effectue pas de versements (majorés) en cas d'augmentation du degré d'incapacité de travail qui survient après la période de couverture (3.2.2.1) et donc pas davantage après que la couverture ait pris fin.

3.2.1.4.3. Indexation de la rente d'incapacité de travail en cours

Il n'y a pas d'indexation de la rente d'incapacité de travail en cours sauf indication contraire au Certificat Personnel.

S'il y a une indexation, le montant de la rente est majoré annuellement en cas de sinistre en multipliant son montant initial par un facteur d'indexation. Ce facteur est égal à $(1 + \text{pourcentage d'indexation})^n$, où 'n' représente le nombre d'années complètes écoulées depuis la date du début de l'incapacité de travail. La première indexation est par conséquent effectuée à partir du treizième mois-calendrier qui suit la date du début de l'incapacité de travail. Le pourcentage d'indexation est précisé dans le Certificat Personnel.

Si l'assuré ne se trouve plus en état d'incapacité de travail qui entraîne l'application de la couverture, le montant assuré de la rente d'incapacité de travail est ramené au niveau d'avant la période d'incapacité de travail.

3.2.1.5. Période de paiement

L'assureur est redevable de la rente d'incapacité de travail - sans rétroactivité - dès l'expiration du délai de carence indiqué dans le Certificat personnel.

Le délai de carence prend cours à la date du début de l'incapacité de travail.

Il peut cependant aussi être prévu un délai de carence 'avec rachat'. Dans ce cas, la rente est versée - rétroactivement - à partir de la date du début de l'incapacité de travail, à condition que l'assuré soit toujours en état d'incapacité de travail au terme de ce délai de carence avec rachat et à condition que l'assuré était en incapacité de travail totale durant la période complète de délai de carence.

La rente d'incapacité de travail est versée ou attribuée jusqu'au terme de la période de paiement indiquée dans le Certificat Personnel (lorsque la période de paiement y est exprimée en une durée - en années - cette durée est calculée à compter de la date du début de l'incapacité de travail et donc pas à partir de la fin du délai de carence). La période de paiement prend cependant fin dès la survenance d'un des moments suivants :

- dès que le seuil d'incapacité de travail n'est plus atteint ;
- à la date du décès de l'assuré ;
- dès que le bénéficiaire de la rente d'incapacité de travail décède ou n'existe plus ;

- dès que l'objet de l'assurance n'existe plus ;
- à la date de fin de cette prestation telle que mentionnée dans le Certificat Personnel ;
- au terme de la période de paiement indiquée dans le Certificat Personnel ;
- au terme du contrat ;
- à la date de prise de cours de la pension ou de la prépension ou de tout autre régime qui met fin à la carrière professionnelle.

3.2.1.6. Rechute

Lorsqu'une incapacité de travail débute dans les trente jours suivant la fin d'une période d'incapacité de travail précédente et relève de la même cause que cette incapacité de travail précédente, on considère qu'il s'agit de la continuation de l'incapacité de travail précédente.

Dans ce cas, la période d'incapacité de travail précédente est prise en compte pour le calcul du délai de carence.

Si une rente d'incapacité de travail en cours augmente en raison d'une indexation, la rente à verser en cas de rechute est calculée comme s'il n'y avait pas eu d'interruption de l'incapacité de travail. La période intermédiaire est en outre prise en compte pour l'application de l'indexation.

3.2.2. Etendue de la couverture 'rente d'incapacité de travail'

3.2.2.1. Période de couverture

La période de couverture de la couverture 'rente d'incapacité de travail' commence et expire aux dates respectives indiquées dans le Certificat Personnel. Sauf indication contraire dans le Certificat Personnel, la période de couverture commence au plus tôt à la date de paiement de la première prime ou de la prime unique, celle-ci étant la date valeur de cette prime sur le compte bancaire de l'assureur.

3.2.2.2. Champ d'application territorial

La couverture 'rente d'incapacité de travail' est valable dans le monde entier pour autant que l'assuré ait sa résidence permanente en Belgique.

L'assureur doit être en mesure d'exercer le contrôle médical nécessaire.

En cas de séjour de l'assuré en dehors de l'Espace Economique Européen, les rentes d'incapacité seront versées pendant une période de trois mois maximum.

3.2.2.3. Risques exclus

L'assureur n'accorde pas de couverture dans le cadre de la couverture 'rente d'incapacité de travail' si l'incapacité de travail est la conséquence directe ou indirecte :

- d'une tentative de suicide ;
- de la participation à des délits, rixes ou disputes (sauf en cas de légitime défense) et des actes notoirement téméraires (sauf en cas de sauvetage de personnes ou de biens) ;
- d'un accident d'un appareil de navigation aérienne si l'assuré s'est embarqué en tant que pilote ou s'il s'agit d'un appareil :
 - non autorisé au transport de personnes ou de choses ;
 - transportant des produits contribuant à maintenir ou promouvoir des situations conflictuelles dans des régions en état de belligérance ou d'insurrection; se préparant ou participant à une épreuve sportive, une compétition, une démonstration, un record ou une tentative de record ;
 - effectuant un vol (des vols) d'essai ;
 - du type "ultra léger motorisé" ;
 - du type vol à voile, planeur, deltaplane, parapente ou parachute ;
 - militaire ou utilisé par des militaires ou à des fins militaires; sauf si l'appareil est affecté au moment de l'accident au transport de personnes en dehors de zones d'hostilités ;
- d'un accident qui résulte de vol en wingsuit ;
- de la pratique, en tant que professionnel, d'un sport quelconque ;

- de la pratique en tant qu'amateur, de sports notoirement dangereux, tels que les sports automobiles, la plongée (sous-marine), les sports d'escalade/de montagne, les sports liés à l'aviation, la voile et les sports d'hiver; cette énumération n'est pas limitative ;
- de la pratique de sports de combat en club ou en compétition, la participation à des concours de vitesse organisés (y compris en cours d'entraînement pour ceux-ci), la pratique des sports d'hiver en compétition (y compris les entraînements et les essais), de ski hors-piste et la participation à des paris et défis ;
- de la pratique de sports à moteurs en compétition ou en préparation de compétition ;
- d'un état d'ivresse, d'intoxication alcoolique ou d'intoxication analogue résultant de l'utilisation de drogues, médicaments ou de substances hallucinogènes, sauf s'il n'existe aucun lien de causalité entre l'accident et les circonstances ;
- d'une émeute, d'actes de terrorisme, de troubles civils, de tous actes collectifs de violence, d'inspiration politique, idéologique ou sociale accompagnés ou non de rébellion contre l'autorité ou tous pouvoirs institués, si l'assuré y a pris une part active et volontaire.
Par acte de terrorisme, on entend l'action ou menace d'action organisée dans la clandestinité à des fins idéologiques, politiques, ethniques ou religieuses exécutées 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 d'entraver la circulation et le fonctionnement normal d'un service ou d'une entreprise.
Si l'assuré n'y a pas activement et volontairement pris part, les prestations dues en cas de décès concernant des dommages causés par le terrorisme sont couvertes dans les termes, limites et délais prévus par la loi du 1er avril 2007 relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme étant entendu que l'assureur est membre de l'asbl TRIP, personne morale constituée en exécution des dispositions de cette loi ;
- d'une guerre ou de tout fait analogue ou d'une guerre civile; si le décès de l'assuré survient dans un pays étranger où des hostilités sont en cours, il faut distinguer deux cas :
 - si le conflit éclate durant le séjour de l'assuré, la couverture est accordée pour autant que l'assuré ne participe pas activement aux hostilités ;
 - si l'assuré se rend dans un pays où un conflit armé est en cours, la couverture ne peut être accordée que moyennant le paiement d'un supplément de prime et l'accord écrit de l'assureur et pour autant que l'assuré ne participe pas activement aux hostilités ;
- de tout fait ou succession de faits de même origine, dès lors que ce fait ou ces faits proviennent ou résultent de propriétés radioactives, toxiques, explosives ou autres propriétés dangereuses de combustibles nucléaires, produits ou déchets radioactifs, ainsi que les dommages résultant directement ou indirectement de toute source de radiations ionisantes sauf si la source de radiations ionisantes est utilisée ou destinée à être utilisée dans une structure médicalisée dûment habilitée ;
- de dommages causés par des armes ou des engins destinés à exploser par une modification de structure du noyau atomique ;
- d'une exclusion mentionnée sur le Certificat Personnel quelle qu'en soit l'origine (médicale, professionnelle...);
- d'une affection qui n'est pas objectivable médicalement par un examen médical spécialisé ou non ;
- de troubles psychiques et fonctionnels qui ne sont pas repris dans la liste limitative du point 3.2.1.3.2. A. ou B.

3.3. Dispositions générales

3.3.1. Obligation d'information du preneur – de l'assuré

Le preneur d'assurance déclare avoir communiqué lors de la conclusion du contrat toutes les informations nécessaires qui doivent raisonnablement être considérées comme importantes et comme des éléments d'appréciation du risque et du calcul de la prime.

Durant la durée du contrat, le preneur d'assurance et l'assuré (les assurés) s'engagent à communiquer à l'assureur toutes les données et informations qui peuvent influencer la prestation d'assurance à fournir.

Dans le cadre spécifique de la couverture 'rente d'incapacité de travail', l'assuré doit, non seulement lors de la conclusion, de l'augmentation ou de la remise en vigueur de la couverture, mais aussi simplement pendant la durée de la couverture, informer immédiatement l'assureur (et au plus tard dans les 3 mois suivant la modification) de toute modification de l'objet de l'assurance tel que la modification de la profession et/ou du statut, toute diminution de ses revenus professionnels, une augmentation du degré de risque ou du fait qu'il a conclu une assurance auprès d'une autre compagnie d'assurances qui couvre les mêmes risques ou des risques semblables.

L'assureur peut sur cette base diminuer le montant assuré de la couverture ou même mettre fin à la couverture. Si l'assuré omet d'informer l'assureur d'une diminution de ses revenus professionnels ou du fait qu'il est également couvert auprès d'une autre compagnie d'assurances ou d'un autre organisme de pension pour les mêmes risques ou des risques semblables, l'assureur peut réduire ou même refuser son intervention en cas de sinistre. Les éventuelles primes non-dues sont remboursées proportionnellement.

Une omission volontaire ou une déclaration inexacte volontaire entraîne la nullité de la (des) couverture(s) concernée(s) conformément aux dispositions légales. Les primes échues au moment où l'assureur en prend connaissance lui reviennent.

Toutes escroqueries, tentatives d'escroquerie ou fraudes en général déchargent l'assureur de toute prestation d'assurance.

En cas d'omissions involontaires ou de déclarations inexacts involontaires, l'assureur propose, dans un délai d'un mois à compter du moment où l'assureur a connaissance de l'omission ou de l'inexactitude involontaire des données, une modification de contrat avec effet au jour où il a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude. Néanmoins, si l'assureur apporte la preuve qu'il n'aurait en aucun cas assuré le risque, il peut résilier le contrat dans ce même délai.

Lorsque la proposition de modification du contrat est refusée par le preneur d'assurance ou qu'au terme d'un délai d'un mois à compter de la réception de cette proposition cette dernière n'est pas acceptée, l'assureur peut résilier le contrat dans les 15 jours.

Lorsque, à l'occasion du sinistre, l'assureur apporte la preuve qu'il n'aurait en aucun cas assuré le risque dont le réel caractère s'avère au moment du sinistre, l'assureur limite sa prestation au montant des primes versées.

3.3.2. Acceptation des couvertures par l'assureur et maladies et affections préexistantes

Les couvertures et toute augmentation de leur montant assuré nominal sont soumises aux critères d'acceptation généraux de l'assureur. Les couvertures ne sont assurées que si elles sont mentionnées sur le Certificat Personnel ou si l'assureur en a donné confirmation écrite sous une autre forme.

Si des déclarations du (des) preneur(s) d'assurance ou de l'assuré (des assurés), des formalités médicales et/ou des examens médicaux à l'occasion de la conclusion, l'augmentation ou la remise en vigueur des couvertures mentionnent, révèlent ou rendent, sur la base de symptômes, probable une maladie ou affection existante, celle-ci est couverte, sauf contre-avis écrit de l'assureur avec mention de la maladie ou affection pour laquelle la couverture ou l'augmentation de la couverture n'est pas accordée.

Si l'assureur impute une surprime pour une couverture et/ou refuse totalement ou partiellement (par exemple pour une maladie ou affection déterminée) une couverture, cette surprime et/ou ce refus s'applique(nt) également à toute augmentation ou extension ultérieure de la (des) couverture(s) concernée(s), sauf s'il en est convenu autrement.

3.3.3. Détermination et modification des couvertures de risque par l'assureur

Le montant assuré de la (des) couverture(s) en cas d'incapacité de travail et les paramètres des couvertures peuvent être modifiés pour des raisons fondées liées à des mesures légales ou réglementaires.

En cas de diminution de couvertures incapacité de travail déjà effectivement assurées (ou de réduction de leurs paramètres), l'assureur en avertit le preneur d'assurance. A cette occasion, il est également remis un Certificat Personnel modifié avec mention des montants assurés (et des paramètres) adaptés des couvertures de risque.

Si, dans le cadre des couvertures en cas d'incapacité de travail, l'assuré a omis d'informer l'assureur d'une diminution de ses revenus professionnels ou du fait qu'il a conclu un contrat d'assurance auprès d'une autre compagnie d'assurances ou d'un autre organisme pour les mêmes risques ou des risques semblables, l'assureur peut réduire ou même refuser son intervention en cas de sinistre.

3.3.4. Modification du degré de risque

L'assureur fixe les conditions de la tarification et l'étendue de la couverture du contrat d'assurance sur base des critères de segmentation communiqués au preneur d'assurance.

L'assuré a, en cours de contrat et après acceptation du risque, l'obligation d'informer l'assureur des facteurs qui surviendraient qui forment une modification substantielle et durable et qui sont de nature à influencer le montant de la prime initiale (calcul) ou les critères de segmentation utilisés.

Lorsque l'assureur décide en cours de contrat, en raison d'une modification du risque, de faire parvenir au preneur d'assurance une proposition de modification des conditions tarifaires ou de la couverture accordée, il le fait – sans préjudice d'autres dispositions légales – de manière expresse, écrite et motivée.

Lorsque l'assureur décide en cours de contrat, en raison d'une modification du risque, de résilier le contrat d'assurance, il en informe le preneur d'assurance – sans préjudice d'autres dispositions légales – de manière expresse, écrite et motivée.

3.3.5. Déclaration de sinistre – Règlement de sinistre

Tout sinistre (décès, accident à issue mortelle ou incapacité de travail) doit être déclaré à l'assureur au plus tard dans les 30 jours après la survenance du sinistre au moyen du formulaire destiné à cet effet. En cas de déclaration tardive, l'assureur peut réduire son intervention du montant du préjudice qu'il a subi du fait de la déclaration tardive, sauf s'il est dûment démontré que la déclaration de sinistre a été introduite aussi rapidement qu'il était raisonnablement possible de le faire.

Dans tous les cas, le droit à la prestation est déchu si la déclaration du sinistre se fait 3 ans ou plus après le sinistre.

La déclaration doit être accompagnée de tous les documents, certificats et rapports originaux qui démontrent l'existence et la gravité du sinistre. L'assureur peut exiger tout document ou information complémentaire à cette fin.

Tous les intéressés à l'intervention de l'assureur s'engagent à :

- apporter toute collaboration afin que les examens et les contrôles jugés utiles par l'assureur puissent être effectués le plus rapidement possible ;
- communiquer tous les renseignements qui peuvent être obtenus par le(s) médecin(s) traitant(s) ;
- adresser les renseignements et documents demandés au médecin-conseil de l'assureur.

En cas de décès, une attestation médicale doit être jointe – selon le modèle mis à disposition par l'assureur – et qui indique la cause du décès.

En cas d'incapacité de travail, les justificatifs nécessaires prouvant les revenus professionnels avant le sinistre doivent être joints.

L'assuré s'engage dans le cadre de l'obligation de limitation du sinistre à suivre les traitements médicaux prescrits.

Détermination de l'incapacité (de travail) – Expertise médicale

Le degré d'incapacité (de travail) est fixé sur base des données déclarées par l'assuré. Le degré d'incapacité de travail est diminué dans le cas où une affection médicale antérieure à la souscription du contrat a une influence sur la détermination du degré.

Toute contestation relative à la reconnaissance, au degré et à la durée d'incapacité (de travail) est soumise à deux médecins qui agiront en tant qu'experts.

En cas de désaccord entre le médecin conseil de l'assureur et le médecin choisi par l'assuré, ils désigneront un troisième expert.

Ces experts délibèrent en collège à la majorité des votes. Le vote du troisième expert est déterminant. La décision qui en découle est définitive et n'est plus susceptible de recours.

Si l'une des parties reste en défaut de désigner son expert endéans les 16 jours après y avoir été invitée par lettre recommandée, ou si les experts désignés par les parties ne s'accordent pas sur le choix du

troisième expert, la partie la plus diligente pourra en demander la nomination auprès du président du Tribunal de 1^{ère} instance de l'arrondissement de son domicile ou siège social.

Chacune des parties supporte les frais et honoraires de l'expert qu'elle désigne en ce compris tous examens ou actes médicaux complémentaires que cet expert pourrait demander dans le cadre de l'expertise. Chacune des parties supporte la moitié des frais et honoraires en ce compris tous les examens pour lesquels les deux parties sont d'accord pour qu'ils aient lieu. Chacune des parties supporte la moitié des frais et honoraires du troisième expert en ce compris tous examens ou actes médicaux complémentaires que cet expert pourrait demander dans le cadre de l'expertise.

4. DROITS DU PRENEUR D'ASSURANCE

4.1. Résiliation

Le preneur d'assurance peut résilier le contrat par lettre recommandée ou courriel recommandé :

- soit dans les 30 jours à compter de la date d'entrée en vigueur du contrat ;
- soit, s'il ressort de la Demande de souscription que le contrat est conclu pour garantir ou reconstituer un crédit sollicité par le preneur d'assurance, dans les 30 jours à compter de la date à laquelle il apprend que le crédit ne lui est pas accordé.

En cas de résiliation, le contrat prend fin et l'assureur rembourse au preneur d'assurance les primes versées, diminuées des primes de risque déjà consommées et le cas échéant, des frais d'exams médicaux (6.8).

4.2. Désignation et changement de bénéficiaires

Le preneur d'assurance désigne le(s) bénéficiaire(s) et peut – sauf acceptation préalable – changer le(s) bénéficiaire(s) qu'il a initialement désigné(s). Le changement des bénéficiaires doit être contenu dans un écrit daté et signé. Pour être opposable à l'assureur, cet écrit doit lui être communiqué.

Un changement de bénéficiaire pour la couverture rente d'incapacité de travail n'est pas possible durant un sinistre en cours.

4.3. Rachat

Le droit de rachat ne vaut que si le Certificat Personnel l'indique explicitement. A défaut d'une telle mention explicite, le droit de rachat n'existe pas. S'il y a droit de rachat, les réserves du contrat visées au point 6.5 peuvent être rachetées, auquel cas le contrat prend fin. La demande de rachat est introduite au moyen d'un formulaire de rachat daté et signé que l'assureur met à disposition sur simple demande. Ce formulaire vaut quittance dès que l'assureur a versé la valeur de rachat.

En cas de rachat, il est porté en compte une indemnité de rachat qui est égale à 5% du montant de la réserve brute rachetée. Si le contrat a un terme, le pourcentage de 5% est diminué durant les 5 dernières années du contrat à concurrence d'1% par année écoulée.

Il n'existe pas de droit de rachat pour les couvertures 'capital-décès par accident' et 'rente d'incapacité de travail'.

4.4. Avance et mise en gage

En ce qui concerne les couvertures décès, le preneur d'assurance ne bénéficie pas du droit d'avance sur les prestations d'assurance prévues, mais peut mettre en gage les droits qui découlent du contrat.

Dans le cas d'un bénéficiaire acceptant, la mise en gage nécessite un accord préalable du bénéficiaire acceptant.

La mise en gage des droits du contrat peut uniquement se faire par un avenant signé par le preneur d'assurance, le créancier gagiste et l'assureur.

En ce qui concerne la couverture 'rente d'incapacité de travail', il n'existe aucun droit d'avance ni de mise en gage.

5. DROITS DU (DES) BENEFICIAIRE(S)

Le(s) bénéficiaire(s) bénéficie(nt) des droits suivants :

- le droit aux prestations d'assurance visées au point 3 ;
- le droit d'accepter le bénéfice des prestations d'assurance susvisées au point 3.1. dès avant leur exigibilité, moyennant un avenant au Certificat Personnel signé par lui (eux), le preneur d'assurance et l'assureur. L'acceptation du bénéfice a entre autres pour effet que la résiliation, la révocation et le changement de la désignation bénéficiaire, le rachat et la mise en gage requièrent l'accord écrit du bénéficiaire acceptant.

6. DISPOSITIONS COMMUNES

6.1. Nature juridique des couvertures

La couverture 'capital-décès' et l'éventuelle couverture 'capital en cas de décès successif' du contrat (ou des contrats conjoints; 6.2) forment ensemble le contrat principal. Toutes les autres couvertures sont des assurances complémentaires au contrat principal. Ceci implique entre autres que :

- le(s) preneur(s) d'assurance a(ont), dans ses(leurs) rapports avec l'assureur, le droit de mettre fin aux assurances complémentaires à tout moment et indépendamment du sort du contrat principal;
- les dispositions des conditions générales relatives au contrat principal s'appliquent également aux assurances complémentaires, sauf s'il y est dérogé ou si le contexte laisse apparaître qu'elles ne s'appliquent qu'au seul contrat principal;
- la résiliation ou le rachat du contrat principal entraîne de plein droit la cessation des assurances complémentaires;
- la cessation de paiement des primes pour le contrat principal implique de plein droit la cessation de paiement des primes pour les assurances complémentaires.

Les assurances complémentaires n'ont ni valeur de rachat ni valeur de réduction.

En cas de survenance de l'événement assuré dans le cadre de la couverture 'capital-décès', toutes les couvertures (et donc également le contrat proprement dit) prennent automatiquement fin, sauf éventuellement la couverture 'capital en cas de décès successif' (3.1.1.2). Les versements dans le cadre d'un sinistre en cours dans le cadre de la couverture 'rente d'incapacité de travail' prennent aussi automatiquement fin (3.2.1.5).

6.2. Jonction

Plusieurs contrats peuvent, moyennant l'accord de l'assureur, faire l'objet d'une jonction. La jonction résulte du fait que les contrats concernés figurent sur le même Certificat Personnel. La jonction implique que les contrats concernés, bien qu'ils restent distincts d'un point de vue juridique et fiscal, sont considérés comme un ensemble sur le plan de la technique d'assurance. Ceci implique, entre autres, que les couvertures valent pour l'ensemble des contrats conjoints et que le caractère complémentaire des assurances complémentaires (6.1) s'apprécie par rapport à l'ensemble des contrats conjoints.

6.3. Impôts

Tous impôts, cotisations et charges de quelque nature que ce soit qui peuvent grever les primes, les réserves ou tout versement sont à charge du preneur d'assurance ou du (des) bénéficiaire(s).

6.4. Certificat Personnel

L'assureur établit lors de l'entrée en vigueur et lors de toute modification du contrat un Certificat Personnel (actualisé) qu'il remet au preneur d'assurance (le dernier Certificat délivré remplace toujours le précédent). Le Certificat Personnel donne un aperçu des éléments majeurs (montants de primes, couvertures, etc.) du contrat (ou des contrats conjoints). Le preneur d'assurance est supposé marquer intégralement son accord sur le contenu de son Certificat Personnel et de ses versions ultérieures, sauf s'il a communiqué par écrit ses remarques à l'assureur dans les 30 jours après que l'assureur l'a délivré.

6.5. Constitution de la réserve / modifications tarifaires

La prime nette, c.-à-d. après retenue d'éventuels chargements d'entrée, impôts et primes pour les couvertures 'capital-décès par accident' et 'rente d'incapacité de travail', est affectée à la constitution de réserves.

Il est fait une distinction entre :

- les réserves qui sont constituées par les primes affectées au financement de la couverture 'capital-décès' (3.1.1.1) ;
- les réserves décès successif, qui sont constituées par les primes affectées au financement de la couverture 'capital en cas de décès successif' (3.1.1.2).

L'assureur soustrait des réserves qui y sont affectées (voir ci-dessus), les primes de risque pour les couvertures respectives.

Ces primes de risque sont les primes requises pour assurer les couvertures concernées pour une période de chaque fois un mois. Elles sont en principe soustraites au début de chaque mois. En cas de jonction de différents contrats (6.2), cette soustraction se fait, sous réserve d'éventuelles restrictions ou obligations fiscales, juridiques et autres, proportionnellement avec les réserves constituées à la date de soustraction (qui sont affectées aux couvertures respectives) des différents contrats conjoints.

Sans préjudice de l'éventuelle application de surprimes pour des risques aggravés (3.3.2), les tarifs utilisés pour le calcul des primes sont ceux que l'assureur a déposés auprès de la Banque Nationale de Belgique (BNB). Outre les majorations de primes individuelles dans le cadre d'une modification du degré de risque (3.3.3), l'assureur peut à tout moment en cours de contrat, dans le respect des éventuelles restrictions impératives en la matière, pour des raisons justifiées et de manière raisonnable et proportionnée, augmenter les tarifs pour le calcul des primes dans le cadre d'une révision générale pour la catégorie d'assurances dont relève le contrat, ainsi entre autres :

- si l'assureur y est obligé en vertu de dispositions légales ou réglementaires ;
- si une quelconque modification de la législation, une quelconque intervention des autorités de contrôle, une quelconque jurisprudence, etc. étendait la portée de la (des) couverture(s) ou les obligations de l'assureur ;
- si l'assureur estime que l'équilibre de son portefeuille d'assurances est mis en péril par une quelconque modification de la législation, par une quelconque intervention des autorités de contrôle, par une quelconque jurisprudence, etc., ou encore, par un accroissement du degré de risque de l'événement (des événements) assuré(s) concerné(s) au sein de la population, de la population du marché de l'assurance belge ou de son propre portefeuille (ou un segment de celui-ci) ;
- si une quelconque modification de la législation, une quelconque intervention des autorités de contrôle, une quelconque jurisprudence, etc. interdisait certains critères de segmentation ;
- en présence de circonstances qui, selon des dispositions légales ou réglementaires, autorisent l'assureur à procéder à une adaptation tarifaire.

Dans l'hypothèse où le coût de gestion des contrats a augmenté par rapport à la conclusion du contrat et que l'assureur peut démontrer que le coût de gestion des contrats a augmenté depuis la conclusion du contrat ou si le taux d'intérêt appliqué n'est plus conforme aux taux du marché, l'assureur peut modifier les chargements et taux d'intérêt intégrés dans le tarif.

6.6. Non-paiement des primes / épuisement des réserves

6.6.1. Non-paiement de primes et effet sur les couvertures

Le paiement de prime n'est pas obligatoire, sauf si le preneur d'assurance s'y est obligé par un autre engagement que le contrat (comme un emprunt ou un crédit).

Dès la première échéance impayée, les primes de risque nécessaires au maintien des couvertures 'capital-décès' et 'capital en cas de décès successif' (3.1.1.1 et 3.1.1.2) continuent d'être soustraites des réserves concernées du (des) contrat(s) (conjoints) jusqu'à épuisement respectif de celles-ci. Après épuisement des réserves concernées, il est mis fin aux couvertures concernées, mais au plus tôt 30 jours après que l'assureur en aura informé le preneur d'assurance par lettre recommandée.

Il est mis fin aux couvertures 'capital-décès par accident' et 'rente d'incapacité de travail' (3.1.1.3. et 3.2.) à partir de la première échéance impayée mais au plus tôt 30 jours après que l'assureur en ait

informé le preneur d'assurance par lettre recommandée (comme indiqué au point 6.1, ces couvertures n'ont pas de valeur de réduction).

Si, quelle qu'en soit la raison, l'assureur constate que les réserves sont devenues insuffisantes pour continuer de soustraire les primes de risque nécessaires pour la (les) couverture(s) concernée(s), il peut mettre fin prématurément à cette (ces) couverture(s). Cette cessation anticipée intervient cependant au plus tôt 30 jours après que l'assureur en aura informé le preneur d'assurance par lettre recommandée.

6.6.2. Poursuite des couvertures

Si une couverture prend fin dans des circonstances visées au point 6.6.1 l'assuré a le droit de poursuivre l'assurance à titre individuel dans le cadre d'une autre assurance jusqu'au terme initialement prévu. Il a aussi la possibilité de faire poursuivre l'assurance sous une autre forme (autre fiscalité, nouveau contrat, ...).

Cette poursuite doit cependant s'inscrire dans la gamme de produits de l'assureur et doit être fixée dans un nouveau contrat d'assurance qui entre en vigueur dans les 105 jours qui suivent la cessation de la couverture concernée.

S'il est ainsi conclu une nouvelle assurance qui poursuit l'assurance initiale prévoyant des modalités de produits identiques, l'assureur n'appliquera pas de conditions d'acceptation médicale supplémentaires pour l'acceptation de ce risque. Les mêmes primes s'appliquent tant pour l'assurance poursuivie que pour l'assurance initiale.

6.7. Remise en vigueur

Lorsqu'il est mis fin au paiement des primes pour le contrat, le preneur d'assurance peut en demander la remise en vigueur sur demande écrite dans les trois ans. Ceci vaut également en cas de rachat (4.3), si ce n'est que dans ce cas le délai est ramené à trois mois et que les réserves rachetées doivent en outre être reversées (sans nouveaux chargements d'entrée) à l'assureur. L'assureur subordonne la remise en vigueur des couvertures à ses critères d'acceptation (3.3.2). La remise en vigueur prend effet à la date mentionnée sur le nouveau Certificat Personnel.

6.8. Versements

L'assureur peut subordonner tout versement (aussi en cas de résiliation et de rachat) à la présentation des documents qu'il juge nécessaires. L'assureur verse les sommes dues, après imputation d'éventuel(le)s retenues légales, chargements, indemnités et autres sommes qui seraient encore du(e)s à l'assureur ou à des tiers (comme un créancier gagiste), dans les 30 jours après réception des documents demandés et, si la demande en est faite, après réception d'une quittance de règlement signée.

L'assureur ne peut être tenu d'effectuer un quelconque versement en cas de décès à un bénéficiaire qui a intentionnellement provoqué le décès de l'assuré ou un des assurés ou qui y a instigué. Dans ce cas, l'assureur agira comme si cette personne n'était pas bénéficiaire.

6.9. Correspondance et preuve

Sauf si les dispositions contractuelles qui précèdent ou des dispositions légales ou réglementaires impératives l'indiquaient autrement, tout avis d'une partie à l'autre peut se faire par lettre ordinaire. Les parties peuvent, sans pour autant y être obligées, considérer comme valable tout avis formulé d'une autre manière (télécopie, courriel, ...).

Tout avis et toute correspondance entre parties se fait valablement à la dernière adresse (de correspondance) qu'elles se sont mutuellement communiquée. S'il y a deux preneurs d'assurance, l'assureur peut valablement envoyer tout avis au preneur d'assurance conjointement aux deux preneurs d'assurance et ce, à l'adresse de correspondance mentionnée sur la Demande de souscription. A défaut de mention d'adresse de correspondance spécifique sur la Demande de souscription, l'assureur peut utiliser l'adresse du 'premier preneur d'assurance' figurant sur le Certificat Personnel comme adresse de correspondance unique. Dès que l'assureur a connaissance du fait qu'aucun des deux preneurs d'assurance n'habite encore à l'adresse de correspondance communiquée initialement, il peut utiliser l'adresse (nouvelle) du 'premier preneur d'assurance' figurant sur le Certificat Personnel comme adresse de correspondance unique. Si l'adresse de correspondance est l'adresse d'un des preneurs d'assurance et si ce preneur d'assurance décède, l'assureur peut, dès qu'il a connaissance du décès, utiliser l'adresse de l'autre preneur d'assurance comme adresse de correspondance unique. Les pre-

neurs d'assurance ont toujours la possibilité de faire changer l'adresse de correspondance unique moyennant un avis écrit à l'assureur, daté et signé par eux deux.

L'envoi d'une lettre recommandée se prouve par la production de la preuve du dépôt à la poste. L'existence et le contenu de tout document et de toute correspondance se prouvent par la production de l'original ou, à défaut, de sa copie dans les dossiers de l'assureur.

6.10. Modification des conditions générales

L'assureur peut modifier les Conditions Générales pour des raisons justifiées (par exemple dans le cadre d'une modification de la législation), dans le respect des éventuelles restrictions impératives en la matière, dans les limites de la bonne foi et sans porter atteinte aux caractéristiques essentielles du contrat. L'assureur en informe le preneur d'assurance par écrit et lui communique la nature et les raisons des modifications apportées, ainsi que la date à laquelle les nouvelles Conditions Générales prennent effet. Dans ce cas, le preneur d'assurance a le droit de résilier le contrat.

6.11. Cadre légal

6.11.1. Législation applicable

Le contrat est régi par la législation belge relative aux assurances-vie individuelles et aux assurances complémentaires. Si le preneur d'assurance est établi en dehors de la Belgique, les parties optent expressément, si la loi les y autorise, pour l'application du droit belge. Une clause éventuellement contraire à une disposition impérative n'affecte pas la validité du contrat. Cette clause est alors remplacée par la disposition impérative méconnue et sera censée avoir été établie dès la conclusion du contrat en conformité avec cette disposition impérative.

6.11.2. Régime fiscal applicable

En ce qui concerne le régime fiscal applicable, il est renvoyé au document « Informations fiscales » remis au preneur d'assurance avant la conclusion du contrat. Pour de plus amples renseignements concernant le régime fiscal applicable, le preneur d'assurance peut s'adresser à l'assureur. La responsabilité de l'assureur ne peut cependant aucunement être engagée si certains avantages fiscaux escomptés n'étaient ou ne pouvaient être obtenus ou si une pression (para)fiscale inattendue grevait le contrat.

6.12. Sanctions économiques

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

6.13. Paiement des prestations en cas de vie et décès

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

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

- un certificat de vie mentionnant la date de naissance de l'assuré ;
- une copie de la carte d'identité de chacun des bénéficiaires (en ce compris les bénéficiaires effectifs au sens de la loi du 18/09/2017), ou si le preneur d'assurance est une personne morale, une copie des statuts de la société ainsi qu'une copie des cartes d'identité des personnes qui ont le pouvoir de représenter la société.

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

- un extrait de l'acte de décès mentionnant la date de naissance de l'assuré ;
- un certificat médical, établi par le médecin traitant de l'assuré et transmis au médecin-conseil de l'assureur, établissant la cause du décès (l'assuré y consent par la signature du présent contrat) ;

- un acte d'hérédité indiquant les droits du (des) bénéficiaire(s) lorsqu'il(s) n'a (ont) pas été nominativement désignés dans le contrat ;
- une copie de la carte d'identité de chacun des bénéficiaires ;
- un certificat de vie au nom de chacun des bénéficiaires.

Le preneur d'assurance-personne morale transmettra à la compagnie la liste de ses actionnaires-personnes physiques détenant au moins 25% des actions, des droits de vote ou des biens de la société qui conclut le contrat.

S'il n'y a pas d'actionnaire – personne physique détenant une telle participation ou s'il n'y a pas d'actionnariat, il conviendra de transmettre la liste des personnes qui exercent le pouvoir ou le contrôle sur cette personne morale, qui y occupent la position de dirigeant principal, ou sont membre de son organe de gestion, ou la liste des personnes habilitées à représenter la personne morale s'il s'agit d'une fondation ou d'une ASBL.

Si l'actionnaire principal du preneur d'assurance est une personne morale, la liste des actionnaires-personnes physiques de cette société sera jointe à la proposition d'assurance. Si les titres de la société sont au porteur ou dématérialisés, l'actionnaire détenant au moins 25% des actions doit conformément à l'article 7.83 du code des sociétés et des associations, communiquer au preneur d'assurance l'état de sa participation. La même liste est requise en cas de rachat.

6.14. Protection des données personnelles

Remarque préliminaire

Si le contrat que vous allez souscrire vous couvre vous-même, nous vous invitons à lire attentivement les paragraphes d'explication suivants.

Si le contrat est souscrit au profit d'autres personnes que vous-même (comme les employés ou dirigeants de votre entreprise, un ou plusieurs tiers, ...), les droits et devoirs décrits dans les paragraphes suivants restent entièrement d'application, sauf en ce qui concerne l'accord sur le traitement des données personnelles de santé.

Dans ce cas, seules les personnes au profit desquelles le contrat est souscrit peuvent donner leur accord. Si, dans le cadre d'une évaluation d'un risque ou de la gestion d'un sinistre, nous devons collecter des données auprès de ces personnes, elles seront informées de notre politique de gestion des données personnelles. En cas de traitement de données liées à la santé, nous demanderons leur consentement personnel.

Allianz Benelux : qui sommes-nous ?

Allianz Benelux est déjà votre assureur ou a vocation à le devenir pour vous prémunir contre différents risques et pour vous indemniser, le cas échéant. A cet effet, nous sommes obligés de collecter certaines de vos données personnelles pour mener à bien notre rôle d'assureur. Les paragraphes suivants vous expliquent comment et pourquoi nous utilisons vos données personnelles. Nous vous invitons à lire attentivement ce qui suit.

Pourquoi utilisons-nous vos données personnelles ?

Nous collectons et traitons vos données personnelles exclusivement pour les objectifs suivants :

- l'évaluation du risque assuré par votre contrat,
- la gestion de la relation commerciale avec vous, avec votre courtier ou avec des partenaires commerciaux, via Internet et les réseaux sociaux, en ce compris la promotion de nos produits d'assurances, pendant et après la fin de notre relation contractuelle,
- la gestion de votre police d'assurances ou de vos éventuels sinistres couverts par votre contrat,
- l'envoi obligatoire d'informations relatives à votre situation d'assurances,
- la surveillance du portefeuille d'assurances de notre entreprise,
- la prévention des abus et des fraudes à l'assurance.

Aucune disposition légale ne vous oblige à nous fournir les données personnelles que nous demandons mais, à défaut de nous les fournir, nous serons dans l'impossibilité de gérer votre police d'assurance ou vos sinistres.

Pour chaque objectif énuméré ci-dessus, la collecte et le traitement des données sont:

- réalisés conformément à la législation sur la protection des données personnelles,
- fondés soit sur les législations applicables aux assurances, soit sur votre consentement.

Ces données sont partagées avec certains de nos services dans le cadre strict des missions qui leurs sont confiées. Il s'agit des membres des services de gestion des contrats ou des sinistres, du service juridique et de compliance (contrôle de conformité) et de l'audit interne. Dans le cadre limité des finalités précitées et dans la mesure où cela est nécessaire, nous partageons aussi vos données personnelles avec votre courtier, notre réassureur, nos auditeurs, des experts, des conseillers juridiques et avec les administrations belges ou étrangères (pensions, autorités fiscales belges ou étrangères dans le cadre de nos obligations de reporting FATCA et CRS, sécurité sociale, autorités de contrôle).

Pour des raisons de sécurité, de sauvegarde de vos données ou de gestion de nos applications informatiques, il arrive que nous devions transférer vos données personnelles vers une autre société spécialisée du Groupe Allianz située au sein ou en dehors de l'Union européenne. Pour ces transferts, le Groupe Allianz a établi des règles très contraignantes qui ont été approuvées par les autorités de protection des données personnelles et qu'Allianz Benelux respecte. Ces règles constituent l'engagement pris par le Groupe Allianz et par Allianz Benelux de protéger de façon adéquate le traitement des données personnelles, quel que soit le lieu où elles se trouvent.

De quels droits disposez-vous à l'égard de vos données personnelles ?

- le droit d'y avoir accès,
- le droit de les faire rectifier si elles sont inexactes ou incomplètes,
- le droit de les faire effacer dans certaines circonstances comme, par exemple, lorsqu'elles ne sont plus nécessaires à l'objectif poursuivi lors de leur collecte et traitement,
- le droit d'obtenir la limitation de traitement dans certaines circonstances comme par exemple la limitation de l'usage d'une donnée dont vous contestez l'exactitude pendant la période où nous devons la vérifier,
- le droit d'introduire une plainte auprès de l'autorité compétente,
- le droit de vous opposer au traitement,
- le droit à la portabilité de vos données personnelles, c'est-à-dire le droit de recevoir vos données personnelles dans un format structuré, communément utilisé et lisible ou de les faire transmettre directement à un autre responsable de traitement,
- le droit d'obtenir des explications sur les décisions automatisées,
- le droit de retirer votre consentement au traitement de vos données à tout moment.

Profilage et décision automatisée.

En collaboration avec des partenaires externes, nous collectons des données déposées sur les réseaux sociaux en vue d'établir des profils de prospects à qui nous adressons nos promotions commerciales, ces derniers ayant toujours la possibilité de refuser ces promotions. En accord avec les personnes concernées, nous collectons parfois des données de géolocalisation.

Nous donnons parfois aussi accès aux clients ou aux prospects soit à des modules de calcul de prime afin qu'ils puissent comparer les prix et prendre contact avec un courtier de leur choix ou avec nous, soit à des modules d'évaluation de leur profil financier afin de leur permettre de déterminer si nos assurances de placement ou d'investissement pourraient les intéresser et le cas échéant, de prendre contact avec un courtier de leur choix ou avec nous.

Les clients et prospects sont toujours en droit de nous demander de plus amples explications sur la logique de ces modules ou profilage.

Conservation de vos données personnelles.

Nous conserverons vos données personnelles aussi longtemps qu'elles sont nécessaires à la réalisation des objectifs cités ci-dessus ou aussi longtemps qu'une loi le requiert. La durée de conservation des données contractuelles et de gestion de sinistre se termine à la fin du délai de prescription légal qui suit la clôture du dernier sinistre couvert par le contrat d'assurance. La durée varie donc fortement d'une assurance à l'autre.

Questions, exercices de vos droits et plaintes.

Vous pouvez nous adresser vos questions concernant le traitement de vos données personnelles soit par courrier à l'adresse privacy@allianz.be, soit par courrier postal à l'adresse : Allianz Benelux SA, Service juridique et compliance/Protection des données, Boulevard du Roi Albert II 32 à 1000 Bruxelles, Belgique. Veuillez aussi nous transmettre une copie de votre carte d'identité recto/verso. Nous vous répondrons personnellement. Toute plainte concernant le traitement de vos données personnelles peut être adressée aux adresses postale et de courriel mentionnées ci-dessus ou encore à l'Autorité de Protection des Données Personnelles, rue de la Presse 35, 1000 Bruxelles, www.privacycommission.be.

Consentements spécifiques. Traitement de données relatives à la santé.

En signant votre contrat d'assurance, vous marquez expressément votre accord sur le traitement de vos données personnelles relatives à votre santé par le Service médical de notre compagnie et par les personnes dûment autorisées à les traiter lorsque ce traitement est nécessaire à la gestion du contrat ou d'un sinistre. A défaut de consentir au traitement de données relatives à la santé, nous serons dans l'impossibilité de gérer votre police d'assurance si une garantie corporelle ou un sinistre avec dommage à la santé est en jeu.

Quant aux personnes au profit desquelles vous avez souscrit une assurance, nous nous chargeons de les informer et de demander leur accord sur le traitement de leurs données personnelles liées à la santé lors de l'évaluation d'un risque ou de la gestion d'un éventuel sinistre.

Pour de plus amples informations, n'hésitez pas à consulter notre page « Protection des données personnelles » de notre site Web à l'adresse <https://allianz.be/personnelles>

6.15. Plaintes et litiges

La loi belge est applicable au contrat d'assurance.

Sans préjudice de la possibilité d'intenter une action en justice, vous pouvez adresser toute plainte au sujet du contrat au service Gestion des plaintes d'Allianz Benelux : Boulevard du Roi Albert II 32, 1000 Bruxelles, tél. 02/214.77.36, fax 02/214.61.71, plaintes@allianz.be, www.allianz.be.

Si vous n'êtes pas satisfait suite à la réponse de notre service Gestion des plaintes, vous pouvez prendre contact avec l'Ombudsman des Assurances : Square de Meeûs 35, 1000 Bruxelles, tél. 02/547.58.71, fax 02/547.59.75, info@ombudsman.as, www.ombudsman.as.

Allianz Benelux, en sa qualité d'assureur, est tenue de participer à une procédure de règlement extrajudiciaire des litiges de consommation. Le Service de l'Ombudsman des Assurances est une entité qualifiée pour rechercher une solution à un litige extrajudiciaire de consommation.

6.16. Avertissement

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

