

Conditions générales

Assurance chiffre d'affaires avec décès



Votre Courtier
Votre meilleure
Assurance

SOMMAIRE

1.	DEFINITIONS	3
2.	ENTREE EN VIGUEUR ET PAIEMENT DES PRIMES	3
3.	COUVERTURES	3
3.1	Couvertures en cas de décès	3
3.2	Couverture 'rente d'incapacité de travail'	7
3.3	Dispositions générales	10
4.	DROITS DU PRENEUR D'ASSURANCE.....	12
4.1	Dispositions générales	12
4.2	Résiliation	13
4.3	Désignation et changement de bénéficiaires.....	13
4.4	Rachat	13
4.5	Avance et mise en gage.....	13
5.	DROITS DU (DES) BENEFICIAIRE(S)	13
6.	DISPOSITIONS COMMUNES.....	14
6.1	Nature juridique des couvertures	14
6.2	Jonction	14
6.3	Impôts	14
6.4	Certificat Personnel	14
6.5	Constitution de la réserve / primes de risque / modifications tarifaires	15
6.6	Non-paiement des primes / épuisement des réserves	16
6.7	Remise en vigueur	16
6.8	Versements.....	17
6.9	Correspondance et preuve	17
6.10	Modification des conditions générales	17
6.11	Cadre légal.....	18
6.12	Sanctions économiques	18
6.13	Paiement des prestations - Prévention du blanchiment des capitaux	18
6.14	Protection des données personnelles	19
6.15	Plaintes et litiges.....	21
6.16	Avertissement.....	21

1. DEFINITIONS

assureur	Allianz Benelux s.a., ayant son siège social à 1000 Bruxelles, rue de Laeken 35
contrat	l'assurance décès, comprenant les présentes Conditions Générales, le Certificat Personnel et d'éventuels autres documents, qui doivent être lus conjointement et forment un ensemble
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) versement(s) prévu(s) dans le contrat

2. ENTREE EN VIGUEUR ET PAIEMENT DES PRIMES

Le contrat entre en vigueur à la date indiquée dans le Certificat Personnel. 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. Le paiement de prime n'est pas obligatoire (voir cependant 7.6), sauf si le preneur d'assurance s'y est obligé par un autre engagement que le contrat (comme un emprunt ou un crédit).

3. COUVERTURES

3.1. Couvertures en cas de décès

3.1.1. Description des couvertures en cas de décès

3.1.1.1. Capital-décès

3.1.1.1.1. Evénement assuré

Si l'assuré vient à décéder pendant la période de couverture (voir 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, l'assureur verse le capital convenu au(x) bénéficiaire(s). Il y a couverture si le premier décès survient pendant la période de couverture (voir 3.1.2.1) et si le second décès survient au plus tard 12 mois après le premier.

3.1.1.2.2. Montant du capital en cas de décès successif

Le capital à verser 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. Événement 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 (voir 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').

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

Ne sont pas considérés comme accident :

- le suicide;
- les maladies et leurs conséquences, l'accident vasculaire cérébral, les crises d'épilepsie ou analogues, quelle qu'en soit la cause;
- 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 si la septicémie a eu lieu en même temps que la blessure).

Par extension, sont cependant 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.

3.1.1.3.2. Montant du capital-décès par accident

Le capital à verser est le montant assuré à la date de survenance de l'événement assuré, étant toutefois entendu que les éventuelles augmentations du montant assuré intervenues entre la date de l'accident et celle du décès ne sont pas versées si celles-ci n'avaient pas déjà été convenues avant la date de l'accident. Il n'y a pas de participation bénéficiaire en cas de décès.

Si le Certificat Personnel fait une distinction entre le capital-décès 'par maladie' et 'par accident', seule la différence positive entre le montant assuré 'par accident' et le montant assuré 'par maladie' relève des dispositions concernant la couverture 'capital-décès par accident'. Le montant assuré 'par maladie' forme conjointement avec le montant assuré correspondant 'par accident' la couverture 'capital-décès' (voir 3.1.1.1).

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. 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. Si le contrat a un terme, la période de couverture expire toujours au plus tard au terme. Si le contrat n'a pas de terme, la période de couverture expire au plus tard lors de la survenance de l'événement assuré dans le cadre de la couverture 'capital-décès' (voir 3.1.1.1).

3.1.2.2. Risques exclus en cas de décès

L'assureur n'accorde pas de couverture dans le cadre des couvertures 'capital-décès' (voir 3.1.1.1) et 'capital en cas de décès successif' (voir 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 crime ou d'un délit intentionnel commis par l'assuré 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 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'essais;
 - du type "ultra léger motorisé";
 - militaire ou utilisé par des militaires ou à des fins militaires; toutefois, le décès est couvert s'il s'agit d'un appareil affecté au moment de l'accident au transport de personnes;
- 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. Le(s) bénéficiaire(s) doit (doivent) apporter la preuve que l'assuré n'y a pas 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 économiquement 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 et d'une guerre civile; si le décès de l'assuré survient dans un pays étranger où des hostilités sont en cours, il faut distinguer deux cas :
 - 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;(dans les deux cas, le(s) bénéficiaire(s) doit (doivent) apporter la preuve que l'assuré ne participait 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;

- 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 (voir 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' (voir 3.1.1.3) suite à un risque qui serait exclu dans le cadre des autres couvertures en cas de décès conformément au point 3.1.2.2, 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 méfaits, 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 et, en tant qu'amateur, de sports notoirement dangereux, tels qu'équitation, vol à voile, deltaplane, parachutisme, kart, plongée sous-marine avec appareil respiratoire autonome, alpinisme, spéléologie, boxe, catch, lutte, jiu-jitsu et sports analogues, saut à l'élastique, ULM, bobsleigh, skeleton, rugby ou parasailing (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 ou lors d'épreuves de vitesse et la participation à des paris et défis;
- l'usage comme conducteur ou passager d'un véhicule automoteur à deux ou à plus de deux roues, sauf s'il s'agit d'un véhicule automobile, d'un camion, d'une camionnette ou d'un motorcycle équipé d'un moteur dont la cylindrée ne dépasse pas 50 cc et/ou qui de par sa construction et de par la seule puissance de son moteur ne peut pas dépasser la vitesse de 40 km à l'heure sur une route en palier;
- un état d'ivresse, d'intoxication alcoolique ou d'intoxication analogue résultant de l'utilisation de drogues ou de substances hallucinogènes.

En ce qui concerne la couverture du risque de terrorisme, les dispositions concernées du point 3.1.2.2 s'appliquent ici de la même manière.

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' (voir 7.5) sont versées au(x) bénéficiaire(s) de ces couvertures.

3.2. Couverture 'rente d'incapacité de travail'

3.2.1. Description de la couverture 'rente d'incapacité de travail'

3.2.1.1. Événement assuré

Si l'assuré est atteint d'une incapacité de travail pendant la période de couverture suite à une cause couverte, le bénéficiaire a droit au versement intégral ou partiel de la rente d'incapacité de travail et ce, dès le terme du délai de carence et durant la période de paiement. 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 maintenir un revenu pendant une période transitoire déterminée.

3.2.1.2. Incapacité de travail

Il est question d'incapacité de travail dès que le seuil d'incapacité de travail est atteint.

Le seuil d'incapacité de travail est le degré d'invalidité économique minimal qui doit être constaté pour qu'il puisse être question d'incapacité de travail. Le degré d'invalidité économique pris en considération est le degré d'invalidité économique réel sans tenir compte du degré d'invalidité économique qui découle de ou qui est lié à une cause non couverte (voir 3.2.1.3), un risque exclu et/ou une maladie ou affection préexistante non couverte (voir 3.2.2.3).

Si le seuil d'incapacité de travail est atteint et qu'il est ainsi question d'incapacité de travail, l'intervention de l'assureur est déterminée sur la base du degré d'incapacité de travail, celui-ci étant le plus élevé des degrés d'invalidité économique (sans tenir compte du degré d'invalidité économique qui découle de ou qui est lié à une cause non couverte, un risque exclu et/ou une maladie ou affection préexistante non couverte) et d'invalidité physiologique (sans tenir compte du degré d'invalidité physiologique qui découle de ou qui est lié à une cause non couverte, un risque exclu et/ou une maladie ou affection préexistante non couverte). Si le degré d'incapacité de travail est inférieur à 67%, il est question d'une incapacité de travail partielle. Si le degré d'incapacité de travail atteint au moins 67%, il est question d'une incapacité de travail totale.

Le degré d'invalidité économique représente la mesure de la réduction de l'aptitude au travail de l'assuré, suite à une invalidité physiologique, cette dernière étant une atteinte à son intégrité physique. Le degré d'invalidité économique est déterminé en tenant compte de l'impossibilité totale ou partielle de l'assuré à pouvoir encore exercer une activité professionnelle compatible avec ses connaissances, compétences et antécédents professionnels. Dans ce cadre, il n'est tenu compte ni de la situation économique générale, ni d'autres critères économiques quelconques.

Le degré d'invalidité physiologique représente la mesure dans laquelle l'intégrité physique de l'assuré est réduite. Il est constaté par décision médicale, sur la base du « Barème Officiel Belge des Invalidités » 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. La référence au degré d'invalidité physiologique n'a une influence potentielle que sur le montant de la rente d'incapacité de travail à verser ou à attribuer et n'enlève rien au fait que ces rentes couvrent uniquement l'incapacité de travail et ont, sans porter préjudice à leur caractère forfaitaire, pour but essentiel de prévoir une intervention en cas de perte de revenus.

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. 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.

3.2.1.3.1. Accident

Pour la portée du terme 'accident', il est renvoyé au point 3.1.1.3.1. 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 atteinte à la santé de l'assuré qui est due à une autre cause qu'un accident, tel que décrit ci-dessus.

3.2.1.4. Montant de la rente d'incapacité de travail

3.2.1.4.1. Généralités

Sous réserve des dispositions ci-dessous, le montant de la rente d'incapacité de travail est égal à son montant assuré (ou à ses montants assurés) dès l'expiration du délai de carence (voir aussi 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 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 proportionnellement au degré d'incapacité de travail pour autant que le seuil d'incapacité de travail soit atteint. Un versement intégral a lieu si le degré d'incapacité de travail atteint au moins 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 de la rente d'incapacité de travail prend fin. L'assureur n'effectue pas de versement (majoré) en cas d'augmentation du degré d'incapacité de travail qui survient après la période de couverture (voir 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 peut être prévu une indexation de la rente d'incapacité de travail en cours ('indexation après sinistre'). Cette indexation n'est possible que dans le cas où la rente avant sinistre est constante. Dans ce cas, le montant de la rente est majoré annuellement 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.

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', auquel cas la rente est versée - rétroactivement - à partir de la date du début de l'incapacité de travail, à la condition que l'assuré soit toujours en état d'incapacité de travail au terme de ce délai de carence avec rachat.

La rente d'incapacité de travail est versée au plus tard 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 au plus précocement des moments suivants :

- dès que le seuil d'incapacité de travail n'est plus atteint (voir 3.2.1.2 et 3.2.1.4.2);
- à la date du décès de l'assuré ou de l'autre assuré dans le cadre de la couverture 'capital-décès' (ceci signifie que, si l'assuré frappé d'incapacité de travail perçoit une rente, le versement de la rente prend fin non seulement lorsqu'il décède lui-même, mais aussi si l'éventuel 'coassuré' dans le cadre de la couverture 'capital-décès' décède et ce, même si dans ce cas le point 3.1.2.4 devait s'appliquer);
- au terme du contrat.

Les rentes d'incapacité ne sont plus versées à la date de prise de cours de la pension ou de la pré-pension ou tout autre régime pouvant être assimilé.

3.2.1.6. Rechute

Il est question de 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.

En cas de rechute, 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 de 'l'indexation après sinistre' ou de l'application d'un 'profil de progression'), 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.

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 au plus tard 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. Si le contrat a un terme, la période de couverture expire toujours au plus tard au terme. Si le contrat n'a pas de terme, la période de couverture expire au plus tard lors de la survenance de l'événement assuré dans le cadre de la couverture 'capital-décès' (voir 3.1.1.1).

3.2.2.2. Etendue géographique

La couverture 'rente d'incapacité de travail' est valable dans le monde entier pour autant que l'assuré ait sa résidence habituelle en Belgique et dans la mesure où l'assureur peut, selon sa propre appréciation, (continuer d') exercer le contrôle médical nécessaire sans difficultés, ni frais exceptionnels. Les rentes d'incapacité seront versées pendant une période de trois mois maximum en cas de séjour de l'assuré en dehors de l'Union Européenne, les prestations reprenant cours dès le retour de l'assuré en Europe.

3.2.2.3. Risques exclus

L'assureur n'accorde pas de couverture et n'effectue donc pas de versement dans le cadre de la couverture 'rente d'incapacité de travail' suite à un risque qui serait exclu dans le cadre des diverses couvertures en cas de décès (également par accident) conformément aux points 3.1.2.2 et 3.1.2.3 - appliqué tant à l'incapacité de travail proprement dite qu'à sa cause - ou si l'incapacité de travail proprement dite ou sa cause est la conséquence directe ou indirecte :

- d'une affection non contrôlable par examen médical, d'une affection psychique ou mentale, de troubles subjectifs ou psychiques dont le diagnostic ne repose pas sur des signes organiques;
- d'une tentative de suicide;
- d'une maladie ou d'un accident survenu avant la prise d'effet des couvertures ou avant l'augmentation des couvertures (voir 3.3). Toute incapacité de travail ultérieure ayant la même cause ne pourra jamais donner lieu à l'octroi des prestations;
- une chute d'une hauteur de plus de 4 mètres dans l'exercice d'une activité professionnelle.

En ce qui concerne la couverture du risque de terrorisme, les dispositions concernées du point 3.1.2.2 s'appliquent ici de la même manière.

3.3. Dispositions générales

3.3.1. Communication de renseignements corrects

Lors de la conclusion, l'augmentation ou la remise en vigueur des couvertures, le preneur d'assurance et l'assuré (les assurés) doivent communiquer à l'assureur, en toute sincérité et sans omission, tous les éléments dont ils ont connaissance et qu'ils doivent raisonnablement considérer comme des éléments d'appréciation des risques par l'assureur. Il s'agit entre autres de l'activité professionnelle, de sports et autres activités pratiqués, ainsi que des maladies et affections déjà diagnostiquées ou dont au moins les symptômes se sont déjà manifestés.

En cas de communication inexacte de la date de naissance de l'assuré (d'un assuré), l'assureur peut adapter les primes de risque et/ou toute prestation d'assurance (le cas échéant, rétroactivement) sur la base des éléments tarifaires en fonction de la date de naissance exacte. En cas d'omissions involontaires ou de déclarations inexactes involontaires autres que celle portant sur la date de naissance, les dispositions légales y relatives s'y appliquent durant la première année après, respectivement, la conclusion, l'entrée en vigueur d'une augmentation non prévue initialement (en ce qui concerne cette augmentation) ou la remise en vigueur des couvertures 'capital-décès' et 'capital en cas de décès successif' et, sauf disposition impérative contraire, pendant toute la durée du contrat en ce qui concerne les autres couvertures (assurances complémentaires).

Dans le cadre spécifique de la couverture 'rente d'incapacité de travail' (voir 3.2), l'assuré doit, non seulement lors de la conclusion, l'augmentation ou la remise en vigueur de la couverture, mais aussi simplement pendant la durée de la couverture, informer immédiatement l'assureur de toute diminution de ses revenus professionnels ou du fait qu'il a conclu ou conclut une assurance auprès d'une autre compagnie d'assurances qui couvre les mêmes risques ou des risques semblables ou qu'il bénéficie auprès d'un (autre) organisme de pension d'une telle couverture. 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.

Conformément à la loi, toute fraude, omission volontaire ou déclaration inexacte volontaire entraîne la nullité de la (des) couverture(s) concernée(s). Les primes échues au moment où l'assureur en prend connaissance lui reviennent. L'attention est attirée sur le fait que la loi prévoit aussi des sanctions en cas d'omissions involontaires ou de déclarations inexactes involontaires qui, selon les cas, peuvent mener jusqu'au refus de l'assureur d'accorder son intervention.

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 (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 ultérieure de la (des) couverture(s) concernée(s), sauf s'il en est convenu autrement.

3.3.3. Modification du degré de risque

Si un document quelconque laisse apparaître que, lors de l'acceptation d'une couverture par l'assureur ou pour le calcul du tarif d'une couverture, il a été tenu compte de caractéristiques particulières de l'assuré (tabagisme, activité professionnelle, statut social, sports pratiqués, domicile, etc.), toute modification de ces éléments doit être signalée par écrit dans les 30 jours à l'assureur. Cette obligation ne vaut pas en cas de diminution du risque concerné.

Si l'aggravation ou la diminution du risque concerné était de telle nature que l'assureur aurait accordé cette couverture sous d'autres conditions, il propose, dans le mois à compter de l'avis précité, d'adapter les conditions de la couverture avec effet à la date de l'aggravation du risque ou à la date à laquelle l'assureur a eu connaissance de la diminution du risque.

Si, en cas d'aggravation du risque, la proposition de l'assureur est refusée ou n'est pas acceptée dans un délai d'un mois à compter de la réception de cette proposition, l'assureur peut résilier la couverture concernée par lettre recommandée dans les 15 jours. Si, cependant, l'assureur peut fournir la preuve qu'il n'aurait pas accordé la couverture dans les circonstances modifiées, il peut résilier la couverture par lettre recommandée dans un délai d'un mois à compter de la date à laquelle il a eu connaissance de l'aggravation du risque.

Si le fait de ne pas avoir communiqué l'aggravation du risque peut être reproché et si un sinistre survient avant que l'aggravation du risque ait été communiquée à l'assureur, le versement, est réglé sur la base des prestations qui auraient été assurées avec la prime réellement payée, en tenant compte des caractéristiques modifiées du risque. Si, cependant, l'assureur peut fournir la preuve qu'il n'aurait pas accordé la couverture dans les circonstances modifiées, il peut limiter la prestation au remboursement de toutes les primes payées pour le risque concerné. Si le fait de ne pas avoir communiqué l'aggravation du risque relève d'une intention frauduleuse, l'assureur peut refuser toute prestation, et toutes les primes échues au moment où il prend connaissance de l'omission frauduleuse lui reviennent à titre de dédommagement.

Les dispositions du présent point ne s'appliquent pas au changement de l'état de santé de l'assuré et ne valent, en ce qui concerne la couverture 'rente d'incapacité de travail', que sous respect des restrictions légales impératives spécifiques concernant les 'assurances maladie'.

3.3.4. Déclaration de sinistre

Tout sinistre (décès, accident à issue mortelle ou incapacité de travail dans le chef d'un assuré) doit être déclaré à l'assureur au plus tard dans les 30 jours 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, sauf s'il est dûment démontré que la déclaration de sinistre a été remise aussi rapidement qu'il était raisonnablement possible de le faire.

La déclaration doit être accompagnée de tous les documents, certificats et rapports originaux qui peuvent démontrer l'existence et la gravité du sinistre. L'assureur peut exiger tout document complémentaire à cette fin. En cas de décès, il faut aussi joindre une attestation médicale - selon le modèle dûment complété de l'assureur - qui indique la cause du décès.

Tous les intéressés à l'intervention de l'assureur sont tenus de :

- apporter toute collaboration possible afin que les examens et les contrôles jugés utiles par l'assureur puissent être effectués le plus rapidement possible ;
- sont tenus de demander à tous les médecins qui administrent ou qui ont administré des soins à l'assuré de leur communiquer tous les renseignements que l'assureur sollicite (en cas d'incapacité de travail, tout ceci vaut tant lors de la survenance de l'incapacité de travail que dans le cadre du suivi médical ultérieur) ;
- remettre sans délai les renseignements ainsi obtenus au médecin-conseil de l'assureur.

En cas d'incapacité de travail, toutes les mesures visant à accélérer la guérison doivent être prises le plus rapidement possible et les traitements médicaux prescrits doivent être suivis. Si une de ces obligations n'est pas remplie, l'assureur peut refuser ou interrompre totalement ou partiellement son intervention.

En cas de versement d'une rente d'incapacité de travail, tant l'assuré que l'assureur a toujours le droit de soumettre le degré d'invalidité économique pris en considération à une révision. Toute modification de l'état de santé de l'assuré qui entraîne ou qui pourrait entraîner une diminution du degré d'invalidité économique doit être communiquée spontanément à l'assureur dans les 15 jours. Sinon, l'assureur exige le remboursement de toutes sommes versées indûment, majorées des intérêts légaux.

Si de faux certificats sont produits, de fausses déclarations sont effectuées ou si certains faits ou certaines circonstances ayant manifestement de l'importance pour l'appréciation des obligations de l'assureur sont intentionnellement omis ou non signalés, l'assureur peut refuser son intervention ou y mettre fin et réclamer le remboursement de toutes sommes versées indûment, majorées des intérêts légaux.

4. DROITS DU PRENEUR D'ASSURANCE

4.1. Dispositions générales

Le preneur d'assurance bénéficie de certains droits en cours de contrat. Les plus importants sont décrits aux points suivants (en ce qui concerne l'assurance 'engagement individuel de pension', il est aussi renvoyé à certaines dispositions spécifiques reprises au point 6.2). En application de certaines dispositions légales ou conventionnelles, il se peut toutefois que l'exercice de certains droits soit interdit, suspendu ou qu'il requière l'accord d'un ou plusieurs tiers (comme en cas de mise en gage, d'acceptation du bénéficiaire, etc.). Le cas échéant, une demande d'exercice ou un ordre d'exécution d'un droit doit dès lors être contresigné(e) par le(s) tiers qui doi(ven)t marquer son (leur) consentement pour que la demande ou l'ordre puisse être considéré(e) comme valable. Si ce n'est pas le cas ou, de manière plus générale, dans tous les cas où l'assureur, quelle qu'en soit la raison, ne peut donner (immédiatement) suite à une demande d'exercice ou un ordre d'exécution d'un droit, il en avise le preneur d'assurance dans les meilleurs délais et lui en communique la raison.

En présence de deux preneurs d'assurance, toute demande d'exercice ou tout ordre d'exécution d'un droit et, de manière plus générale, tout acte ou toute opération qui requiert l'accord (écrit) du preneur d'assurance, requiert l'accord (écrit) des deux preneurs d'assurance.

4.2. Résiliation

Le preneur d'assurance peut résilier le contrat par lettre recommandée datée et signée, adressée à l'assureur :

- soit dans les 30 jours à compter de la date d'entrée en vigueur du contrat;
- soit, si le Formulaire de Souscription indique 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, dans la première hypothèse susvisée de résiliation, après imputation des frais d'examen médicaux (voir aussi 7.8).

4.3. Désignation et changement de bénéficiaires

Le preneur d'assurance désigne le(s) bénéficiaire(s) et peut changer le(s) bénéficiaire(s) qu'il a initialement désigné(s) (voir aussi 5). 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.

4.4. 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 7.5 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, l'indemnité de rachat est le cas échéant limitée à 1% de la réserve brute rachetée multiplié par la durée du contrat - exprimée en années - qui reste à courir jusqu'à son terme).

4.5. Avance et mise en gage

Le preneur d'assurance ne bénéficie pas du droit d'avance sur les prestations d'assurance prévues, mais peut mettre les droits qui découlent du contrat en gage.

5. DROITS DU (DES) BÉNÉFICIAIRE(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 dès avant leur exigibilité, moyennant un avenant au Certificat Personnel signé par lui (eux), le preneur d'assurance et l'assureur ou, le cas échéant, par l'insertion directe d'une telle disposition dans le Certificat Personnel (sauf dans les cas où la législation autorise la révocation, 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; voir 7.2) forment ensemble le contrat principal. Toutes les autres couvertures sont des assurances complémentaires au contrat principal. Ceci implique entre autres que :

- le preneur d'assurance a, dans ses 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 ou de conversion.

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' (voir 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 (voir 3.2.1.5).

6.2. Jonction

Il se peut que plusieurs contrats soient, moyennant l'accord de l'assureur, 'conjoints'. 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 (voir 7.1) s'apprécie par rapport à l'ensemble des contrats conjoints.

6.3. Impôts

L'assureur peut mettre à charge du preneur d'assurance ou du (des) bénéficiaire(s) tous impôts, cotisations et charges de quelle nature que ce soit qui peuvent grever les primes, les réserves ou tout versement.

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'ait délivré.

6.5. Constitution de la réserve / primes de risque / modifications tarifaires

Si le Certificat Personnel indique que le droit de rachat existe (voir 4.4), la prime nette, c.-à-d. après retenue d'éventuels chargements d'entrée, impôts et primes de risque 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 de pension, qui sont constituées par les primes affectées au financement de la couverture 'capital-décès' (voir 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' (voir 3.1.1.2).

L'assureur peut, pour autant qu'il n'y ait pas d'obstacles juridiques, fiscaux ou de gestion, 'fusionner' ces deux types de réserves ou les transférer d'une affectation vers une autre. Les primes de risque pour les couvertures 'capital-décès par accident' et 'rente d'incapacité de travail' font l'objet d'une retenue directe sur les primes versées (voir ci-dessus). L'assureur soustrait des réserves qui y sont affectées (voir ci-dessus), les primes de risque pour les autres couvertures. 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 (voir 7.2), 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.

Si le Certificat Personnel n'indique pas que le droit de rachat existe (voir 4.4), il est également constitué des réserves comme indiqué ci-dessus, si ce n'est qu'elles ne sont ni rachetables ni cessibles et qu'elles ne donnent pas droit à réduction et n'ont donc pas de valeur de réduction (voir 7.6.2).

Sans préjudice de l'éventuelle application de surprimes pour des risques aggravés (voir 3.3.2), les tarifs utilisés pour le calcul des primes sont ceux que l'assureur a déposés auprès de la FSMA. Outre les majorations de primes individuelles dans le cadre d'une modification du degré de risque (voir 3.3.3), l'assureur peut, dans le respect des éventuelles restrictions impératives en la matière, pour des raisons justifiées et de manière raisonnable et proportionnée, relever les tarifs pour le calcul des primes à tout moment en cours de contrat 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 de procéder à une adaptation tarifaire.

L'assureur peut aussi modifier les chargements et taux d'intérêt intégrés dans le tarif s'il 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. Dans le contexte spécifique du régime fiscal de l'épargne-pension, une augmentation tarifaire peut, dans la mesure où elle entraîne un dépassement de la prime maximale qui peut être affectée à l'épargne-pension, avoir comme conséquence que l'assureur soit amené à intégrer totalement ou partiellement l'augmentation tarifaire dans un autre contrat sous un autre régime juridico-fiscal.

6.6. Non-paiement des primes / épuisement des réserves

6.6.1. Hypothèse 1: le droit de rachat existe

Si le Certificat Personnel indique que le droit de rachat existe (voir 4.4), les primes de risque nécessaires au maintien des couvertures 'capital-décès' et 'capital en cas de décès successif' (voir 3.1.1.1 et 3.1.1.2) continuent, dès la première échéance impayée, d'être soustraites des réserves concernées du (des) contrat(s) (conjoint(s)) 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 ait informé le preneur d'assurance par lettre recommandée (voir cependant 7.6.3). Il est mis fin aux couvertures 'capital-décès par accident' et 'rente d'incapacité de travail' (voir 3.1.1.3 et 3.2) 30 jours après que l'assureur en ait informé le preneur d'assurance par lettre recommandée (comme indiqué au point 7.1, ces couvertures n'ont pas de valeur de réduction) (voir cependant 7.6.3).

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 ait informé le preneur d'assurance par lettre recommandée.

6.6.2. Hypothèse 2: le droit de rachat n'existe pas

Si le Certificat Personnel n'indique pas que le droit de rachat existe (voir 4.4), le preneur d'assurance est averti, en cas de non-paiement des primes prévues, des conséquences de ce non-paiement par une lettre recommandée. Si les primes sont toujours impayées 30 jours après l'envoi de cette lettre recommandée, il est mis automatiquement fin à ce moment au contrat (voir cependant 7.6.3).

6.6.3. Poursuite des couvertures

Si une couverture prend fin dans des circonstances visées aux points 7.6.1 et 7.6.2, 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 par une autre partie (société, nouvel employeur, ...).

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 après la cessation de la couverture concernée.

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

En ce qui concerne la poursuite de la couverture 'rente d'incapacité de travail' dans le cadre d'une assurance EIP (voir 6), il est renvoyé au cadre légal spécifique repris aux articles 138bis-8 et suivants de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre.

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 (voir 4.4), 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 (voir 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.

Lorsqu'un versement est dû à plusieurs personnes, l'assureur peut exiger que les intéressés désignent une personne pourvue de procurations dûment authentifiées l'autorisant à recevoir le versement conjointement en leur nom.

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 peut agir comme si cette personne n'était pas bénéficiaire.

L'assureur ne bonifie pas d'intérêts pour un retard de paiement suite à une circonstance indépendante de sa volonté.

Conformément aux dispositions légales, si le présent contrat venait à être qualifié de dormant, les frais éventuels de vérification et de recherche incombant à l'assureur seraient le cas échéant déduits des prestations dans les limites légales admises.

6.9. Correspondance et preuve

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

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 le Formulaire de Souscription. A défaut de mention d'adresse de correspondance spécifique sur le Formulaire 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 preneurs 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 du récépissé de 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.

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 Unie ou de l'Union européenne en matière de sanction économique, ou toute autre règle ou loi applicable relative à des sanctions économiques ou commerciales.

6.13. Paiement des prestations - Prévention du blanchiment des capitaux

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 être ajoutés :

- un certificat de vie à l'échéance 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 18/01/2010), 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 mandataires, des administrateurs ou des personnes qui ont le pouvoir de représenter la société.

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

- un extrait de l'acte de décès mentionnant la date de naissance de l'assuré;
- un certificat, 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 de notoriété 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 l'assureur la liste de ses actionnaires-personnes physiques détenant au moins 25% des actions, des droits ou des biens de la société qui conclut le contrat. Si l'actionnaire principal du preneur d'assurance est une personne morale, la liste des actionnaires-personnes physiques de cette société sera jointe au Formulaire de Souscription. Si les titres de la société sont au porteur ou dématérialisés, l'actionnaire détenant au moins 25% des actions doit conformément à l'article 515bis du code des sociétés, 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 d'assurance que vous allez souscrire vous couvre vous-même, nous vous invitons à lire attentivement les paragraphes d'explication suivants.

Si le contrat d'assurance 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 d'assurance 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 conformité (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 courriel à l'adresse privacy@allianz.be, soit par courrier postal à l'adresse : Allianz Benelux sa, Service juridique et compliance/Protection des données, 35, rue de Laeken 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 <http://www.allianz.be/fr/protection-des-donnees-personnelles/Pages/qui-sommes-nous.aspx>

6.15. Plaintes et litiges

Sans préjudice de la possibilité d'intenter une action en justice, toute plainte au sujet du contrat peut être adressée à :

- l'Ombudsman des Assurances, Square de Meeûs 35 à 1000 Bruxelles, tél. : 02/547.58.71, fax: 02/547.59.75, info@ombudsman.as
- Allianz Benelux s.a. par mail à plaintes@allianz.be, par téléphone au 02/214.77.36, par fax au 02/214.61.71 ou par lettre à Allianz Benelux s.a., 10RSGJ, Rue de Laeken 35, 1000 Bruxelles.

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.