



## Epargne - Pension - Capitalisation

### *Conditions générales*

Siège social  
Rue Royale 153, 1210 Bruxelles

TEL. +32 (0)2 406 38 97 - FAX +32 (0)2 406 38 98

E-MAIL: [contact@vivium.be](mailto:contact@vivium.be)

VIVIUM S.A., entreprise d'assurances agréée par la CBFA sous le numéro de code 0051.

Numéro de référence 9520 (11/09)

Adresse postale - Siège d'Anvers

Desguinlei 92, 2018 Antwerpen

TEL. +32 (0)3 244 66 88 - FAX +32 (0)3 244 66 87

[www.vivium.be](http://www.vivium.be)

ING 320-0002736-90

IBAN BE34 3200 0027 3690

BIC BBRUBEBB

RPM Bruxelles - TVA BE 0404.500.094

---

Toute escroquerie ou tentative d'escroquerie envers la compagnie d'assurances entraîne non seulement la résiliation du contrat d'assurance, mais fait également l'objet de poursuites pénales sur la base de l'article 496 du Code Pénal. En outre, l'intéressé est repris dans le fichier du groupe d'intérêt économique Datassur, qui comporte tous les risques spécialement suivis par les assureurs qui y sont affiliés.

---

L'assuré(e) donne par la présente son consentement à la communication par l'entreprise d'assurances VIVIUM sa au GIE Datassur, des données à caractère personnel pertinentes dans le cadre exclusif de l'appréciation des risques et de la gestion des contrats et des sinistres y relatifs. Toute personne justifiant de son identité a le droit de s'adresser à Datassur afin de vérifier les données la concernant et d'en obtenir, le cas échéant, la rectification. Pour exercer ce droit, la personne concernée adresse une demande datée et signée accompagnée d'une copie de sa carte d'identité à l'adresse suivante : Datassur, service Fichiers, square de Meeûs, 29 à 1000 Bruxelles.

---

Pour toute plainte relative à ce contrat, le preneur d'assurance peut s'adresser soit au Service Médiation de VIVIUM S.A., Desguinlei, 92 à 2018 Anvers, soit à l'ASBL Service Ombudsman Assurances, square de Meeûs, 35 à 1000 Bruxelles. E-mail : [info@ombudsman.as](mailto:info@ombudsman.as). Cette possibilité n'exclut pas celle d'entamer une procédure judiciaire.

---

Les assureurs mettent toute  
leur vigilance à dépister les  
tentatives de fraude...



...en revanche, vous qui  
êtes de bonne foi, vous  
pouvez compter sur nous

Pour ne pas payer inutilement pour les autres, aidez-nous à prévenir les abus.

---

## TABLE DES MATIERES

---

<b>CHAPITRE 1. QUE FAUT-IL ENTENDRE PAR ?</b>	<b>4</b>
<b>CHAPITRE 2. COMMENT FONCTIONNE CE CONTRAT ?</b>	<b>4</b>
Art. 1. GARANTIE	4
Art. 2. PRISE D'EFFET	4
Art. 3. PAIEMENT DES PRIMES	5
Art.4. PARTICIPATION AUX BÉNÉFICES	5
Art. 5. BENEFICIAIRES	6
Art. 6. DELAI DE REFLEXION	6
Art. 7. MODIFICATION DU CONTRAT	7
Art. 8. CESSATION DU PAIEMENT DES PRIMES	7
Art. 9. PAIEMENT DES PRESTATIONS ASSUREES	7
Art. 10. REMISE EN VIGUEUR	9
<b>CHAPITRE 3. ETENDUE DE LA GARANTIE EN CAS DE DÉCÈS</b>	<b>9</b>
Art. 11. GARANTIE MONDIALE	9
Art. 12. RISQUES EXCLUS	9
Art. 13. MONTANT A LIQUIDER EN CAS DE RISQUE NON COUVERT	10
Art. 14. DEPENSES SPECIALES	10
<b>CHAPITRE 4. CLAUSES SPÉCIALES</b>	<b>10</b>
Art. 15. INDEXATION	10
Art. 16. ASSURANCE COMPLEMENTAIRE ACCIDENTS	10
Art. 17. ASSURANCES COMPLEMENTAIRES INCAPACITE DE TRAVAIL I1 ET/OU I2	13
Art. 18. DISPOSITIONS GENERALES RELATIVES AUX ASSURANCES COMPLEMENTAIRES	18
<b>CHAPITRE 5. NOTIFICATIONS - JURIDICTION</b>	<b>19</b>
Art. 19. NOTIFICATIONS	19
Art. 20. JURIDICTION	19
Art. 21. DROIT APPLICABLE ET DISPOSITIONS FISCALES	19

## Chapitre 1. Que faut-il entendre par ?

---

### **La compagnie :**

L'entreprise d'assurances, la Société Anonyme VIVIUM, sise à 1040 BRUXELLES (Belgique), Cours Saint-Michel 70.

### **Le preneur d'assurance :**

la personne physique ou morale qui conclut le contrat avec la compagnie.

### **L'assuré :**

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

### **Le bénéficiaire en cas de vie :**

la personne au profit de laquelle les prestations d'assurance sont stipulées en cas de vie de l'assuré au terme du contrat.

### **Le bénéficiaire en cas de décès :**

la personne au profit de laquelle les prestations d'assurance sont stipulées en cas de décès de l'assuré avant le terme du contrat.

### **Unité (Capi 23) :**

une partie élémentaire d'un fonds d'investissement.

### **Valeur d'inventaire d'une unité (Capi 23) :**

la valeur du fonds d'investissement divisée par le nombre d'unités du fonds d'investissement au moment de l'évaluation de la valeur.

## Chapitre 2. Comment fonctionne ce contrat ?

---

### **Art. 1. GARANTIE**

En cas de vie de l'assuré à la date finale, le contrat garantit le paiement au bénéficiaire de la réserve d'épargne totale. En cas de décès de l'assuré avant la date finale du contrat, le bénéficiaire en cas de décès reçoit :

- soit la réserve d'épargne totale constituée au moment du décès ;
- soit le maximum du capital décès, indiqué aux conditions particulières, et cette réserve d'épargne.

#### *Réserve d'épargne totale*

La réserve d'épargne totale correspond au montant constitué par la capitalisation des primes nettes au(x) taux d'intérêt garanti(s), majorée de la participation aux bénéfices et après déduction du coût afférent à la couverture décès. Sur base annuelle, des frais de gestion sont prélevés sur cette réserve d'épargne.

#### *Primes nettes*

Les primes nettes correspondent aux primes payées (non comprises les primes pour les assurances complémentaires), sous déduction des frais et de taxes éventuelles.

#### *Taux d'intérêt garanti*

Les primes nettes bénéficient d'un taux d'intérêt garanti, applicable au moment du paiement.

#### *Les frais afférents à la garantie décès*

Lorsqu'un capital minimum en cas de décès est assuré, la prime pour la couverture décès est prélevée chaque mois anticipativement sur la réserve d'épargne totale. Cette prime est calculée sur la base du capital assuré en cas de décès, sous déduction de la réserve d'épargne totale.

### **Art. 2. PRISE D'EFFET**

Le contrat prend effet à la date indiquée aux conditions particulières, mais pas avant la signature du contrat par toutes les parties intéressées et la réception du premier paiement.

Le contrat est incontestable dès son entrée en vigueur, sauf en cas de fraude.

### **Art. 3. PAIEMENT DES PRIMES**

Le preneur d'assurance est invité à payer les primes aux dates fixées dans les conditions particulières. Il peut effectuer des paiements supplémentaires. Le preneur d'assurance ne peut en aucun cas être obligé à effectuer les paiements. Le paiement se fait à l'un des comptes en banque ou comptes de chèques postaux de la compagnie.

La prime nette est capitalisée dès son enregistrement sur un compte financier auprès de la compagnie, mais pas avant la date de prise d'effet du contrat.

### **Art.4. PARTICIPATION AUX BÉNÉFICES**

Ce contrat donne droit à la participation aux bénéfices, pour autant que les conditions minimales définies dans le dossier de répartition des bénéfices établi par la compagnie et déposé à l'Office de Contrôle des Assurances, soient remplies. Le pourcentage de la participation aux bénéfices peut varier d'une année à l'autre et n'est nullement garanti.

Les contrats mises en gage auprès de VIVIUM ou ayant donné lieu à l'octroi d'une avance, n'auront pas droit à la participation aux bénéfices. à concurrence de la réserve d'épargne correspondant au montant de l'avance ou de la mise en gage

#### *§1 Capiplan*

La participation aux bénéfices est capitalisée au taux d'intérêt garanti, applicable au moment de l'octroi.

#### *§2 Capi 23*

La participation aux bénéfices est investie dans un fonds de placement, faisant partie des Managed Funds de la compagnie. Le preneur d'assurance a le choix parmi 4 fonds de placement : Stability Fund, Balanced Fund, Dynamic Fund et Aggressive Fund. Son choix est indiqué aux conditions particulières. La stratégie de placement, les caractéristiques et la nature des avoirs sont reprises dans le règlement de gestion, disponible sur simple demande auprès du siège social de VIVIUM.

Chaque fonds vise la croissance par une diversification dans différents instruments financiers. Malgré toutes les mesures prises pour atteindre ces objectifs, l'investissement dans ce fonds demeure soumis à certains risques. Aucune garantie formelle ne peut donc être offerte. La valeur du fonds peut varier dans le temps. Le risque financier correspondant repose sur le preneur d'assurance.

#### *Octroi de la participation aux bénéfices*

La dotation bénéficiaire annuelle, accordée sur le contrat, est convertie en unités du fonds choisi. La valeur d'inventaire de cette conversion est déterminée le 1er février ou le premier jour ouvrable bancaire suivant cette date.

#### *Fixation de la valeur unitaire*

La fixation est exécutée par le gestionnaire du fonds et est contraignante pour toutes les parties. VIVIUM se réserve le droit d'adapter la date de valorisation si des circonstances exceptionnelles rendent impossible la valorisation des fonds d'investissement. La valeur d'inventaire est obtenue en divisant la valeur des avoirs du fonds, sous déduction de l'indemnité de gestion, des frais susceptibles de découler de la gestion du fonds (comme mentionné dans le règlement de gestion), ainsi que des éventuels impôts, droits et taxes, par le nombre d'unités présentes le jour de la fixation. Lorsque les titres libellés en devises étrangères ou autres titres doivent être convertis pour le calcul de la valeur du fonds, VIVIUM se base sur le dernier cours moyen connu de cette devise, sauf si, dans l'intérêt de toutes les parties en présence, VIVIUM juge opportun d'appliquer un cours différent. VIVIUM communique au minimum chaque semaine, à la presse, la valeur d'inventaire du fonds et adapte celle-ci dans la police.

#### *Transfert de la réserve entre les fonds d'investissement*

Le preneur d'assurance a le droit de transférer à tout moment la contrevaletur en euro de ses unités d'un fonds de placement vers un autre fonds de la gamme Managed Funds au moyen d'un écrit daté et signé par le preneur d'assurance. Dans ce cas, les unités concernées du fonds de placement sont respectivement vendues et achetées à la première valeur unitaire connue au plus tôt un jour bancaire ouvrable suivant la réception par VIVIUM de la lettre signée par le preneur d'assurance et d'une copie de la carte d'identité du preneur d'assurance. Le transfert entre fonds de placement liés à la gamme Managed Funds est gratuit une fois par an ; ensuite, chaque transfert effectué à la demande du preneur d'assurance

se fera contre paiement. Dans l'intérêt de tous les preneurs d'assurance et des bénéficiaires, la compagnie peut suspendre les droits au transfert de fonds (comme décrit au règlement de gestion).

#### *Frais de gestion*

Le détail de l'indemnité de gestion, de même que les frais susceptibles de découler de la gestion du fonds, tels que les frais de garde de titres, les frais administratifs, les taxes et droits prélevés à charge du fonds, les frais de rapports annuels, de publications, etc. sont repris dans le règlement de gestion.

Ces frais auxquels s'ajoutent les éventuels impôts, droits et taxes prélevés à charge du fonds sont compris dans la valeur d'inventaire du fonds d'investissement.

VIVIUM conserve le droit, dans certaines circonstances, de revoir cette indemnité de gestion. Si un tel cas venait à se présenter, le preneur d'assurance en serait informé par écrit. Les frais susceptibles de découler de la gestion du fonds ainsi que les éventuels impôts, droits et taxes prélevés à charge du fonds sont susceptibles d'être revus à tout moment.

#### *Fonds de placement : dispositions spécifiques*

VIVIUM se réserve le droit de suspendre les activités du fonds d'investissement lié au contrat si elle s'y voit contrainte par des circonstances indépendantes de sa volonté ou dans lesquelles elle ne pourra pas exercer suffisamment son influence. En outre, elle se réserve le droit de transférer la valeur de la réserve dans le contrat du fonds d'investissement à remplacer vers un (d') autre(s) fonds d'investissement, et ce, sans aucun frais.

Le cas échéant, le preneur d'assurance sera avisé par écrit de l'application de ces mesures. Si le preneur d'assurance n'accepte pas ces modifications, il peut, sans aucune indemnité, résilier son contrat. Dans ce cas, une lettre écrite à la main, dûment datée et signée, est requise. Cette lettre doit être remise à VIVIUM dans les délais mentionnés, à compter de la réception de la communication écrite des mesures. La valeur de remboursement est calculée par la compagnie sur base de la première valorisation connue au plus tôt un jour bancaire ouvrable suivant la réception de la demande écrite de résiliation par la compagnie.

#### *Valorisation du fonds de placement*

VIVIUM fixe la valeur d'inventaire à chaque valorisation sur base de la valeur nette d'inventaire des avoirs des fonds de la veille.

VIVIUM est autorisée à suspendre provisoirement le calcul de la valeur d'inventaire des unités, et par là même les opérations d'investissement, de transfert et de rachat :

- lorsqu'une bourse ou un marché sur lequel une part substantielle de l'actif du fonds d'investissement est cotée ou négociée ou un marché de change important sur lequel sont cotées ou négociées les devises dans lesquelles la valeur des actifs nets est exprimée, est fermé pour une raison autre que pour le congé régulier ou lorsque les transactions y sont suspendues ou soumises à des restrictions ;
- lorsqu'il existe une situation grave, telle que le gestionnaire du fonds ne peut évaluer correctement les avoirs et/ou engagements, ne peut pas normalement en disposer ou ne peut pas le faire sans porter gravement préjudice aux intérêts du preneur d'assurance ou des bénéficiaires du fonds d'investissement ;
- lorsque le gestionnaire du fonds est incapable de transférer des fonds ou de réaliser des opérations à des prix ou à des taux de change normaux ou que des restrictions sont imposées aux marchés de change ou aux marchés financiers ;
- lors d'un retrait substantiel du fonds, supérieur à 80% de la valeur du fonds ou supérieur à 1,25 millions EUR.

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

#### **Art. 5. BENEFICIAIRES**

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

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

#### **Art. 6. DELAI DE REFLEXION**

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

Si ce contrat est utilisé comme garantie pour un prêt ou un crédit, le preneur d'assurance a le droit de résilier le contrat dans les 30 jours après la notification attestant que le crédit n'est pas attribué.

Dans les deux cas, la résiliation doit se faire par lettre recommandée, par exploit d'huissier ou par remise de la lettre de résiliation contre récépissé. La date de la poste, de la notification ou la date mentionnée sur le récépissé fait foi de date de résiliation. Le cas échéant, le preneur d'assurance devra renvoyer à VIVIUM sa l'exemplaire de la police en sa possession ou, à défaut, une déclaration de perte signée.

Dans les deux cas, VIVIUM remboursera la (les) prime(s) versée(s), déduction faite des sommes consommées pour la couverture du risque.

#### **Art. 7. MODIFICATION DU CONTRAT**

La compagnie ne peut apporter unilatéralement aucune modification aux conditions générales ou particulières du contrat.

Le preneur d'assurance peut à tout moment demander par écrit une adaptation du contrat. Toute adaptation sera confirmée par l'établissement de nouvelles conditions particulières.

#### **Art. 8. CESSATION DU PAIEMENT DES PRIMES**

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

En cas de réduction, les prestations assurées en cas de décès et les assurances complémentaires sont maintenues en y affectant la réserve disponible du contrat, jusqu'à épuisement de celle-ci. Il convient d'entendre par la réserve disponible, la réserve constituée auprès de la compagnie suite à la capitalisation des primes payées, compte tenu des sommes utilisées. Au moment de la réduction, cette réserve disponible sera diminuée d'une indemnité de réduction et un montant forfaitaire de 75 EUR. Ce montant forfaitaire est indexé en fonction de l'indice "santé" des prix à la consommation (base 1988 = 100). L'indice à prendre en considération est celui du 2ème mois du trimestre précédant la date de la réduction. L'indemnité de réduction est égale à la valeur actuelle des frais annuels de gestion générale du contrat jusqu'à la date finale du contrat initialement prévue, limitée à 0,5% de la valeur actuelle des primes de réduction. La prime de réduction est la prime prévue contractuellement, diminuée des frais de production, promotion et gestion.

Les éventuelles garanties complémentaires peuvent être mises à terme, dans un délai de 30 jours après l'envoi d'une lettre recommandée adressée au preneur d'assurance par la compagnie. Tout droit à indemnité pour cause d'une rechute d'une incapacité de travail antérieure, cesse d'exister.

Si la réserve d'épargne totale ne suffit pas pour maintenir le capital minimum en cas de décès, le contrat sera annulé. Cette annulation ne sort ses effets qu'à l'expiration d'un délai de 30 jours à dater de l'envoi d'une lettre recommandée indiquant les conséquences du non-paiement des primes. Si le preneur d'assurance a entre-temps demandé le rachat par écrit, les dispositions relatives au rachat seront d'application.

La compagnie avertira l'éventuel bénéficiaire acceptant du non-paiement d'une prime. Le bénéficiaire acceptant a le droit de poursuivre le paiement des primes dans le délai de 30 jours prévu au présent article.

#### **Art. 9. PAIEMENT DES PRESTATIONS ASSUREES**

##### *§1 En cas de vie à la date finale*

Quelque temps avant la date finale du contrat, la compagnie invitera le bénéficiaire en cas de vie à lui faire parvenir les documents suivants :

1. le contrat original ;
2. une copie de la carte d'identité du bénéficiaire en cas de vie (s'il s'agit d'une personne physique) ;
3. tout document dont la compagnie estime la production nécessaire au traitement du dossier, comme par exemple une copie de la carte d'identité de l'assuré (si l'assuré n'est pas le bénéficiaire en cas de vie) ;
4. une quittance de règlement, dûment signée.

Le montant net indiqué sur la quittance de règlement sera payé dans les 30 jours suivant la réception de ces documents par la compagnie mais pas avant la date finale du contrat.

Dans la formule Capi 23, la valeur des unités obtenues par le biais de la dotation bénéficiaire sera déterminée suivant la première valorisation communiquée au plus tôt un jour bancaire ouvrable suivant la réception de la quittance de règlement par la compagnie mais pas avant la date finale du contrat. La compagnie se réserve le droit de suspendre la valorisation des valeurs d'unités suite à des circonstances exceptionnelles (comme décrit au règlement de gestion).

### *§2 En cas de décès avant la date finale*

Dès que le décès est déclaré, le(s) bénéficiaire(s) en cas de décès sera/seront invité(s) à faire parvenir les documents suivants à la compagnie :

1. le contrat original ;
2. un extrait officiel de l'acte de décès ;
3. une copie de la carte d'identité du/des bénéficiaire(s) en cas de décès, lorsqu'ils sont désignés nominativement dans le contrat  
OU un acte de notoriété lorsque le(s) bénéficiaire(s) en cas de décès n'ont pas été désignés nominativement dans le contrat ;
4. toute autre pièce dont la compagnie juge la production nécessaire au traitement du dossier, tel par exemple un rapport détaillé établissant la cause du décès, sur formule délivrée par la compagnie, émanant du médecin qui a traité l'assuré pendant sa dernière maladie et/ou lors de son décès.

Après réception de ces documents par la compagnie, une quittance de règlement sera établie et envoyée au(x) bénéficiaire(s). Dans les 30 jours suivant la réception par la compagnie de la quittance de règlement signée, la compagnie versera le montant net indiqué dans la quittance de règlement.

Dans la formule Capi 23, la valeur des unités obtenues par suite de la participation aux bénéfices est déterminée en euro le premier jour de valorisation à compter au plus tôt du jour bancaire ouvrable suivant la notification à la compagnie du décès, sauf quand la valeur unitaire déterminée le lendemain du contrat est inférieure, dans quel cas la valeur inférieure sera prise en compte.

### *§3 En cas de rachat*

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

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

Dans la formule Capi 23, la valeur des unités obtenues par le biais de la dotation bénéficiaire sera déterminée suivant la première valorisation communiquée au plus tôt un jour bancaire ouvrable suivant la réception de la demande écrite de rachat. Dans cette formule, la compagnie ne prélève pas de frais sur la partie "participation aux bénéfices" qui est intégrée dans la réserve d'épargne. La demande de rachat sera exprimée en euro. Dans des circonstances exceptionnelles, telle que définies dans le règlement de gestion, la compagnie peut suspendre le retrait de la valeur des unités.

Le preneur d'assurance peut à tout moment demander la réserve d'épargne en tout ou en partie, par le biais d'une lettre datée et signée par lui. Après réception de cette demande, la compagnie invitera le preneur d'assurance à lui transmettre les documents suivants :

1. le contrat original ;
2. une copie de la carte d'identité du preneur d'assurance (lorsqu'il s'agit d'une personne physique) ;
3. tout autre document dont la compagnie estimerait la production nécessaire par exemple le document par lequel l'éventuel bénéficiaire acceptant marque son accord sur le rachat du contrat ;
4. une quittance de rachat dûment signée.

Dans les 30 jours suivant la réception de ces documents par la compagnie, celle-ci versera le montant net indiqué sur la quittance de rachat.

Le paiement de l'intégralité de la "réserve d'épargne totale" met fin au contrat.



#### *§4 En cas d'octroi d'une avance*

Le preneur d'assurance peut à tout moment obtenir une avance conformément aux modalités indiquées dans le contrat d'avance et contre dépôt du contrat original, à moins qu'une disposition légale ne s'y oppose.

L'avance maximale accordée ne peut excéder la partie de la valeur de rachat qui pourrait être versée immédiatement en cas de rachat du contrat, compte tenu des éventuelles retenues légales et sous déduction du montant correspondant à un an d'intérêt.

Pour les contrats Capi 23, il n'y a pas d'octroi d'avance possible sur la partie établie par la participation bénéficiaire.

#### *§5 Dispositions générales en cas de paiement*

Aucun intérêt ne sera bonifié pour un retard survenu dans le paiement, lorsque ce retard est dû à une circonstance indépendante de la volonté de la compagnie.

Si la compagnie examine, dans le cadre d'une obligation légale, si le risque s'est produit, si la couverture est acquise ou si elle doit repérer les bénéficiaires, elle a le droit d'imputer les frais liés à ces activités et de les prélever de la prestation.

### **Art. 10. REMISE EN VIGUEUR**

Après le rachat du contrat et le paiement de la valeur de rachat, le preneur d'assurance peut remettre en vigueur le contrat après avoir adressé une lettre datée et signée à la compagnie dans les 3 mois suivant le paiement de la valeur de rachat. La remise en vigueur s'effectue moyennant le remboursement de la totalité de la valeur de rachat.

Dans le cas d'une réduction, le preneur d'assurance peut remettre en vigueur le contrat après avoir adressé une lettre datée et signée à la compagnie dans les 3 ans suivant la réduction et ceci pour les montants assurés à la date de la réduction. Cette remise en vigueur se fait moyennant le paiement au préalable des primes arriérés, éventuellement augmentées d'une prime supplémentaire, calculée sur base de la tarification en vigueur au moment de la remise en vigueur et qui est nécessaire pour combler le découvert.

Un contrat Capi 23 ne peut être remis en vigueur pour la partie de la réserve d'épargne constituée par la capitalisation de primes nettes au taux garanti. La partie constituée par la participation bénéficiaire ne peut pas être remise en vigueur.

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

## **Chapitre 3. Etendue de la garantie en cas de décès**

---

### **Art. 11. GARANTIE MONDIALE**

Le risque de décès est couvert dans le monde entier, quelle qu'en soit la cause, sous réserve des dispositions des articles 12 et 13.

### **Art. 12. RISQUES EXCLUS**

#### *§1 Suicide de l'assuré*

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

#### *§2 Fait intentionnel*

Le décès de l'assuré résultant du fait intentionnel ou de l'instigation d'un bénéficiaire quelconque, n'est pas couvert. Un fait intentionnel est un fait posé avec l'intention de causer des dommages corporels à l'assuré.

Si le bénéficiaire n'est désigné comme tel que pour une partie des prestations assurées, cette clause ne sera applicable que pour la partie correspondante du contrat.

### *§3 Navigation aérienne*

Le décès de l'assuré des suites d'un accident d'un appareil de navigation aérienne dans lequel il s'est embarqué en tant que passager est couvert, sauf s'il s'agit d'un appareil :

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

### *§4 Emeutes*

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

### *§5 Guerre*

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

## **Art. 13. MONTANT A LIQUIDER EN CAS DE RISQUE NON COUVERT**

Dans les cas de non-couverture prévus à l'article 12, la compagnie paie la réserve d'épargne constituée calculée le jour du décès.

Lorsque le décès de l'assuré résulte du fait intentionnel ou de l'instigation du bénéficiaire, celui-ci ne pourra prétendre à aucun versement.

## **Art. 14. DEPENSES SPECIALES**

Il n'y a pas de frais supplémentaires pour des dépenses spéciales occasionnées par le preneur d'assurance, l'assuré ou le bénéficiaire.

## **Chapitre 4. Clauses spéciales**

---

Les articles du présent chapitre sont uniquement d'application s'ils sont expressément mentionnés aux conditions particulières.

### **Art. 15. INDEXATION**

Le preneur d'assurance a le droit d'adapter le contrat annuellement à l'évolution de la situation économique. La nouvelle prime suite à l'augmentation des prestations assurées sera calculée en fonction de la tarification en vigueur à la compagnie en date de l'augmentation, de l'âge atteint par l'assuré et de la durée restante du contrat au moment de l'adaptation. La compagnie peut faire une proposition d'indexation. Le preneur d'assurance peut toujours refuser cette proposition.

### **Art. 16. ASSURANCE COMPLEMENTAIRE ACCIDENTS**

#### *§1 Garanties*

La compagnie s'engage à allouer les prestations assurées prévues aux conditions particulières en cas d'accident corporel frappant l'assuré. Par accident, il faut entendre exclusivement tout événement soudain et anormal ayant pour cause une force extérieure. Pour autant que le décès de l'assuré résulte directement de l'accident et survienne dans les douze mois suivant l'accident, la compagnie paie au bénéficiaire la prestation assurée en cas de décès.

En cas d'invalidité totale et permanente de l'assuré, la compagnie paie la prestation assurée au bénéficiaire en cas de vie. L'invalidité permanente sera déterminée après la guérison des lésions et au plus tard un an après l'accident. Elle sera fixée selon le Guide barème européen d'évaluation médicale des

atteintes à l'intégrité physique et psychique, et ce, sans tenir compte de la profession exercée par l'assuré. Une invalidité permanente de 67% ou plus sera assimilée à une invalidité totale.

### §2 Limites de la garantie

L'assurance ne couvre pas :

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

Ne sont pas comprises dans la garantie, les accidents causés, entretenus ou aggravés par la faute grave de l'assuré, du preneur d'assurance, du bénéficiaire ou de toute autre personne ayant un intérêt vis-à-vis des prestations.

Sont considérés comme faute grave :

- tout acte commis du fait intentionnel ou avec le consentement de l'assuré, du preneur d'assurance, du bénéficiaire ou de toute autre personne ayant un intérêt vis-à-vis des prestations;
- toute participation à des méfaits, situations contraires à l'ordre public ou rixes, qui sont la conséquence ou non d'un comportement provocateur ou de disputes, sauf le cas de légitime défense;
- des actes notoirement téméraires qui n'ont pas pour objet de sauver des personnes ou des biens ; toute mutilation ou traitement que l'assuré appliquerait sur lui-même, sauf les traitements normaux d'hygiène personnelle ;
- toute forme d'intoxication alcoolique ainsi que l'abus de stupéfiants ou de médicaments, s'il y a un lien de cause à effet entre cet état et le sinistre.

L'assurance ne couvre pas les accidents :

- a. rendus possibles par la guerre ou un état qui en fait s'y assimile;
- b. qui sont directement ou indirectement la conséquence d'une émeute ou d'actes de violence, sauf s'il peut être prouvé que l'assuré n'y participait pas activement ou qu'il se trouvait en état de légitime défense;
- c. suite à une catastrophe due à la radioactivité nucléaire;
- d. pendant ou suite à un traitement médical ou chirurgical, à moins que ce dernier ne soit consécutif à un accident assuré;
- e. causés par l'abus d'alcool, de stupéfiants ou de médicaments, toute forme de toxicomanie ou d'alcoolisme.

### §3 Extensions de la garantie

#### a. Euthanasie

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

#### b. Garanties particulières

Moyennant stipulation expresse aux conditions particulières, l'assurance couvre également :

1. l'usage de machines, autres que les appareils usuels ménagers et les appareils de bricolage utilisés à des fins non professionnelles ;
2. des activités professionnelles manifestement dangereuses telles que par exemple des travaux en hauteur (plus de 15 mètres), des travaux de construction ou de démolition, la descente dans des mines ou carrières, tous travaux sur ou sous l'eau, l'utilisation ou le traitement de produits corrosifs, l'usage de rayons X ou de radio-isotopes et l'élagage ou l'abattage d'arbres de haute futaie ;
3. l'usage d'un moyen de transport aérien autrement que comme passager payant dans un avion ou hélicoptère aménagé pour le transport de personnes ;
4. l'exercice rémunéré d'une discipline sportive quelconque, en ce compris les entraînements ;

5. la pratique de tous sports de combat et d'autres sports dangereux, tels que l'aéronautique, le vol à voile, les sauts depuis de grandes hauteurs, l'alpinisme, le bobsleigh, le skeleton, le saut à ski, le deltaplane, le ski de compétition, les sauts d'obstacles à cheval et les courses de galop ou de trot, le polo, la spéléologie, les explorations sous-marines, la plongée sous-marine, le rafting, le rugby ;
6. l'usage comme conducteur, passager ou membre de l'équipage de chaque véhicule de toute nature, qui participe à (la préparation) des compétitions, des manifestations ou des épreuves sportives.

#### *§4 Limites d'indemnité*

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

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

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

#### *§5 Etendue territoriale*

L'assurance est valable dans le monde entier pour autant que l'assuré ait son domicile et sa résidence habituelle en Belgique. Le degré d'invalidité permanente du fait d'un accident garanti ne peut cependant être fixé qu'en Belgique.

#### *§6 Obligations*

##### 1. En cas d'accident

Tout accident dont mort s'ensuit doit être notifié par téléphone, e-mail ou télécopie, dans un délai de 24 heures, par les bénéficiaires. En cas de déclaration tardive, l'assureur peut réduire son intervention du préjudice qu'il a subi, à moins que la preuve ne soit apportée que la déclaration du sinistre a été introduite aussi rapidement qu'il était raisonnablement possible de le faire.

La compagnie peut demander des informations complémentaires ou faire exécuter à ses frais un examen post-mortem. Le cas échéant, l'assureur attendra les résultats avant de décider si le dommage est couvert ou non. S'il n'est pas satisfait à l'une de ces obligations, l'assureur peut réduire son intervention du préjudice qu'il a subi.

L'assuré, le preneur d'assurance ou le bénéficiaire sont tenus, dans les 8 jours, de faire part à la compagnie, par lettre recommandée, de tout accident pouvant entraîner une invalidité totale et permanente. Cette déclaration devra être accompagnée d'un certificat médical détaillé du médecin traitant et délivré par l'assuré au médecin-conseil de la compagnie. La déclaration sera encore acceptée lorsque, pour une raison valable, elle aura été faite plus tard mais sera considérée comme nulle et non avenue au-delà d'un délai d'un an après l'accident.

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

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

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

#### *§7 Durée de l'assurance*

1. L'assurance peut être résiliée à tout moment indépendamment de l'assurance principale.
2. L'assurance cesse d'office au moment où l'assurance principale prend fin par rachat, décès, annulation, expiration, réduction ou conversion. Elle n'a pas de valeur de rachat.
3. L'assurance prend fin de plein droit à la première échéance annuelle qui suit le 65<sup>ième</sup> anniversaire de l'assuré.
4. L'assurance prend fin également de plein droit, dès que l'assuré cesse d'avoir son domicile ou sa résidence habituelle en Belgique.

### *§8 Modification du tarif et des conditions*

Lorsque l'assureur réalise une modification du tarif, le preneur d'assurance peut résilier le contrat. La modification du tarif est communiquée au moins 4 mois avant l'échéance annuelle du contrat et le preneur d'assurance peut résilier le contrat par courrier recommandé dans le mois suivant la notification. Si la modification du tarif est communiquée au cours des 4 mois précédant l'échéance annuelle, le preneur d'assurance peut résilier le contrat dans un délai de trois mois suivant la notification.

## **Art. 17. ASSURANCES COMPLEMENTAIRES INCAPACITE DE TRAVAIL I1 ET/OU I2**

### *§1 Garanties*

#### *Remboursement de la prime I1*

La compagnie s'engage à procéder à la restitution de prime I1 assurée dans les conditions particulières lorsque l'assuré subit, à la suite d'une maladie ou d'un accident, une incapacité de travail dont la durée dépasse le délai de carence convenu.

Le preneur d'assurance est le bénéficiaire du remboursement de la prime I1.

#### *Rente annuelle I2*

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

Le preneur d'assurance est le bénéficiaire de la rente annuelle I2.

#### *Maladie*

Toute atteinte à la santé autre que celle provenant d'un accident, et constatée par un médecin pouvant légalement exercer sa profession.

#### *Accident*

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

#### *Incapacité de travail*

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

#### *Délai de carence*

Période durant laquelle aucune indemnisation n'est prévue pour une incapacité de travail garantie.

Pour acquérir le droit aux prestations assurées et pour conserver ce droit, l'assuré doit subir une incapacité de travail d'au moins 25%. Toute référence ultérieure à l'incapacité physiologique sert uniquement à déterminer le montant de l'indemnité.

La rente annuelle assurée est allouée en fonction du degré d'incapacité de travail. Celle-ci ne sera pas inférieure au taux d'incapacité physiologique, sauf disposition contraire prévue dans les conditions particulières.

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

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

Le degré de l'incapacité physiologique est déterminé par décision médicale par rapport au Guide barème européen d'évaluation médicale des atteintes à l'intégrité physique et psychique.

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

quelle activité professionnelle correspondant à sa situation sociale, ses connaissances et ses aptitudes. Il est tout à fait indépendant de n'importe quel autre critère économique.

#### §2 Délai de carence

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

Lorsque l'incapacité de travail se produit après le soixantième anniversaire de l'assuré, le délai de carence sera toujours de 365 jours, sauf si ce délai prévu aux conditions particulières est supérieur à 365 jours. Le délai de carence prend cours à la date fixée par les médecins comme étant celle de la prise d'effet de l'incapacité de travail. L'incapacité de travail subie avant l'expiration du délai de carence ne sera pas indemnisée. Il ne sera pas appliqué de nouveau délai de carence après la fin d'une période d'incapacité de travail précédente pour laquelle des indemnités ont été payées :

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

#### §3 Paiement des prestations assurées

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

La prestation est payable par tranches mensuelles, la première fois trente jours après la fin du délai de carence. Elle prend fin, par un prorata final, à la fin de l'incapacité de travail donnant droit à la prestation et, au plus tard, au terme du présent contrat ou à son annulation. En tout cas, le droit aux prestations n'est plus acquis dès que l'assuré reçoit une pension légale, même si les droits à pension proprement dits ont été suspendus temporairement pour n'importe quelle raison.

#### §4 Limites de la garantie

1. Ne sont pas comprises dans la garantie, les incapacités de travail causées, entretenues ou aggravées par la faute grave de l'assuré, du preneur d'assurance, du bénéficiaire ou de toute autre personne ayant un intérêt vis-à-vis des prestations.

Sont considérés comme faute grave :

- tout acte commis du fait intentionnel ou avec le consentement de l'assuré, du preneur d'assurance, du bénéficiaire ou de toute autre personne ayant un intérêt vis-à-vis des prestations;
- toute participation à des méfaits, situations contraires à l'ordre public ou rixes, qui sont la conséquence ou non d'un comportement provocateur ou de disputes, sauf le cas de légitime défense ;
- des actes notoirement téméraires qui n'ont pas pour objet de sauver des personnes ou des biens ; toute mutilation ou traitement que l'assuré appliquerait sur lui-même, sauf les traitements normaux d'hygiène personnelle ;
- toute forme d'intoxication alcoolique ainsi que l'abus de stupéfiants ou de médicaments, s'il y a un lien de cause à effet entre cet état et le sinistre.

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

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

Les affections psychiques reprises dans la liste limitative suivante sont toutefois couvertes si le diagnostic a été fait par un psychiatre reconnu et si celui-ci répond aux critères prévus dans le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (= DSM-IV) ou ses versions ultérieures :

- dépression majeure,
- trouble bipolaire,
- trouble psychotique,
- schizophrénie,
- angoisse généralisée,

- trouble dissociatif,
- trouble obsessionnel-compulsif,
- anorexie
- boulimie mentale.

Si l'assuré est victime d'une incapacité de travail causée par le SFC (Syndrome de Fatigue Chronique) ou par la fibromyalgie, une rente sera versée pendant maximum 700 jours. Ce maximum est calculé cumulativement sur la durée du contrat.

- des interventions esthétiques, de quelque nature qu'elles soient ;
- une catastrophe due à la radioactivité nucléaire ;
- la guerre ou un état qui en fait s'y assimile;
- une émeute ou des actes de violence (directement ou indirectement), sauf s'il peut être prouvé que l'assuré n'y participait pas activement ou qu'il se trouvait en état de légitime défense ;
- la manipulation d'armes et d'explosifs, ou la participation à des prestations militaires ;
- l'abus d'alcool, de stupéfiants ou de médicaments, toute forme de toxicomanie ou d'alcoolisme.

### §5 Extensions de la garantie

#### a. Grossesse et accouchement

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

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

#### *Grossesse pathologique*

Les complications d'une grossesse, tant du chef de l'assurée que du fœtus, suite à une maladie ou anomalie.

#### *Travaux insalubres*

Des travaux impliquant l'exposition à un risque professionnel engendrant un risque, potentiel ou non, pour la mère et/ou le fœtus, tels que reconnus par les dispositions légales concernant la protection de la maternité. Ces travaux comprennent entre autres :

- des activités avec des substances chimiques ;
- des activités avec des agents infectieux ;
- des activités avec des radiations ionisantes ;
- des activités avec des cytostatiques (comme par exemple dans le cas de moyens anti-cancérogènes) ;
- des activités entraînant le soulèvement de charges ;
- des activités dans une température ambiante élevée ;
- des activités comportant un travail de nuit.

#### b. Garanties particulières

Moyennant stipulation expresse aux conditions particulières, l'assurance couvre également :

1. des activités professionnelles manifestement dangereuses telles que par exemple des travaux en hauteur (plus de 15 mètres), des travaux de construction ou de démolition, la descente dans des mines ou carrières, tous travaux sur ou sous l'eau, l'utilisation ou le traitement de produits corrosifs, l'usage de rayons X ou de radio-isotopes et l'élagage ou l'abattage d'arbres de haute futaie ;
2. l'usage d'un moyen de transport aérien autrement que comme passager payant dans un avion ou hélicoptère aménagé pour le transport de personnes ;
3. l'exercice rémunéré d'une discipline sportive quelconque, en ce compris les entraînements ;
4. la pratique de tous sports de combat et d'autres sports dangereux, tels que l'aéronautique, le vol à voile, les sauts depuis de grandes hauteurs, l'alpinisme, le bobsleigh, le skeleton, le saut à ski, le deltaplane, le ski de compétition, les sauts d'obstacles à cheval et les courses de galop ou de trot, le polo, la spéléologie, les explorations sous-marines, la plongée sous-marine, le rafting, le rugby ;

5. l'usage comme conducteur, passager ou membre de l'équipage de chaque véhicule de toute nature, qui participe à (la préparation) des compétitions, des manifestations ou des épreuves sportives.

#### *§6 Détermination des indemnités*

L'indemnité et la période pour laquelle elle est allouée sont fixées et communiquées à l'assuré sur base des éléments médicaux et de fait en possession de la compagnie. A la demande de la compagnie, l'assuré fournira les pièces justificatives requises de ses revenus professionnels.

L'assuré est censé accepter ces bases comme étant exactes, à moins qu'il ne notifie ses objections motivées par lettre recommandée à la compagnie dans les 30 jours de la notification qui lui est adressée par la compagnie.

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

#### *§7 Etendue territoriale*

La présente assurance est valable dans le monde entier pour autant que l'assuré ait son domicile et sa résidence habituelle en Belgique. A l'étranger, la garantie n'est acquise que si la compagnie estime pouvoir y exercer les contrôles nécessaires.

#### *§8 Déclaration*

L'assuré, le preneur d'assurance ou toute autre personne ayant intérêt au règlement de l'indemnité doit déclarer à la compagnie dans les 30 jours qui suivent le début de la maladie ou qui suivent l'accident, et dans tous les cas, aussi rapidement qu'il était raisonnablement possible de le faire, toute maladie ou accident ayant causé ou étant susceptible de causer une incapacité de travail. Ceci au moyen d'un formulaire spécialement mis à leur disposition à cet effet. La déclaration doit être faite le plus rapidement possible avec indication de tous éléments utiles. L'assuré délivre l'attestation médicale du médecin traitant au médecin-conseil de la compagnie, spécifiant les causes de l'incapacité de travail, sa nature, son degré et son évolution probable.

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

#### *§9 Cessation de la profession, changement de profession, de revenu ou de statut social*

##### *Obligation de notification*

Le preneur d'assurance et l'assuré ont l'obligation de déclarer préalablement à la compagnie:

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

##### *Conséquences de la cessation de l'activité professionnelle*

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

Dès que l'assuré reçoit une pension légale, l'assurance prend fin, même si les droits à pension proprement dits ont été suspendus temporairement pour n'importe quelle raison.

##### *Conséquences du changement de profession ou des activités y afférentes, du statut social ou en cas de modification permanente du revenu*

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



### *§10 Durée de l'assurance*

L'assurance incapacité de travail est conclue jusqu'à l'échéance finale indiquée aux conditions particulières.

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

La résiliation prendra effet seulement à l'expiration d'un délai de 30 jours au minimum, à compter du lendemain de la remise à la poste de la lettre recommandée précitée.

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

Elle n'a pas de valeur de rachat.

### *§11 Suivi médical*

Toutes mesures permettant de hâter la guérison doivent être prises immédiatement. L'assuré invitera le médecin de son choix à lui fournir tous les certificats médicaux nécessaires à l'exécution du contrat, chaque fois que cela s'avérera nécessaire.

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

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

### *§12 Autres assurances*

Si des garanties similaires sont assurées auprès d'autres compagnies, il convient d'en aviser immédiatement la compagnie par lettre recommandée. Dans ce cas, la compagnie a le droit de rajuster les montants des rentes assurées, conformément à la nouvelle situation, et de réduire la prime proportionnellement. Tous les droits quant à un sinistre en suspens sont maintenus.

### *§13 Modification du tarif et des conditions*

#### *Par accord mutuel*

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

#### *Indexation*

La prime et la prestation peuvent être adaptées lors de l'échéance annuelle principale, sur la base de l'indice des prix à la consommation.

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

### *Contrats d'assurance en faveur d'une personne morale*

Les dispositions susmentionnées ne s'appliquent pas aux contrats en faveur d'une personne morale. Pour ce type de contrats, la compagnie peut modifier son tarif et ses conditions dans le cadre d'une adaptation générale.

### *Notification d'une modification de tarif*

Si la compagnie modifie son tarif, elle adapte le présent contrat à la prochaine échéance annuelle. Le preneur d'assurance sera avisé de cette adaptation au moins 4 mois avant cette échéance. Il a cependant la faculté de résilier le contrat dans les trente jours suivant la notification de l'adaptation. Si la notification est effectuée ultérieurement, le preneur d'assurance a la possibilité de résilier le contrat dans une période de 3 mois suivant la notification.

## **§14 Déclaration du risque par le preneur d'assurance et l'assuré**

### *Déclarations lors de la souscription du contrat*

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

### *Omissions ou inexactitudes intentionnelles*

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

### *Omissions ou inexactitudes non intentionnelles*

Lorsque l'omission ou l'inexactitude dans la déclaration ne sont pas intentionnelles, la compagnie propose, dans un délai de 30 jours à compter du jour où elle a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude, la modification du contrat avec effet au jour où elle a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude. Lorsque la proposition de modification du contrat est refusée par le preneur d'assurance ou que, au terme d'un délai de 30 jours à compter de la réception de cette proposition, cette dernière n'est pas acceptée, la compagnie peut résilier le contrat dans les 15 jours.

Néanmoins, si la compagnie apporte la preuve qu'elle n'aurait en aucun cas assuré le risque, elle peut résilier le contrat dans un délai de 30 jours à compter du jour où elle a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude.

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

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

## **Art. 18. DISPOSITIONS GENERALES RELATIVES AUX ASSURANCES COMPLEMENTAIRES**

### *§1 Entrée en vigueur de la couverture et paiement des primes*

L'assurance complémentaire entre en vigueur au même moment que l'assurance principale. La prime est due en même temps que la prime de l'assurance principale.

### *§2 Déchéance*

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

1. lorsque les suites d'une maladie ou d'un accident se trouvent aggravées du fait intentionnel ou avec le consentement du preneur d'assurance, de l'assuré ou de toute autre personne ayant un intérêt au règlement ou dans le cas où un traitement médical prescrit n'a pas été suivi ;
2. lorsque l'assuré ou le preneur d'assurance n'a pas respecté l'obligation contractuelle lui imposée par l'article 17, §8 des présentes conditions et que cette omission engendre un préjudice pour la compagnie, celle-ci peut diminuer ses prestations jusqu'à concurrence du préjudice subi.

La compagnie est en droit de refuser sa garantie lorsque l'assuré ou le preneur d'assurance n'a pas respecté les obligations contractuelles dans une intention frauduleuse.

Si l'assuré ou le preneur d'assurance n'a pas respecté l'obligation contractuelle de l'article 17, §12 dans une intention frauduleuse, le contrat est nul et non avenue. Le cas échéant, la compagnie a le droit de garder les primes encaissées à titre d'indemnité, à condition qu'elle agisse de bonne foi.

### *§3 Conditions générales de l'assurance principale*

Sauf dérogation expresse, l'assurance complémentaire est soumise aux conditions générales et particulières de l'assurance principale.

### *§4 Litiges*

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

## **Chapitre 5. Notifications - juridiction**

---

### **Art. 19. NOTIFICATIONS**

Les notifications à adresser au preneur d'assurance et aux bénéficiaires acceptants sont valablement faites à leur dernière adresse signalée à la compagnie. Toute notification d'une partie à l'autre est censée être faite à la date de son dépôt à la poste.

### **Art. 20. JURIDICTION**

Les contestations entre parties relatives à l'exécution du contrat relèvent de la compétence des tribunaux belges.

### **Art. 21. DROIT APPLICABLE ET DISPOSITIONS FISCALES**

Le présent contrat est régi par le droit belge. Tous droits et taxes, présents ou futurs, sont à charge du preneur d'assurance ou du bénéficiaire, selon le cas.

#### *§1. Primes*

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

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

#### *§2. Prestation*

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

Pour ce qui concerne les droits de succession, la législation fiscale de l'Etat du domicile du défunt et/ou la loi de l'Etat du domicile du bénéficiaire est d'application.