



CONTRAT VIE

Assurances vie et décès classiques

Conditions générales

TABLE DES MATIERES

CHAPITRE 1. DÉFINITIONS ET NOTIONS	3
CHAPITRE 2. ÉLÉMENTS DU PRÉSENT CONTRAT D'ASSURANCE	4
CHAPITRE 3. PRINCIPES DE FONCTIONNEMENT	4
1. BASES DU CONTRAT	4
2. OBJET DE L'ASSURANCE	4
3. DATE DE PRISE D'EFFET ET DATE FINALE	4
4. PAIEMENT DES PRIMES	4
5. BENEFICIAIRES	4
6. DELAI DE REFLEXION	5
7. MODIFICATION DU CONTRAT	5
8. PAIEMENT DES PRESTATIONS ASSUREES EN CAS DE VIE OU DE DECES	5
9. REDUCTION, CONVERSION ET RACHAT	5
10. DEFAUT DE PAIEMENT DE PRIME	7
11. REMISE EN VIGUEUR	7
12. AVANCES	7
13. DEPENSES SPECIALES	8
CHAPITRE 4. ETENDUE DE LA GARANTIE EN CAS DE DÉCÈS	8
14. GARANTIE MONDIALE	8
15. RISQUES EXCLUS	8
CHAPITRE 5. CLAUSES SPÉCIALES	9
16. PARTICIPATION AUX BENEFICES	9
17. INDEXATION	9
18. ASSURANCE COMPLEMENTAIRE ACCIDENTS	9
19. ASSURANCES COMPLEMENTAIRES INCAPACITE DE TRAVAIL I1 ET/OU I2	12
20. ASSURANCE COMPLEMENTAIRE INVALIDITE I3	18
21. DISPOSITIONS GENERALES RELATIVES AUX ASSURANCES COMPLEMENTAIRES	18
CHAPITRE 6. TERRORISME	19
CHAPITRE 7. JURIDICTION, DROIT APPLICABLE ET DISPOSITIONS FISCALES	20
22. JURIDICTION	20
23. DROIT APPLICABLE ET DISPOSITIONS FISCALES	20
CHAPITRE 8. COMMUNICATIONS	20
24. NOTIFICATIONS	20
25. RESIDENCE	20
26. ECHANGE DE RENSEIGNEMENTS FISCAUX	20
27. PERSONNES POLITIQUEMENT EXPOSEES	21
MENTIONS LÉGALES	22

Chapitre 1. Définitions et notions

La compagnie :

VIVIUM est une marque de P&V Assurances SCRL, sise à 1210 Bruxelles, Rue Royale 151.

Le preneur d'assurance :

La personne 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.

Les prestations assurées :

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

La réduction du contrat d'assurance :

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

La conversion du contrat d'assurance :

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

Le rachat du contrat d'assurance :

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

L'avance :

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

La participation aux bénéfices :

L'augmentation annuelle gratuite éventuelle des prestations assurées en fonction des résultats de la compagnie.

Les autorités de contrôle :

Les institutions qui exercent le contrôle sur le secteur financier belge. Ce contrôle repose sur deux autorités de contrôle autonomes, à savoir la Banque Nationale de Belgique et l'Autorité des services et marchés financiers.

Chapitre 2. Éléments du présent contrat d'assurance

Le présent contrat d'assurance est une assurance vie qui garantit le versement d'un capital en cas de vie de l'assuré à la date finale du contrat d'assurance et/ou en cas de décès de l'assuré avant la date finale du contrat.

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

Les garanties choisies sont stipulées dans les Conditions particulières.

Le contrat d'assurance se compose des Conditions générales et des Conditions particulières. Les Conditions générales sont soumises aux dispositions des Conditions particulières.

Chapitre 3. Principes de fonctionnement

1. BASES DU CONTRAT

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

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

2. OBJET DE L'ASSURANCE

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

3. DATE DE PRISE D'EFFET ET DATE FINALE

Le contrat d'assurance prend effet à la date indiquée dans les conditions particulières, mais pas avant la signature du contrat et la réception de la première prime.

Sauf en cas de fraude, la convention est incontestable à partir de sa prise d'effet, sous réserve des dispositions du point 19.14.

Le contrat d'assurance prend fin :

- à la date finale du contrat d'assurance telle que mentionnée dans les Conditions particulières ;
- en cas de résiliation, annulation ou rachat ou en cas de décès de l'assuré.

4. PAIEMENT DES PRIMES

Les primes sont payées par le preneur d'assurance aux dates convenues aux Conditions particulières. Le paiement est facultatif.

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

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

5. BENEFICIAIRES

Le preneur d'assurance peut désigner librement le(s) bénéficiaire(s) du contrat d'assurance. 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 la compagnie. et signé par le bénéficiaire, le preneur d'assurance et la compagnie. 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.

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 la compagnie l'exemplaire de la police en sa possession ou, à défaut, une déclaration de perte signée.

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

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 ou d'un avenant.

La modification prend effet à la date mentionnée dans lesdits documents, sans que cette prise d'effet puisse précéder la signature des nouvelles conditions particulières ou de l'avenant et le paiement de la prime modifiée.

L'augmentation des prestations assurées est soumise aux conditions en vigueur au moment de l'adaptation.

8. PAIEMENT DES PRESTATIONS ASSUREES EN CAS DE VIE OU DE DECES

Les prestations assurées seront payées aux bénéficiaires après signature d'une quittance de règlement, dans les trente jours suivant la transmission des pièces suivantes :

- a. un document officiel permettant de constater la date de naissance de l'assuré ;
- b. toute pièce dont la compagnie estime la production nécessaire au traitement du dossier, tel par exemple un acte de succession (chez le notaire) ou une attestation de succession (chez le notaire ou chez le receveur du bureau des droits de succession) pour le cas où les bénéficiaires n'ont pas été nominativement désignés dans le contrat.

En outre, il y a lieu d'y ajouter :

- a. si le versement résulte de la vie de l'assuré :
 - un certificat officiel de vie à la date de l'échéance du contrat ;
- b. si le versement résulte du décès de l'assuré :
 - un extrait officiel de l'acte de décès ;
 - 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.

Aucun intérêt ne sera bonifié pour un retard survenu dans le paiement des sommes dont la compagnie est redevable, 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.

9. REDUCTION, CONVERSION ET RACHAT

Le preneur d'assurance peut demander à tout moment la réduction, la conversion ou le rachat du contrat. Cette demande se fait obligatoirement par un écrit daté et signé.

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

9.1. Réduction

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

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.

La compagnie se réserve le droit de résilier les assurances complémentaires éventuelles. Dans ce cas, tout droit à indemnité pour cause d'une rechute d'une incapacité de travail antérieure, cesse d'exister.

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

9.2. Conversion

La conversion est une réduction avec maintien de la combinaison de l'assurance principale. Les prestations assurées en cas de décès et de vie sont dès lors réduites en fonction de la réserve disponible à ce moment-là. Il convient d'entendre par la réserve disponible, la réserve constituée auprès de 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.

La compagnie se réserve le droit de résilier les assurances complémentaires éventuelles. Dans ce cas, tout droit à indemnité pour cause d'une rechute d'une incapacité de travail antérieure, cesse d'exister.

Si la valeur de rachat ne s'élève pas à 600 EUR, on procédera au rachat au lieu de la conversion, sauf si le preneur d'assurance s'y oppose expressément.

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

9.3. 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 valeur de rachat théorique. Ce pourcentage s'accroît annuellement de 1 % au cours des cinq dernières années, afin d'atteindre 100 % au terme de la dernière année d'assurance. Pour les assurances "vie entière" ce pourcentage s'accroît annuellement de 1 % au cours des cinq dernières années précédant le 65ème anniversaire de l'assuré.

Néanmoins, la valeur de rachat n'excédera en aucun cas la réserve disponible diminuée d'un montant de 75 EUR. Ce montant forfaitaire est indexé en fonction de l'indice "santé" des prix à la consommation (base 1988 = 100). L'indice à prendre en considération est celui du 2ème mois du trimestre précédant la date du rachat. La valeur de rachat est liquidée à concurrence du capital assuré en cas de décès. Le solde éventuel de la valeur de rachat est affecté à la constitution de prestations assurées en cas de vie. Ce

complément à la valeur de rachat est payable à la date finale conformément aux conditions particulières du contrat.

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

Le rachat soit ses effets à la date à laquelle le preneur d'assurance signe pour accord la quittance de rachat.

Pour obtenir la valeur de rachat, le preneur d'assurance doit restituer la preuve du paiement de la dernière prime.

10. DEFAUT DE PAIEMENT DE PRIME

Le non-paiement de la prime a pour conséquence la réduction du contrat. La compagnie avertit le preneur d'assurance par écrit des conséquences du non-paiement des primes.

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

Si le preneur d'assurance a entre-temps demandé le rachat par écrit ou qu'il ait déclaré cesser le paiement des primes, les dispositions du point 9 seront d'application.

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

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

11. REMISE EN VIGUEUR

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

La remise en vigueur s'effectue aux conditions initiales moyennant paiement préalable de l'arriéré de primes. Si le contrat a été racheté, la totalité de la valeur de rachat doit être remboursée.

Une nouvelle prime sera calculée en fonction de l'âge de l'assuré à ce moment-là, et en fonction de la réserve disponible au moment de la remise en vigueur.

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

La remise en vigueur prend effet après notification par la compagnie au preneur d'assurance.

12. AVANCES

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

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

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

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

Après réception de la demande de prélever une avance, la compagnie invitera le preneur d'assurance à lui transmettre les documents suivants:

1. une copie de la carte d'identité du preneur d'assurance;
2. tout document dont la compagnie estimerait la production nécessaire;

3. le contrat d'avance dûment signé.

Dans les trente jours suivant la réception par la compagnie de ces documents, le montant net de l'avance sera versé.

Pour l'obtention d'une avance, l'accord écrit du bénéficiaire acceptant éventuel est requis.

13. 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. Etendue de la garantie en cas de décès

14. GARANTIE MONDIALE

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

15. RISQUES EXCLUS

Dans les cas de non-couverture prévus dans cette disposition, la compagnie paie la valeur de rachat théorique calculée au jour du décès et limitée à la prestation assurée en cas de 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.

15.1. Suicide de l'assuré

Le suicide de l'assuré est couvert s'il se produit après la première année suivant la date d'entrée en vigueur 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'entrée en vigueur des nouvelles conditions particulières ou de l'avenant d'augmentation.

15.2. 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.

15.3. 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".

15.4. 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.

15.5. Guerre

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

Chapitre 5. Clauses spéciales

Les dispositions du présent chapitre sont uniquement d'application si elles sont expressément mentionnées aux Conditions particulières.

16. PARTICIPATION AUX BENEFICES

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

Une participation bénéficiaire est accordée aux contrats ayant une prime totale par an d'au minimum 495 EUR (pour le Plan Jeunesse : min. 295 EUR) ou ayant un versement d'une prime unique de minimum 4.950 EUR ou pour lesquels la réserve disponible s'élève au minimum à 4.950 EUR.

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

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

La compagnie se réserve le droit de modifier ces conditions d'octroi au cours du contrat. Cette modification sera notifiée au preneur d'assurance au cours de l'année où les nouvelles conditions seront d'application.

17. INDEXATION

Le preneur d'assurance a le droit d'adapter le contrat annuellement à l'évolution de la situation économique. Les prestations assurées de l'assurance principale, de l'assurance complémentaire accidents et des assurances complémentaires I1 et I3 prévues par le présent contrat peuvent alors être augmentées, sans nouvelles garanties médicales de la part de l'assuré.

Le droit à l'augmentation est supprimé après un délai de 6 mois suivant la date anniversaire de la prise d'effet du contrat. Le droit à l'augmentation des prestations des assurances complémentaires I1 et I3 expire au cas où l'assuré est atteint d'une incapacité de travail ou d'une invalidité.

L'augmentation est déterminée par la compagnie sur la base de l'évolution des prix à la consommation au cours de l'année précédente. La nouvelle prime suite à l'augmentation des prestations assurées sera calculée en fonction de la tarification en vigueur 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'augmentation. Le preneur d'assurance peut toujours refuser cette proposition. L'augmentation des prestations assurées prend effet à la date indiquée dans la proposition d'indexation pour autant que la prime majorée soit payée. La proposition d'indexation est valable pendant 6 mois. Passé ce délai, le preneur d'assurance perd le droit à l'indexation proposée pour l'année concernée.

18. ASSURANCE COMPLEMENTAIRE ACCIDENTS

18.1. 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.

Le degré d'invalidité permanente du fait d'un accident garanti ne peut être déterminé qu'en Belgique. Il sera fixé selon le Guide barème européen d'évaluation médicale des atteintes à l'intégrité physique et psychique, et ce, sans tenir compte de la profession exercée. Une invalidité permanente de 67 % ou plus est considérée comme totale.

18.2. 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 ;
- f. provoqués par des travaux en hauteur (plus de 15 mètres).

18.3. 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. Risques particuliers

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, comme par exemple, sans être toutefois limitatif, des travaux de construction ou de démolition, la descente dans des mines ou carrières, tous travaux sur ou sous l'eau, l'utilisation ou le traitement de produits corrosifs et l'élagage ou l'abattage d'arbres de haute futaie ;
3. l'usage d'un moyen de transport aérien autrement que comme passager payant dans un avion ou hélicoptère aménagé pour transporter des personnes ;
4. l'exercice rémunéré d'une discipline sportive quelconque, en ce compris les entraînements ;

5. la pratique de tous sports de combat et autres sports dangereux, comme par exemple, sans être toutefois limitatif: l'aéronautique ou le vol à voile, le deltaplane, les sauts en altitude, l'alpinisme, le bobsleigh, le skeleton, le saut à ski, le ski de compétition, le saut d'obstacles à cheval et les courses de chevaux, le polo, la spéléologie, les explorations sous-marines, la plongée sous-marine, le rafting, le rugby, la chasse ;
6. l'usage comme conducteur, passager ou membre de l'équipage de chaque véhicule de toute nature, qui participe à (la préparation) des compétitions, des manifestations ou des épreuves sportives.

18.4. 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.

18.5. Etendue territoriale

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

18.6. 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.

18.7. Durée de l'assurance

1. L'assurance peut être résiliée à tout moment indépendamment de l'assurance principale.
2. L'assurance cesse de plein droit au moment où l'assurance principale prend fin par rachat, décès, annulation, expiration, réduction ou conversion. Elle n'a pas de valeur de rachat.
3. L'assurance prend fin de plein droit au plus tard à l'âge de la pension légale de l'assuré.
4. La compagnie peut résilier l'assurance dès que l'assuré n'a plus son domicile ou sa résidence habituelle en Belgique.

18.8. 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.

19. ASSURANCES COMPLEMENTAIRES INCAPACITE DE TRAVAIL I1 ET/OU I2

19.1. 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.

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

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.

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

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

Parallèlement à l'entrée en jouissance des prestations assurées, 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 ne peut être déterminé qu'en Belgique. Il est déterminé par décision médicale conformément au Guide barème européen d'évaluation médicale des atteintes à l'intégrité physique et psychique.

Le degré d'incapacité de travail est également déterminé par les médecins concernés, durant la première année d'incapacité de travail proportionnellement à la perte de l'aptitude physique ou psychique de l'affilié

pour l'exercice des activités professionnelles de l'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.

19.2. Délai de carence

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

Le délai de carence prend cours à la date fixée par les médecins comme étant celle de la prise d'effet de l'incapacité de travail. L'incapacité de travail subie avant l'expiration du délai de carence ne sera pas indemnisée. Il ne sera 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).

19.3. 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.

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

En cas de réduction de la rente annuelle lors d'un sinistre, la compagnie rembourse au preneur d'assurance la partie de la prime que ce dernier a payé en trop, et ce, pendant au maximum une période d'un an précédant le mois durant lequel il a été établi que la rente assurée était trop élevée.

Si la rente annuelle assurée est inférieure à la couverture maximale décrite ci-dessus, la prestation est de toute façon fixée sur la base de cette rente annuelle.

La 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.

19.4. 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, Fifth Edition (= DSM-V) 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
- des travaux en hauteur (plus de 15 mètres).

19.5. 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-cancérigènes) ;
- des activités entraînant le soulèvement de charges ;
- des activités dans une température ambiante élevée ;
- des activités comportant un travail de nuit.

b. Risques particuliers

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

1. des activités professionnelles manifestement dangereuses, comme par exemple sans être toutefois limitatif, des travaux de construction ou de démolition, la descente dans des mines ou carrières, tous travaux sur ou sous l'eau, l'utilisation ou le traitement de produits corrosifs et l'élagage ou l'abattage d'arbres de haute futaie ;

2. l'usage d'un moyen de transport aérien autrement que comme passager payant dans un avion ou hélicoptère aménagé pour 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 autres sports dangereux, comme par exemple sans être toutefois limitatif: l'aéronautique ou le vol à voile, le deltaplane, les sauts en altitude, l'alpinisme, le bobsleigh, le skeleton, le saut à ski, le ski de compétition, le saut d'obstacles à cheval et les courses de chevaux, le polo, la spéléologie, les explorations sous-marines, la plongée sous-marine, le rafting, le rugby, la chasse ;
5. l'usage comme conducteur, passager ou membre de l'équipage de chaque véhicule de toute nature, qui participe à (la préparation) des compétitions, des manifestations ou des épreuves sportives.

19.6. 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.

19.7. Etendue territoriale

La garantie est acquise dans le monde entier, pour autant que l'assuré ait son domicile et sa résidence habituelle en Belgique au début de l'incapacité de travail. Elle n'est acquise à l'étranger durant la période d'incapacité de travail que pour autant que la compagnie puisse exercer le contrôle médical et effectif nécessaire. A la demande de la compagnie, l'assuré se présentera à un examen médical auprès d'un médecin en Belgique.

19.8. 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.

19.9. 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.

Lorsqu'un sinistre se produit avant que l'assuré ou le preneur d'assurance n'ait déclaré une diminution du revenu, la compagnie peut adapter la rente garantie conformément au point 19.3.

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

19.10. Durée de l'assurance

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

1. L'assurance prend fin au plus tard à l'âge légal de la pension de l'assuré.
2. L'assurance peut être résiliée à tout moment indépendamment de l'assurance principale.
3. 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 d'une lettre recommandée comme mentionnée au point 10.
4. 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.

19.11. 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.

19.12. 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.

19.13. 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 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.

19.14. 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

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.

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.

20. ASSURANCE COMPLEMENTAIRE INVALIDITE I3

20.1. Garantie

La compagnie s'engage à payer au preneur d'assurance une avance exonérée d'intérêts (I3) sur l'assurance principale lorsque l'assuré subit, à la suite d'une maladie ou d'un accident, une invalidité physiologique totale et permanente.

20.2. Invalidité

En cas de maladie, le pourcentage de l'invalidité physiologique est établi par une décision médicale. En cas d'accident, ce pourcentage est fixé selon le Guide barème européen d'évaluation médicale des atteintes à l'intégrité physique et psychique. Il ne sera pas tenu compte de la profession exercée. Une invalidité physiologique permanente de 67% ou plus sera assimilée à une invalidité totale.

20.3. Etendue et paiement de la prestation assurée

La prestation assurée consiste dans le versement d'une avance, exonérée d'intérêts, à concurrence de 95% du capital de l'assurance principale, augmentée de la participation aux bénéfices déjà acquise. Le paiement de cette avance aura lieu après que l'invalidité de l'assuré soit devenue permanente. Le paiement de cette avance ne met pas fin à l'assurance principale. Si les capitaux assurés en cas de vie et en cas de décès diffèrent, le montant de l'avance sera calculé sur le plus petit des deux capitaux, augmenté de la participation aux bénéfices déjà acquise. L'avance sera accordée aux conditions déterminées dans un contrat d'avance, après signature de celui-ci.

20.4. 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.

20.5. Dispositions de l'assurance complémentaire incapacité de travail I1 et/ou I2.

Sauf dérogation expresse, l'assurance complémentaire invalidité I3 est soumise aux conditions générales et particulières de l'assurance complémentaire incapacité de travail I1 et/ou I2.

21. DISPOSITIONS GENERALES RELATIVES AUX ASSURANCES COMPLEMENTAIRES

21.1. 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.

21.2. 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 le point 19.8. 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 du point 19.12. 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.

21.3. Conditions générales de l'assurance principale

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

21.4. 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 6. Terrorisme

Nous indemnisons les sinistres causés par le terrorisme conformément à la loi du 1^{er} avril 2007. Nous sommes à cet effet membre de l'asbl TRIP (Terrorism Reinsurance and Insurance Pool). Dans le cadre de cette loi, un comité chargé de la reconnaissance des sinistres et de la constatation des dédommagements à verser a été institué. Pour l'ensemble de nos engagements souscrits à l'égard de tous nos assurés, nous couvrons, conformément aux dispositions de cette loi, avec toutes les autres compagnies qui sont membres de l'asbl TRIP et avec l'État belge, les sinistres reconnus par ledit comité à concurrence d'un montant d'un milliard d'euros par année civile. Ce montant est adapté au 1^{er} janvier de chaque année à l'indice des prix à la consommation, l'indice de décembre 2005 étant l'indice de base. Les dommages causés par les armes nucléaires sont toujours exclus de la couverture.

On entend par terrorisme : une action ou une menace d'action organisée dans la clandestinité à des fins idéologiques, politiques, ethniques ou religieuses, exécutée individuellement ou en groupe et attentant à des personnes ou détruisant partiellement ou totalement la valeur économique d'un bien matériel ou immatériel, soit en vue d'impressionner le public, de créer un climat d'insécurité ou de faire pression sur les autorités, soit en vue d'entraver la circulation et le fonctionnement normal d'un service ou d'une entreprise.

Prévention du financement du terrorisme – Liste nationale des personnes et entités soupçonnées d'actes de terrorisme

L'arrêté royal du 28 décembre 2006 interdit à quiconque de mettre directement ou indirectement des fonds ou des ressources économiques à la disposition des personnes et entités reprises sur la Liste nationale des personnes et entités soupçonnées d'actes de terrorisme et exige que les institutions financières gèlent ces fonds ou ressources économiques. Sans préjudice des règles applicables en matière de communication d'informations, de confidentialité et de secret professionnel, les institutions financières sont tenues de fournir immédiatement toute information concernant des fonds et ressources économiques gelés, au ministre des Finances.

Chapitre 7. Juridiction, droit applicable et dispositions fiscales

22. JURIDICTION

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

23. DROIT APPLICABLE ET DISPOSITIONS FISCALES

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

Tous les impôts, droits et taxes actuels et futurs sont à la charge du preneur d'assurance ou du bénéficiaire, selon le cas.

23.1. Primes

La législation de l'État de résidence 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'État de résidence de la personne morale pour le compte de laquelle le contrat a été conclu sera applicable.

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.

23.2. Prestations

Les impôts applicables aux revenus ainsi que d'éventuelles autres charges sont fixés par la loi de l'État de résidence 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'État de résidence du défunt et/ou la loi de l'État de résidence du bénéficiaire est (sont) applicable(s).

Chapitre 8. Communications

24. NOTIFICATIONS

La compagnie remet au preneur d'assurance un aperçu de l'état de son contrat, et ce, à tout le moins une fois par an.

Les notifications à adresser au preneur d'assurance et aux bénéficiaires acceptants sont valablement faites à leur dernière adresse communiquée à la compagnie. Toute notification envoyée par une partie à l'autre partie est considérée comme effective à la date de dépôt à la poste.

25. RESIDENCE

Si l'assuré établit son domicile ou sa résidence habituelle à l'étranger, il doit en informer la compagnie.

26. ECHANGE DE RENSEIGNEMENTS FISCAUX

1° Depuis le 1^{er} janvier 2016, la loi du 16 Décembre 2015 *réglant la communication des renseignements relatifs aux comptes financiers par les institutions financières belges et le SPF Finances, dans le cadre d'un échange automatique de renseignements au niveau international et à des fins fiscales* (ci-après « la Loi ») est entrée en vigueur.

Cette Loi règle les obligations des Institutions financières belges (y compris P&V Assurances) et du SPF Finances en ce qui concerne les renseignements qui doivent être communiqués à une autorité compétente d'une autre juridiction dans le cadre d'un échange automatique de renseignements relatifs aux certains contrats d'assurances.

2 ° Afin de se conformer à la Loi, P&V Assurances doit:

- Recueillir les données relatives aux personnes qui souscrivent un contrat visé afin d'identifier les contrats déclarables. A cet égard, le fait de qualifier de contrat déclarable dépend de la qualité de « US Person » au regard de la législation FATCA ("Foreign Account Taks Compliance Act"), ou du pays de résidence fiscale au regard de la législation CRS ("Common Reporting Standard");

- Mettre en place les procédures et les normes nécessaires afin de se conformer aux obligations relatives à l'identification et la documentation des contrats déclarables;
- Remettre chaque année au SPF Finances une déclaration renseignant l'identité des preneurs de contrats déclarables (c'est-à-dire des résidents fiscaux des pays participants (pour "CRS") ou définis comme « US person » (pour « FATCA »)), ainsi que le montant des réserves attribuées aux contrats dont ils sont titulaires;
- Répondre aux questions qui seraient posées par le SPF Finances dans le cadre de la vérification de la conformité avec la Loi précitée.

3 ° Le preneur d'assurance accepte que P&V Assurances transmette au SPF Finances les informations requises, à savoir : les données personnelles relatives aux preneurs d'assurances ainsi que les informations relatives aux contrats d'assurances visés (y compris le montant des réserves). Le cas échéant en cas de paiement de prestation à un bénéficiaire autre que le preneur d'assurance, les données relatives aux bénéficiaires seront transmises au SPF Finances (si ce bénéficiaire est résident fiscal d'un pays autre que la Belgique ou qualifie de « US person »).

4° Le preneur s'engage à informer immédiatement P&V Assurances en cas de changement relevant de sa situation personnelle. Ces changements relevant peuvent concerner les éléments suivants (liste non exhaustive) : le nom ; l'adresse postale ou de résidence ; le pays de résidence dans lequel le preneur d'assurance est soumis à l'impôt sur le revenu ainsi que (le) numéro d'identification fiscale (s), du siège de la fortune ; de nationalité ; de numéro de téléphone émis par un opérateur étranger, de compte bancaire émis par une institution financière étrangère ; ou toute autre information pertinente qui pourrait avoir un impact sur la qualité du preneur d'assurance aux fins de la présente Loi.

P&V Assurances examinera ces changements et, si nécessaire, considérera le contrat comme déclarable. En cas de questions supplémentaires le preneur d'assurance, doit, à la demande de P&V Assurances, fournir toutes les informations et documents demandés en application de la Loi. Ainsi les formulaires W9 ou W8-BEN ou toute autre preuve pertinente pourraient être demandés aux assurés qui tomberaient (éventuellement) dans le champ d'application de l'accord FATCA.

5 ° En cas de manquement du preneur d'assurance à la disposition précédente, P&V Assurances peut adresser à l'assuré une demande de renseignements à laquelle il devra répondre dans un délai spécifié dans ladite demande.

En cas de refus de la part de ce dernier de se conformer à la demande et de fournir les données demandées, P&V Assurances se réserve le droit considérer le contrat comme un contrat déclarable.

27. PERSONNES POLITIQUEMENT EXPOSEES

La loi relative à la prévention du blanchiment de capitaux et du financement du terrorisme et à la limitation de l'utilisation des espèces impose aux entreprises d'assurances de disposer de procédures permettant d'identifier leurs clients (le preneur d'assurance et, pour les personnes morales, les bénéficiaires effectifs et les mandataires) et les bénéficiaires des contrats (le cas échéant leurs bénéficiaires effectifs si le bénéficiaire est une personne morale) qui sont des personnes politiquement exposées (PPE), des membres de la famille de PPE ou des personnes connues pour être étroitement associées aux PPE.

La loi retient la définition suivante pour les PPE : une personne physique qui occupe ou qui a occupé une fonction publique importante et notamment :

- a) les chefs d'Etat, les chefs de gouvernement, les ministres et les secrétaires d'Etat;
- b) les parlementaires ou les membres d'organes législatifs similaires;
- c) les membres des organes dirigeants des partis politiques;
- d) les membres des cours suprêmes, des cours constitutionnelles ou d'autres hautes juridictions, y compris administratives, dont les décisions ne sont pas susceptibles de recours, sauf circonstances exceptionnelles;
- e) les membres des cours des comptes ou des conseils ou directoires des banques centrales;
- f) les ambassadeurs, les consuls, les chargés d'affaires et les officiers supérieurs des forces armées;
- g) les membres des organes d'administration, de direction ou de surveillance des entreprises publiques;
- h) les directeurs, les directeurs adjoints et les membres du conseil d'une organisation internationale, ou les personnes qui occupent une position équivalente en son sein.

Par "membre de la famille", la loi retient :

- a) le conjoint ou une personne considérée comme l'équivalent d'un conjoint;
- b) les enfants et leurs conjoints, ou les personnes considérées comme l'équivalent d'un conjoint;
- c) les parents;

ET pour les "personnes connues pour être étroitement associées" :

- a) les personnes physiques qui, conjointement avec une personne politiquement exposée, sont les bénéficiaires effectifs d'une entité visée au 27°, a), b), c) ou d) de l'article 4 de la loi ou qui sont connues pour entretenir toute autre relation d'affaires étroite avec une personne politiquement exposée;
- b) les personnes physiques qui sont les seuls bénéficiaires effectifs d'une entité visée au 27°, a), b), c) ou d) de l'article 4 de la loi connue pour avoir été créée, dans les faits, dans l'intérêt d'une personne politiquement exposée.

Obligation du preneur :

Lors de la demande de souscription, le preneur d'assurance s'engage à communiquer s'il est considéré, selon la définition reprise dans la loi (voir ci-dessus), comme une personne politiquement exposée, un membre de la famille de PPE ou une personne connue pour être étroitement associée à des PPE. Cette obligation est étendue aux autres personnes concernées, à savoir pour les personnes morales, les bénéficiaires effectifs, les mandataires et les bénéficiaires des contrats (le cas échéant leurs bénéficiaires effectifs si le bénéficiaire est une personne morale).

En acceptant les conditions générales, le preneur s'engage, en cours de contrat, à informer immédiatement la compagnie au cas où il serait lui-même, ainsi que le bénéficiaire effectif, le mandataire et le bénéficiaire (et le bénéficiaire effectif du bénéficiaire en cas de personne morale) devenu personne politiquement exposée, un membre de la famille de PPE ou connu pour être étroitement associé à des PPE, ou ne serait plus considéré comme une personne politiquement exposée, un membre de la famille de PPE ou connu pour être étroitement associé à des PPE.

Mentions légales

Règlement général sur la protection des données

La compagnie s'engage, en qualité de responsable du traitement, à traiter les données à caractère personnel en conformité avec la réglementation en matière de vie privée en vigueur. Plus de précisions à ce propos se trouvent dans la brochure client de la compagnie ou sur le site <https://www.vivium.be/privacy>

Plaintes

Pour toute plainte relative au présent contrat d'assurance, le preneur d'assurance peut s'adresser :

- En première instance : au service Gestion des plaintes de VIVIUM,
Rue Royale 151, 1210 Bruxelles, tél. : 02/250.90.60,
E-mail : plainte@vivium.be
- Si vous n'êtes pas satisfait de la réponse de notre service Gestion des plaintes : à l'Ombudsman des Assurances.
Square de Meeûs 35, 1000 Bruxelles, www.ombudsman.as

Cette possibilité n'exclut pas celle d'entamer une procédure judiciaire.

Escroquerie

Toute fraude ou tentative de fraude envers la compagnie d'assurances entraînera non seulement la nullité du contrat d'assurance, mais pourra également faire l'objet de poursuites pénales en vertu de l'article 496 du Code Pénal.