



Top-Hat Plus Plan

Engagement individuel de pension

Conditions générales

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE 1. DÉFINITIONS ET NOTIONS	3
CHAPITRE 2. ÉLÉMENTS DU PRÉSENT CONTRAT D'ASSURANCE	5
CHAPITRE 3. TRANSFERT DE DROITS	5
CHAPITRE 4. FONCTIONNEMENT DU PRÉSENT CONTRAT D'ASSURANCE	6
1. GARANTIE DE L'ASSURANCE	6
2. DATE DE PRISE D'EFFET ET FIN DU CONTRAT D'ASSURANCE	7
3. DROITS DE L'ORGANISATEUR	7
4. DROITS DE L'AFFILIÉ	9
5. CESSATION DU PAIEMENT DES PRIMES	12
6. PAIEMENT DES PRESTATIONS ASSURÉES	12
7. DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES CONCERNANT LE FONDS DE PLACEMENT DE LA BRANCHE 23	14
CHAPITRE 5. GARANTIE EN CAS DE DÉCÈS	15
8. GARANTIE À L'ÉCHELLE MONDIALE	15
9. RISQUES EXCLUS	15
CHAPITRE 6. CLAUSES SPÉCIALES	16
10. ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE ACCIDENTS	16
11. ASSURANCES COMPLÉMENTAIRES INCAPACITÉ DE TRAVAIL I1 ET/OU I2	18
12. DISPOSITIONS COMMUNES ASSURANCES COMPLÉMENTAIRES	24
CHAPITRE 7. TERRORISME	25
CHAPITRE 8. JURIDICTION, DROIT APPLICABLE ET DISPOSITIONS FISCALES	26
13. JURIDICTION	26
14. DROIT APPLICABLE ET DISPOSITIONS FISCALES	26
CHAPITRE 9. COMMUNICATIONS	27
15. NOTIFICATIONS	27
16. RESIDENCE	27
17. MODIFICATION DES BÉNÉFICIAIRE(S) EFFECTIF(S) OU DES MANDATAIRE(S) DE LA PERSONNE MORALE	27
18. PERSONNES POLITIQUEMENT EXPOSÉES	28
MENTIONS LÉGALES	28

Chapitre 1. Définitions et notions

Engagement individuel de pension

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

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

Organisme de pension (= la compagnie)

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

Organisateur (= le preneur d'assurance)

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

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

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

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

Bénéficiaire(s) en cas de décès

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

Age de la pension

L'âge de l'affilié à l'échéance de l'engagement de pension comme stipulé dans les Conditions particulières. Cet âge contractuel de la pension ne peut être inférieur à l'âge légal de la pension en vigueur au moment de la conclusion de l'engagement de pension.

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

Mise à la retraite

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

Conditions générales

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

Convention de pension

La convention stipulant les droits et obligations de l'organisateur, de l'affilié et de ses ayants droit ainsi que ceux de l'organisme de pension, mais aussi les règles d'exécution de l'Engagement individuel de pension. La convention précise notamment le mode d'acquisition des réserves et prestations du contrat d'assurance.

Conditions particulières

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

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

Réserves acquises

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

Prestations acquises

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

Unité d'un fonds de placement

Une partie élémentaire d'un fonds de placement.

Valeur d'inventaire d'une unité

La valeur du fonds de placement divisée par le nombre d'unités du fonds de placement au moment de l'estimation de la valeur.

Valorisation

La fixation de la valeur d'inventaire sur la base de la valeur nette d'inventaire des composants du fonds de la veille.

Réduction de la convention

La cessation du paiement des primes.

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 prévoit le financement d'une pension complémentaire.

Les **primes** versées dans le contrat d'assurance peuvent, au choix de l'affilié, être investies dans un support de la branche 21 et/ou dans un support de la branche 23 :

- support de la Branche 21 : les primes sont investies en tout ou en partie dans un tarif de la branche 21 avec taux d'intérêt garanti.
- support de la Branche 23 : les primes sont affectées en tout ou en partie à l'acquisition d'unités dans un fonds de placement de la branche 23.

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

Au cas où les primes seraient investies intégralement dans le support de la Branche 23, les garanties complémentaires ne sont pas possibles.

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

Les Conditions générales sont soumises aux dispositions de la Convention de pension et des Conditions particulières. Les garanties choisies sont stipulées dans les Conditions particulières.

Les aspects relatifs à la gestion des fonds de placement sont expliqués dans le Règlement de gestion. Le Règlement de gestion des fonds de placement comprend notamment une description de la politique d'investissement de ces fonds internes, la fixation et l'affectation des revenus, les règles de valorisation de l'actif, la méthode de fixation de la valeur d'inventaire, la méthode de calcul des frais et les informations concernant la classe de risque de ces fonds internes.

En cours de contrat, le contenu du Règlement de Gestion des fonds de placement internes peut être sujet à des adaptations. C'est la raison pour laquelle, si l'organisateur souhaite à un moment donné des informations sur les fonds internes disponibles dans le cadre du support de la branche 23 ou sur un autre sujet qui est abordé dans ce règlement, nous invitons l'organisateur à consulter sur le site internet www.vivium.be le Règlement de Gestion des fonds en vigueur à ce moment-là ou à s'informer auprès de l'intermédiaire d'assurances. Ce Règlement de Gestion est également disponible à notre siège social.

Chapitre 3. Transfert de droits

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

- le droit de choisir la répartition de la prime et de la modifier;
- le droit de choisir le placement de l'éventuelle participation aux bénéfiques et de le modifier;
- le droit de transférer les réserves constituées vers une autre formule de placement dans le cadre du présent contrat d'assurance;
- le droit de modifier le(s) bénéficiaire(s) en cas de décès;
- le droit de prendre une avance;
- le droit de mettre le contrat d'assurance en gage ;
- le droit de transférer le contrat d'assurance à un autre organisme de pension à partir du moment de la cessation des activités de l'affilié auprès de l'organisateur.

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

Chapitre 4. Fonctionnement du présent contrat d'assurance

1. GARANTIE DE L'ASSURANCE

1.1. Constitution de réserve dans le support de la branche 21

Le montant composé de la capitalisation des primes nettes investies dans le support de la branche 21. Les primes nettes destinées au support de la branche 21 sont capitalisées à l'un des taux d'intérêt applicables au moment de la réception du versement.

L'affilié peut faire son choix parmi les tarifs suivants dans le support de la branche 21 :

- **Capiplan** : la participation bénéficiaire attribuée est capitalisée au taux d'intérêt garanti valable au moment de l'octroi de cette participation bénéficiaire dans le contrat d'assurance.
- **Capi 23** : la participation bénéficiaire attribuée est investie dans l'un des fonds de placement de la branche 23 proposés par l'organisme de pension, au choix de l'affilié.

L'affilié peut, pendant la durée du contrat d'assurance, choisir d'investir l'intégralité des primes nettes futures à un autre taux d'intérêt faisant partie de l'offre alors en vigueur.

1.2. Constitution de réserve dans le support de la branche 23

Le montant composé des primes nettes investies dans le support de la branche 23.

La prime nette destinée au support de la branche 23 sert à l'acquisition d'unités dans le fonds de placement choisi. La réserve est déterminée par le nombre d'unités du fonds choisi à multiplier par la valeur d'inventaire de cette unité.

L'affilié a le choix entre différents fonds de placement. La stratégie d'investissement, les caractéristiques et la nature des actifs sont décrites dans le règlement de gestion. Ce règlement peut être obtenu sur simple demande adressée au siège social de l'organisme de pension. L'offre de fonds de placement peut s'étendre à l'avenir.

Chaque fonds vise la croissance par le biais d'une diversification dans différents instruments financiers. En dépit de toutes les mesures prises pour atteindre les objectifs fixés, l'investissement dans ces fonds reste sujet à certains risques. Aucune garantie formelle ne peut donc être donnée.

La valeur du fonds peut varier dans le temps. Le risque financier qui y est lié est supporté par l'affilié.

1.3. Participation aux bénéfices

§1^{er}. Réserve constituée dans le support de la branche 21

Cette réserve donne droit à une participation bénéficiaire pour autant que l'on ait satisfait aux conditions minimales telles que définies dans le dossier bénéficiaire de l'organisme de pension, communiqué aux autorités de contrôle. Ces conditions peuvent changer en cours de contrat. Le pourcentage de la participation bénéficiaire varie d'une année à l'autre et n'est pas garanti.

Pour les contrats d'assurance sur lesquels une avance a été accordée ou qui ont été donnés en gage auprès de l'organisme de pension, le droit à la participation bénéficiaire s'éteint pour la valeur de rachat théorique correspondant au montant de l'avance ou de l'affectation en gage.

L'affilié peut faire son choix parmi les taux suivants dans le support de la branche 21 :

- **Capiplan** : la participation bénéficiaire attribuée est capitalisée au taux d'intérêt garanti valable au moment de l'octroi de celle-ci.
- **Capi 23** : la participation bénéficiaire attribuée est investie dans l'un des fonds de placement de la branche 23 proposés par l'organisme de pension, au choix de l'affilié.

La valeur d'inventaire pour la conversion de cette participation bénéficiaire en unités du fonds choisi est fixée au 1^{er} février ou au jour bancaire ouvrable suivant.

Attention : si une partie de la prime nette est également investie dans un fonds de placement de la branche 23, la participation bénéficiaire attribuée dans le support de la branche 21 est investie dans le même fonds.

§2. Réserve constituée dans le support de la branche 23

Cette réserve n'entre pas en ligne de compte pour la participation bénéficiaire.

1.4. Garantie en cas de vie

En cas de vie de l'affilié à l'âge de la pension, l'affilié reçoit la prestation de pension complémentaire ou les réserves acquises, incluant la participation bénéficiaire attribuée.

1.5. Garantie en cas de décès

En cas de décès de l'affilié avant l'âge de la pension, le(s) bénéficiaire(s) en cas de décès reçoit(ven)t les réserves acquises au moment du décès, incluant la participation bénéficiaire attribuée (à moins que la prestation de pension complémentaire ou la réserve acquise n'ait déjà été payée antérieurement conformément à la Convention de pension).

Si une garantie décès supplémentaire est prévue dans les Conditions particulières, le(s) bénéficiaire(s) reçoit(ven)t en cas de décès le capital décès mentionné dans les Conditions particulières ou, si ce montant est plus élevé, les réserves acquises au moment du décès, incluant la participation aux bénéfices attribuée.

Dans ce cas, le coût de la garantie supplémentaire en cas de décès est retenu chaque mois au préalable des réserves constituées. Ce coût est calculé sur la base du capital décès assuré diminué des réserves constituées.

Les réserves acquises sont définies selon les dispositions du point 6.2.

2. DATE DE PRISE D'EFFET ET FIN DU CONTRAT D'ASSURANCE

Le contrat d'assurance prend effet après le premier paiement de prime et après la signature des Conditions particulières et de la Convention de pension par l'organisateur.

Dès sa prise d'effet, le contrat d'assurance est incontestable, sauf en cas de fraude, sous réserve des dispositions du point 11.13.

Le contrat d'assurance prend fin :

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

3. DROITS DE L'ORGANISATEUR

3.1. Paiement des primes

L'organisateur est invité à verser des primes aux dates convenues dans les Conditions particulières. À aucun moment, l'organisateur ne peut être obligé par l'organisme de pension à effectuer des paiements. Le paiement s'effectue sur l'un des différents comptes bancaires ou postaux de l'organisme de pension.

Pour le support de la branche 21, la capitalisation de la prime nette commence dès son enregistrement sur un compte financier auprès de l'organisme de pension, mais pas avant la date de prise d'effet du contrat d'assurance.

Pour le support de la branche 23, l'achat des unités du fonds de placement choisi s'effectue à la première valorisation communiquée au plus tôt le jour bancaire ouvrable suivant la réception de la prime par l'organisme de pension sur un compte financier, mais pas avant la date de prise d'effet du contrat. En cas de modification de la répartition de la prime, le changement interviendra au plus tôt à la première échéance de prime impayée suivant la réception de la demande de paiement par l'organisme de pension.

La fixation de la valeur d'inventaire est exécutée par le gestionnaire du fonds et est contraignante pour toutes les parties. L'organisme de pension se réserve le droit d'adapter la date de valorisation si des circonstances exceptionnelles rendent impossible la valorisation des fonds de placement. La valeur d'inventaire est obtenue en divisant la valeur des avoirs du fonds, déduction faite de l'indemnité de gestion, des frais susceptibles de découler de la gestion du fonds (tels que mentionnés dans le règlement de gestion) ainsi que des éventuels impôts, droits et taxes, par le nombre d'unités présentes le jour de la valorisation. Lorsque les titres libellés en devises étrangères ou d'autres titres doivent être convertis pour le calcul de la valeur du fonds, l'organisme de pension se base sur le dernier cours moyen connu de cette

devise, sauf si, dans l'intérêt de toutes les parties en présence, l'organisme de pension juge opportun d'appliquer un cours différent.

L'organisme de pension communique au minimum chaque semaine, à la presse, la valeur d'inventaire et l'adapte toujours dans l'aperçu annuel du contrat d'assurance.

3.2. Délai de réflexion

L'organisateur a le droit de résilier le contrat d'assurance dans les trente jours à compter de sa prise d'effet. Si ce contrat d'assurance est utilisé comme garantie pour un crédit, l'organisateur a le droit de résilier le contrat d'assurance dans les trente jours suivant la notification selon laquelle le crédit ne lui sera 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 en échange d'un accusé de réception. La date de dépôt à la poste, la date de notification ou la date mentionnée sur l'accusé de réception fait office de date de résiliation. Dans le cas présent, l'organisateur doit envoyer à l'organisme de pension l'exemplaire du contrat qui est en sa possession ou, à défaut, une déclaration de perte signée.

Pour le support de la branche 21, l'organisme de pension rembourse les primes payées, diminuées des montants éventuellement utilisés pour couvrir le risque.

Pour le support de la branche 23, l'organisme de pension rembourse la valeur des unités attribuées, majorée des frais d'entrée payés et diminuée des montants éventuellement utilisés pour couvrir le risque. La valeur des unités attribuées est calculée sur la base de la première valorisation connue, au plus tôt un jour bancaire ouvrable à compter de la réception de l'avis de résiliation officiel.

3.3. Modification ou cessation du contrat d'assurance

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

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

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

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

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

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

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

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

3.4. Transfert des réserves vers un autre organisme de pension

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

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

Les montants mentionnés sont indexés en fonction de l'indice santé des prix à la consommation (base 1988 = 100). L'indice qui doit être pris en considération est celui du deuxième mois du trimestre qui précède la date de rachat.

3.5. Remise en vigueur

Après le rachat du contrat d'assurance en vue du transfert des réserves et le paiement de la valeur de rachat, l'organisateur peut remettre en vigueur le contrat d'assurance après avoir adressé une lettre datée et signée à l'organisme de pension dans les trois mois suivant le paiement de la valeur de rachat. Pour obtenir la remise en vigueur, l'organisateur doit verser l'intégralité de la valeur de rachat.

En cas de réduction du contrat d'assurance, l'organisateur peut remettre le contrat d'assurance en vigueur dans les trois ans qui suivent la réduction, et ce, pour les montants assurés à la date de la réduction. Cette remise en vigueur s'effectue par le règlement des primes impayées, éventuellement majorées de la prime complémentaire, qui est calculée sur la base des tarifs applicables au moment de la remise en vigueur, et qui est nécessaire pour apurer les éventuels déficits.

La remise en vigueur ne peut avoir trait qu'au support de la branche 21 de la réserve d'épargne. La partie constituée dans les fonds de placement ne peut pas être remise en vigueur. À cet effet, il est uniquement possible d'acheter le nombre d'unités sur la base de la valeur unitaire communiquée au plus tôt un jour bancaire ouvrable après réception de la demande par l'organisme de pension.

La remise en vigueur d'un contrat d'assurance dépend des conditions d'acceptation applicables à ce moment et s'opère toujours suivant la sélection de risque en vigueur à ce moment. Les frais d'un éventuel examen médical sont à la charge de l'organisateur.

4. DROITS DE L'AFFILIÉ

4.1. Choix et modification de la répartition de la prime

L'affilié peut investir l'intégralité de la prime dans le support de la branche 21 ou dans le support de la branche 23. Si l'affilié souhaite répartir sa prime entre le support de la branche 21 et le support de la branche 23, au moins 20 % de la prime nette doivent être investis dans chaque support.

La répartition d'une prime unique est identique à celle des primes.
Une autre répartition peut, sur demande, s'appliquer à cette prime unique.

Le choix de répartition des primes est mentionné dans les Conditions particulières.

L'affilié a toujours le droit, pour ses primes futures :

- a) de choisir, pour le support de la branche 21, le taux d'intérêt parmi l'offre en vigueur à ce moment et de modifier ce choix. Les primes futures ne peuvent être réparties entre plusieurs taux d'intérêt ;
- b) de choisir la répartition de primes entre le support de la branche 21 et le support de la branche 23 et de modifier ce choix ;
- c) de choisir le fonds de placement de la branche 23 et de modifier ce choix. En cas de changement de ce type, l'intégralité de la réserve constituée dans le support de la branche 23 est transférée vers ce fonds de placement de la branche 23 (voir les dispositions au point 4.2 concernant le transfert de réserves).

Les modifications susmentionnées peuvent être demandées par le biais d'une lettre signée et datée par l'affilié et accompagnée d'une copie de la carte d'identité de l'affilié.

L'organisme de pension confirmera toute modification de la répartition de primes par le biais d'un avenant au contrat d'assurance faisant mention de la nouvelle répartition de primes.

4.2. Transfert de réserves dans le contrat

§1^{er}. Transfert de la réserve constituée dans le support de la branche 23

L'affilié peut toujours transférer l'intégralité de la réserve du support de la branche 23 d'un fonds de placement à l'autre. Un transfert partiel vers un autre fonds de placement n'est par contre pas possible. L'organisme de pension peut, dans l'intérêt de l'ensemble des organisateurs et bénéficiaires, suspendre les droits de transfert de fonds (comme mentionné dans le règlement de gestion).

Il peut également transférer tout ou partie de la réserve dans le support de la branche 21 du contrat d'assurance.

Transfert de réserve entre fonds de placement de la branche 23

L'affilié a le droit de transférer à tout moment la contre-valeur en euros de ses unités d'un fonds de placement vers un autre fonds de la gamme proposée.

Dans ce cas, les unités concernées du fonds de placement sont respectivement vendues et achetées à la première valeur d'inventaire publiée, au plus tôt le jour bancaire ouvrable suivant la réception par l'organisme de pension de la lettre signée par l'organisateur et d'une copie de la carte d'identité de l'affilié.

Transfert du support de la branche 23 vers le support de la branche 21

L'affilié a le droit de transférer à tout moment tout ou partie de la contre-valeur en euros de ses unités d'un fonds de placement vers le support de la branche 21 de son contrat d'assurance.

Dans ce cas, les unités concernées du fonds de placement sont respectivement vendues à la première valeur d'inventaire publiée, au plus tôt le jour bancaire ouvrable suivant la réception par l'organisme de pension de la lettre datée et signée par l'affilié et d'une copie de la carte d'identité de l'affilié.

En cas de transfert vers le support de la branche 21, le taux d'intérêt garanti valable le jour auquel le transfert est acté sera appliqué.

Frais

L'affilié peut procéder une fois par année civile à un transfert gratuit de la réserve constituée dans le support de la branche 23. Ensuite, chaque transfert effectué, se fera moyennant le paiement d'une indemnité de 0,5 % de la réserve transférée.

§2. Transfert de la réserve constituée dans le support de la branche 21

PAS de transfert de réserve entre des formules de la branche 21

Si le support de la branche 21 contient des réserves constituées à différents taux d'intérêt, ces réserves ne peuvent être transférées dans ce même support vers un autre taux d'intérêt garanti.

Transfert du support de la branche 21 vers le support de la branche 23

L'affilié peut toujours procéder au transfert de la réserve partielle ou intégrale du support de la branche 21 vers le support de la branche 23.

Au cas où des garanties complémentaires seraient présentes dans le contrat, un transfert intégral vers le support de la branche 23 n'est pas possible. Dans ce cas, au moins 20 % de la réserve totale doivent toujours rester dans le support de la branche 21. Ce minimum est évalué le jour où le transfert est acté.

Si la réserve du support de la branche 21 se compose de différents taux d'intérêt, le montant à transférer est composé proportionnellement par réserve.

Le support de la branche 21 couplé à une avance ne peut être transféré vers le support de la branche 23.

Les unités du fonds de placement sont achetées à la première valeur d'inventaire publiée, au plus tôt le jour bancaire ouvrable suivant la réception par l'organisme de pension de la lettre signée par l'affilié et d'une copie de la carte d'identité de l'affilié.

Frais

Les frais suivants sont appliqués à ce transfert : 5 % sur la réserve transférée, ce pourcentage diminue par 1 % par année au cours des cinq dernières années.

4.3. Propriété du contrat d'assurance

Le contrat d'assurance conclu aux fins d'exécution de l'engagement individuel de pension est la propriété de l'affilié.

C'est également le cas pour la partie de la police financée avec les réserves acquises dans le chef d'une relation de travail antérieure.

4.4. Bénéficiaires

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

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

Chaque bénéficiaire peut accepter l'avantage de ce contrat d'assurance. Pour que cette attribution soit opposable, il y a lieu d'établir un avenant, signé par le bénéficiaire qui accepte l'avantage, l'organisateur et l'organisme de pension. À partir de ce moment, l'organisateur ne peut plus modifier le contrat d'assurance et ne peut plus exercer les droits qui résultent du contrat d'assurance sans l'accord explicite du bénéficiaire qui a accepté l'avantage du contrat d'assurance.

4.5. Avances et mises en gage

Les avances sur prestations, la mise en gage des droits à la pension au titre de sûreté d'un emprunt et l'affectation de la valeur de rachat à la reconstitution d'un emprunt hypothécaire peuvent être autorisées lorsqu'elles sont consenties pour permettre à l'affilié d'acquérir, de construire, d'améliorer, de restaurer ou de transformer des biens immobiliers situés dans un État membre de l'Espace économique européen et productifs de revenus imposables en Belgique ou dans un autre État membre de l'Espace économique européen, et pour autant que les avances et les prêts soient remboursés dès que les biens précités sortent du patrimoine de l'affilié.

4.6. Droit de transfert en cas de cessation du mandat de l'affilié

À la fin du mandat de l'affilié auprès de l'organisateur (pour quelque raison que ce soit), le paiement des contributions est suspendu. Les réserves et prestations sont acquises par l'affilié et le droit au rachat lui est cédé.

À la fin de son mandat, l'affilié a le choix entre les possibilités suivantes :

1° laisser les réserves acquises à l'organisme de pension, et ce, sans modification de l'engagement de pension ;

2° transférer les réserves acquises à un organisme de pension qui assure la gestion des réserves conformément à la législation pour la pension complémentaire des dirigeants d'entreprise.

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

4.7. Rachat

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

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

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

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

5. CESSATION DU PAIEMENT DES PRIMES

Lorsqu'aucun paiement n'est enregistré pendant une période correspondant à une année civile ou que l'organisateur a déclaré cesser le paiement des primes, l'organisme de pension n'enverra plus d'invitations de paiement.

Le contrat d'assurance sera réduit avec maintien du capital décès minimum et des éventuelles garanties complémentaires et utilisation à cet effet de la réserve disponible dans le contrat d'assurance jusqu'à épuisement de celle-ci. La réserve disponible ne dépasse jamais la réserve qui a été constituée dans le contrat d'assurance, compte tenu des montants utilisés.

Au moment de la réduction, cette réserve disponible sera diminuée d'une indemnité de réduction et d'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 qui doit être pris en considération est celui du deuxième mois du trimestre qui précède la date de la réduction.

L'indemnité de réduction correspond à la valeur actuelle des frais annuels pour la gestion générale du contrat d'assurance jusqu'à l'échéance prévue à l'origine, avec un maximum de 0,5 % des primes de réduction. La prime de réduction est égale à la prime prévue contractuellement, moins les frais de production, de promotion et de gestion.

Il peut être mis fin aux éventuelles garanties complémentaires dans un délai de trente jours après l'envoi d'une lettre recommandée adressée à l'organisateur par l'organisme de pension. Dans ce cas, 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 à maintenir le capital minimum en cas de décès, le contrat d'assurance sera annulé. Cette annulation ne produit ses effets qu'à l'expiration d'un délai de trente jours à compter de l'envoi d'une lettre recommandée indiquant les conséquences du défaut de paiement des primes.

Si, entre-temps, l'organisateur a introduit une demande de rachat écrite, l'on applique les dispositions relatives au rachat.

L'éventuel bénéficiaire acceptant sera averti du non-paiement de la prime. Le bénéficiaire acceptant a le droit d'effectuer le paiement de la prime dans le délai de trente jours énoncé au présent point.

6. PAIEMENT DES PRESTATIONS ASSURÉES

6.1. Paiement de la prestation de pension complémentaire

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

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

Information de l'organisme de pension et paiement

Au plus tard 90 jours avant la mise à la retraite de l'affilié, l'organisme de pension est informé par écrit de la mise à la retraite.

S'il s'agit d'un paiement à la demande de l'affilié, ce dernier informera l'organisme de pension par écrit que les conditions au paiement sont remplies.

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

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

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

Calcul de la prestation

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

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

Pour le support de la branche 21, le montant est équivalent à la réserve constituée à la date de calcul susmentionnée, majorée de la participation aux bénéfices acquise.

Pour le support de la branche 23, la valeur des unités du fonds de placement sera déterminée à la première valorisation communiquée au plus tôt le jour bancaire ouvrable suivant la réception de la quittance de règlement par l'organisme de pension, mais pas avant la date de calcul susmentionnée.

L'organisme de pension se réserve le droit de suspendre la valorisation des valeurs d'unités en raison de circonstances exceptionnelles (comme mentionné dans le Règlement de gestion).

6.2. Paiement en cas de décès

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

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

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

Pour le support de la branche 21, cette prestation est équivalente à la réserve constituée, majorée de la participation aux bénéfices acquise à la date du décès.

Pour le support de la branche 23, la valeur des unités du fonds de placement sera déterminée à la première valorisation communiquée au plus tôt le jour bancaire ouvrable suivant la notification à l'organisme de pension du décès, sauf lorsque la valeur des unités déterminée le lendemain du décès est inférieure, auquel cas cette valeur inférieure sera prise en compte.

Dans des circonstances exceptionnelles, telles que définies dans le Règlement de gestion, l'organisme de pension peut suspendre le prélèvement de la valeur des unités.

6.3. Paiement en cas de rachat

En cas de rachat, le contrat d'assurance prend fin au paiement de la valeur de rachat des réserves constituées. En cas de rachat du contrat d'assurance dans le mois suivant une réduction, le montant forfaitaire visé au point 5 est ajouté à la réserve.

La valeur de rachat correspond à 95 % de la réserve concernée, et ce, tant pour la réserve constituée dans le support de la branche 21 que pour celle constituée dans le support de la branche 23.

Ce pourcentage de 95 % s'accroît de 1 % par année au cours des cinq dernières années d'assurance, de manière à atteindre 100 % à la fin de la dernière année.

La valeur de rachat ne peut jamais excéder la réserve d'épargne constituée diminuée de 75 EUR.

Ce montant forfaitaire est indexé en fonction de l'indice santé des prix à la consommation (base 1988 = 100). L'indice qui doit être pris en considération est celui du deuxième mois du trimestre qui précède la date de rachat.

Si l'on a accordé une avance qui n'a pas encore été remboursée à la date de demande de rachat, le montant de l'avance qui n'a pas encore été payé est déduit de la valeur de rachat.

Pour le support de la branche 21, la valeur de rachat est calculée à la date de réception de la demande écrite.

Pour le support de la branche 23, la valeur des unités sera déterminée à la première valorisation communiquée au plus tôt le jour bancaire ouvrable suivant la réception de la demande de rachat par l'organisme de pension. Dans des circonstances exceptionnelles, telles que définies dans le Règlement de gestion, l'organisme de gestion peut suspendre le prélèvement de la valeur des unités.

Le rachat est demandé par le biais d'un courrier daté et signé. Après réception de cette demande, l'organisme de pension invitera la partie exerçant le droit de rachat à lui transmettre les documents suivants:

1. tout document dont l'organisme de pension estimerait la production nécessaire, par exemple une déclaration de l'organisateur concernant l'affectation des réserves ;
2. une quittance de règlement dûment signée.

Dans les trente jours suivant la réception par l'organisme de pension de ces documents, le montant net mentionné sur la quittance de règlement sera versé.

Il est mis un terme au contrat d'assurance au moment de la signature de la quittance de règlement par la partie exerçant le droit de rachat.

6.4. Paiement en cas d'avance

L'affilié peut prélever l'avance selon les modalités figurant dans le contrat d'avance. Une avance ne peut être obtenue que pour le support de la branche 21. Ce n'est donc PAS possible pour le support de la branche 23.

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

L'avance minimale autorisée s'élève à 2.500 EUR pour une avance avec paiement d'intérêts et à 10.000 EUR pour une avance sans paiement d'intérêts.

Après réception de la demande de prélever une avance, l'organisme de pension invitera l'organisateur à lui transmettre les documents suivants:

1. tout document dont l'organisme de pension estimerait la production nécessaire, par exemple une déclaration de l'organisateur concernant l'affectation des réserves ;
2. le contrat d'avance dûment signé.

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

6.5. Dispositions générales en cas de paiement

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

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

7. DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES CONCERNANT LE FONDS DE PLACEMENT DE LA BRANCHE 23

7.1. Frais de gestion du fonds de placement

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 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 de placement. L'organisme de pension se réserve le droit de revoir l'indemnité de gestion, comme décrit dans le Règlement de Gestion.

7.2. Valorisation du fonds de placement

L'organisme de pension fixe la valeur d'inventaire à chaque valorisation sur la base de la valeur nette d'inventaire des composants du fonds de la veille.

L'organisme de pension est autorisé à suspendre provisoirement le calcul de la valeur des unités, et par conséquent 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 de placement 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 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 obligations, ne peut pas en disposer normalement ou sans porter gravement préjudice aux intérêts des organisateurs ou des bénéficiaires du fonds ;
- 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 prélèvement substantiel du fonds, supérieur à 80 % de la valeur du fonds ou supérieur à 1,25 million EUR.

Si cette suspension se prolonge, l'organisme de pension informera les organisateurs par 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.

7.3. Liquidation ou fusion d'un fonds de placement

La compagnie se réserve le droit de liquider ou de fusionner un ou plusieurs fonds internes, comme décrit dans le Règlement de gestion.

Le cas échéant, vous aurez la possibilité, sous réserve des conditions qui vous seront communiquées à ce moment-là et moyennant les éventuels prélèvements fiscaux, de soit transférer la valeur d'inventaire de ce fonds interne vers le support de la branche 21 ou vers un autre ou plusieurs autres fonds internes que nous vous proposons soit de la récupérer, et ce sans frais.

Chapitre 5. Garantie en cas de décès

8. GARANTIE À L'ÉCHELLE MONDIALE

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

9. RISQUES EXCLUS

Dans le cas des risques exclus énoncés dans cette disposition, l'organisme de pension verse la réserve d'épargne constituée, calculée le jour du décès. L'organisme de pension ne versera cependant aucun montant au bénéficiaire qui a causé intentionnellement le décès de l'affilié ou qui en a été l'instigateur.

9.1. Suicide de l'affilié

Le suicide de l'affilié n'est garanti que s'il a lieu après la première année suivant la prise d'effet du contrat d'assurance ou la remise en vigueur du contrat d'assurance. À chaque augmentation des prestations assurées en cas de décès, le suicide n'est couvert que s'il se produit après la première année suivant la date de prise d'effet des nouvelles Conditions particulières ou de l'avenant d'augmentation.

9.2. Fait intentionnel

Le décès de l'affilié provoqué par un acte intentionnel ou à l'instigation d'une personne qui a intérêt à la prestation n'est pas garanti.

Le fait intentionnel est un acte posé dans le but d'infliger des lésions graves à l'affilié. Si le bénéficiaire n'a été désigné que pour une partie de la prestation assurée, cette disposition s'applique uniquement à la partie correspondante du contrat d'assurance.

9.3. Aviation

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

- qui ne dispose pas d'une autorisation de voler pour le transport de personnes ou de biens ;
- d'une armée de l'air, le décès étant toutefois couvert s'il s'agit d'un appareil affecté au moment de l'accident au transport de personnes ;
- qui transporte des produits à caractère stratégique dans des régions où des hostilités ou rébellions sont en cours ;
- qui se prépare ou participe à une compétition sportive ;
- qui effectue des vols d'essai ;
- du type « ultra léger motorisé ».

9.4. Émeutes

Aucune couverture n'est accordée pour le décès résultant d'émeutes, de troubles civils, de tout acte de violence collectif, d'inspiration politique, idéologique ou sociale, accompagné ou non de rébellion contre l'autorité ou tout pouvoir institué, si l'affilié y a pris une part active et volontaire.

9.5. Guerre

Aucune garantie n'est accordée pour le décès causé par une guerre ou des faits semblables, ou par une guerre civile. Cette exclusion est élargie à tout décès, quelle qu'en soit la cause, lorsque l'affilié participe activement aux hostilités. Ce risque peut toutefois être garanti par le biais d'une convention spéciale, moyennant justification par les circonstances et consentement de l'Autorité des services et marchés financiers (FSMA).

Chapitre 6. Clauses spéciales

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

10. ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE ACCIDENTS

10.1. Garanties

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

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

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

10.2. Limites des garanties

L'assurance ne garantit pas :

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

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

Sont considérés comme faute grave :

- tout acte commis intentionnellement ou avec le consentement de l'affilié, de l'organisateur, du bénéficiaire ou d'une autre personne ayant un intérêt au versement des prestations ;
- toute participation à des délits ou bagarres, étant ou non la conséquence d'un comportement provocateur ou d'une querelle, à l'exception des cas de légitime défense ;
- des actes notoirement téméraires qui n'ont pas pour objet de sauver des personnes ou des biens ; toute mutilation ou traitement que l'affilié appliquerait sur lui-même, sauf les traitements normaux d'hygiène personnelle ;
- toute forme d'intoxication alcoolique ainsi que l'abus de stupéfiants ou de médicaments, s'il existe un lien de cause à effet entre cet état et le sinistre.

L'assurance ne couvre pas les accidents :

- a. rendus possibles par la guerre ou une situation y assimilée ;
- b. qui sont directement ou indirectement la conséquence d'une émeute ou d'actes de violence, sauf s'il peut être prouvé que l'affilié n'y participait pas activement ou qu'il se trouvait en état de légitime défense ;
- c. qui sont la conséquence d'une catastrophe due à la radioactivité nucléaire ;
- d. survenant pendant ou à la suite d'un traitement médical ou chirurgical, à moins que ce dernier ne soit consécutif à un accident assuré ;
- e. provoqués par l'abus chronique d'alcool, de stupéfiants ou de médicaments, de toute forme de toxicomanie ou d'alcoolisme ;
- f. provoqués par des travaux en hauteur (plus de 15 mètres).

10.3. Extensions de la garantie

a. Euthanasie

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

b. Risques particuliers

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

1. l'utilisation de machines, autres que les appareils ménagers et de bricolage habituels ;
2. des activités professionnelles manifestement dangereuses, comme par exemple, sans être toutefois limitatif, des travaux de construction ou de démolition, la descente dans des mines ou carrières, tous travaux sur ou sous l'eau, l'utilisation ou le traitement de produits corrosifs et l'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.

10.4. Restrictions des indemnisations

Lors de l'établissement du degré d'invalidité, il sera à tout le moins procédé à la déduction du pourcentage d'invalidité résultant de maladies, d'états morbides ou d'invalidités antérieures à l'accident.

Lorsque le degré d'invalidité permanente peut être réduit grâce à une intervention chirurgicale, un traitement spécial ou la pose d'une prothèse et que l'assuré refuse de s'y soumettre, l'organisme de pension peut limiter la prestation à concurrence du préjudice qu'elle a subi.

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

10.5. Garantie territoriale

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

10.6. Obligations

§1^{er}. En cas d'accident

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

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

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

L'affilié, l'organisateur ou le bénéficiaire est tenu, dans les huit jours, de faire part à l'organisme de pension, par lettre recommandée, de tout accident pouvant entraîner une invalidité totale et permanente. Cette déclaration devra être accompagnée d'un certificat médical détaillé du médecin traitant et délivré par l'affilié au médecin-conseil. La déclaration sera encore acceptée si, pour un motif valable, elle est faite passé ce délai, à condition qu'elle se fasse au plus tard un an après l'accident.

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

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

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

10.7. Durée de l'assurance

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

11. ASSURANCES COMPLÉMENTAIRES INCAPACITÉ DE TRAVAIL I1 ET/OU I2

11.1. Garanties

Restitution de prime I1

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

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

Rente annuelle I2

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

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

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

Maladie

Une maladie est toute atteinte à la santé autre que celle découlant d'un accident, constatée par un médecin légalement autorisé à exercer sa profession en Belgique.

Accident

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

Incapacité de travail

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

Délai de carence

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

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

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

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

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

Le degré de l'incapacité physiologique ne peut être déterminé qu'en Belgique. Il est déterminé par décision médicale conformément au Guide barème européen d'évaluation médicale des atteintes à l'intégrité physique et psychique.

Le degré d'incapacité de travail est également déterminé par les médecins concernés, durant la première année d'incapacité de travail, proportionnellement à la perte de l'aptitude physique ou psychique de l'affilié pour l'exercice des activités professionnelles de l'affilié mentionnées dans les Conditions particulières du contrat d'assurance. À partir de la deuxième année, le degré d'incapacité de travail sera exclusivement déterminé proportionnellement à la perte de l'aptitude physique ou psychique de l'affilié pour l'exercice de n'importe quelle activité professionnelle correspondant à sa situation sociale, ses connaissances et ses aptitudes. Il est tout à fait indépendant de n'importe quel autre critère économique.

11.2. Délai de carence

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

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

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

11.3. Versement des prestations assurées

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

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

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

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

La rente est payable mensuellement, et pour la première fois trente jours après l'expiration du délai de carence. La prestation prend fin avec un règlement au prorata en fonction du nombre de jours civils donnant droit à une prestation à la fin de la période d'incapacité de travail, et au plus tard à l'expiration du contrat d'assurance ou lors de l'annulation de la police. Dans tous les cas, le droit à la prestation s'éteint dès que l'affilié reçoit une pension légale, même si les droits à la pension proprement dits ont été suspendus temporairement pour quelque motif que ce soit.

11.4. Limitation des garanties

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

Sont considérés comme faute grave :

- tout acte commis intentionnellement ou avec le consentement de l'affilié, de l'organisateur, du bénéficiaire ou d'une autre personne ayant un intérêt au versement des prestations ;
- toute participation à des délits ou bagarres, étant ou non la conséquence d'un comportement provocateur ou d'une querelle, à l'exception des cas de légitime défense ;
- des actes notoirement téméraires qui n'ont pas pour objet de sauver des personnes ou des biens ; toute mutilation ou traitement que l'affilié appliquerait sur lui-même, sauf les traitements normaux d'hygiène personnelle ;
- toute forme d'intoxication alcoolique ainsi que l'abus de stupéfiants ou de médicaments, s'il existe un lien de cause à effet entre cet état et le sinistre.

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

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

La liste limitative suivante d'affections psychiques est couverte si le diagnostic a été établi par un psychiatre reconnu en Belgique et répond aux critères établis dans le « Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition » (= DSM-V) ou ses versions ultérieures :

- dépression majeure ;
- trouble bipolaire ;
- trouble psychotique ;
- schizophrénie ;
- troubles d'anxiété généralisés ;
- trouble dissociatif ;
- trouble obsessionnel-compulsif ;
- anorexie ;
- boulimie nerveuse.

En cas d'incapacité de travail de l'affilié due à un SFC (syndrome de fatigue chronique) ou une fibromyalgie, la rente sera versée pendant 700 jours maximum, de manière cumulative sur la durée du contrat d'assurance.

- des interventions esthétiques, de quelque nature que ce soit ;
- une catastrophe due à la radioactivité nucléaire ;
- la guerre ou une situation y assimilée ;
- une émeute ou des actes de violence (directement ou indirectement), sauf s'il peut être prouvé que l'assuré n'y participait pas activement ou qu'il se trouvait en état de légitime défense ;
- la manipulation d'armes ou d'explosifs, ou la participation à des activités militaires ;
- l'abus d'alcool, de stupéfiants ou de médicaments, toute forme de toxicomanie ou d'alcoolisme ;
- des travaux en hauteur (plus de 15 mètres).

11.5. Extensions de la garantie

a. Grossesse et accouchement

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

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

Grossesse pathologique

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

Travaux insalubres

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

- des activités avec des substances chimiques ;
- des activités avec des agents infectieux ;
- des activités avec des radiations ionisantes ;
- des activités avec des cytostatiques (p. ex. des moyens de lutte contre le cancer) ;
- des activités nécessitant de soulever des charges ;
- des activités dans des températures élevées ;
- des activités impliquant un travail de nuit.

b. Risques particuliers

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

1. des activités professionnelles manifestement dangereuses, comme par exemple sans être toutefois limitatif, des travaux de construction ou de démolition, la descente dans des mines ou carrières, tous travaux sur ou sous l'eau, l'utilisation ou le traitement de produits corrosifs et l'élagage ou l'abattage d'arbres de haute futaie ;
2. l'usage d'un moyen de transport aérien autrement que comme passager payant dans un avion ou hélicoptère aménagé pour transporter des personnes ;
3. l'exercice rémunéré d'une discipline sportive quelconque, en ce compris les entraînements ;
4. la pratique de tous sports de combat et autres sports dangereux, comme par exemple sans être toutefois limitatif: l'aéronautique ou le vol à voile, le deltaplane, les sauts en altitude, l'alpinisme, le bobsleigh, le skeleton, le saut à ski, le ski de compétition, le saut d'obstacles à cheval et les courses de chevaux, le polo, la spéléologie, les explorations sous-marines, la plongée sous-marine, le rafting, le rugby, la chasse ;
5. l'usage comme conducteur, passager ou membre de l'équipage de chaque véhicule de toute nature, qui participe à (la préparation) des compétitions, des manifestations ou des épreuves sportives.

11.6. Détermination des indemnités

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

L'affilié est réputé accepter ces bases comme étant exactes à moins qu'il ne fasse connaître ses objections motivées dans les trente jours après avoir pris connaissance de la communication faite par l'organisme de pension.

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

11.7. Garantie territoriale

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

11.8. Déclaration

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

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

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

Obligation de notification

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

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

Conséquences de la cessation de l'activité professionnelle

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

Dès que l'*affilié* reçoit une pension légale, l'assurance prend fin, même si les droits à la pension proprement dits ont été suspendus temporairement pour quelque motif que ce soit.

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

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

Lorsqu'un sinistre se produit avant que l'*affilié* ou l'*organisateur* n'ait déclaré une diminution du revenu, l'*organisme de pension* peut adapter la rente garantie conformément au point 11.3.

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

11.10. Durée de l'assurance

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

1. L'assurance prend fin au plus tard à l'âge légal de la pension de l'*affilié*.
2. L'assurance peut être résiliée à tout moment indépendamment de l'assurance principale.
3. L'*organisme de pension* peut uniquement résilier le contrat :
 - en cas de défaut de paiement de la prime ;
 - lorsque l'*affilié* a définitivement établi sa résidence principale légale à l'étranger ;

- en cas de surassurance, pour autant que l'affilié ne bénéficie pas d'une rente d'invalidité ;
- en cas de condamnation de l'organisateur ou de l'affilié à une peine de privation de liberté pour infraction intentionnelle ;
- en cas de faillite, concordat ou liquidation judiciaire de l'organisateur ou de l'affilié, ou lorsque l'un d'entre eux est mis sous curatelle.

La résiliation ne prendra effet qu'à l'expiration d'un délai de trente jours au minimum, à compter du lendemain de la remise à la poste de la lettre recommandée comme mentionnée au point 5.

4. De plus, l'assurance prend fin de plein droit :

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

Elle n'a pas de valeur de rachat.

11.11. Suivi médical

Toutes les mesures permettant de hâter la guérison doivent être prises immédiatement. L'affilié invitera le médecin qu'il aura choisi, chaque fois que cela s'avérera nécessaire, à fournir les déclarations médicales nécessaires à l'exécution du présent contrat d'assurance.

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

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

11.12. Autres assurances

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

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

Déclarations lors de la conclusion du contrat

L'*organisateur* et l'*affilié* ont l'obligation, lors de la souscription du contrat, de déclarer avec précision toutes les circonstances dont ils ont connaissance et qu'ils doivent raisonnablement considérer comme des informations susceptibles d'influencer l'appréciation du risque par l'*organisme de pension*. S'il n'est pas répondu à certaines questions écrites de l'*organisme de pension* et si ce dernier a néanmoins conclu le contrat, il ne peut, hormis le cas de fraude, se prévaloir ultérieurement de cette omission.

Omissions ou inexactitudes intentionnelles

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

Omissions ou inexactitudes non intentionnelles

L'*organisme de pension* ne peut invoquer une omission ou une inexactitude non intentionnelle des données lorsque ces données concernent une *maladie* ou affection qui, au moment de la souscription du contrat, ne s'était manifestée d'aucune façon.

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

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

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

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

11.14. Poursuite à titre individuel

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

Conditions d'accès

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

Délais à respecter

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

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

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

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

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

Garanties et tarif

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

Possibilité de préfinancer la prime pour la poursuite à titre individuel

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

12. DISPOSITIONS COMMUNES ASSURANCES COMPLÉMENTAIRES

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

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

12.2. Déchéance des droits

Il y a déchéance de droits, et l'organisme de pension est autorisé à réclamer le remboursement des prestations versées indûment et des frais exposés :

1. lorsque les suites d'une maladie ou d'un accident se trouvent aggravées du fait intentionnel ou avec le consentement de l'organisateur, de l'affilié ou de toute autre personne ayant un intérêt à la prestation ou dans le cas où un traitement médical prescrit n'a pas été suivi ;
2. lorsque l'affilié ou l'organisateur n'a pas respecté les obligations contractuelles qui lui sont imposées par le point 11.8 des présentes conditions et que cette omission cause un préjudice à l'organisme de pension, ce dernier peut réduire ses prestations jusqu'à concurrence du préjudice subi.

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

Si l'affilié ou l'organisateur n'a pas respecté l'obligation contractuelle du point 11.12 dans une intention frauduleuse, le contrat d'assurance est nul et non avenue. Le cas échéant, l'organisme de pension a le droit de garder les primes encaissées à titre d'indemnité, à condition qu'il agisse de bonne foi.

12.3. Modification des conditions et du tarif

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

12.4. Conditions générales de l'assurance principale

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

12.5. Litige

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

Chapitre 7. 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 8. Juridiction, droit applicable et dispositions fiscales

13. JURIDICTION

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

14. DROIT APPLICABLE ET DISPOSITIONS FISCALES

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

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

14.1. Primes

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

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

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

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

14.2. Prestations

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

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

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

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

Chapitre 9. Communications

15. NOTIFICATIONS

L'organisme de pension transmet une fois par un à l'affilié une fiche de pension l'informant de la situation de son contrat.

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

16. RESIDENCE

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

17. MODIFICATION DES BENEFICIAIRE(S) EFFECTIF(S) OU DES MANDATAIRE(S) DE LA PERSONNE MORALE

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

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

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

Pour les sociétés, sont considérés comme bénéficiaires effectifs :

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

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

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

18. 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.