



Convention de Pension pour Travailleurs Indépendants

Conditions générales

TABLE DES MATIERES

CHAPITRE 1. DÉFINITIONS ET NOTIONS	3
CHAPITRE 2. ÉLÉMENTS DU PRÉSENT CONTRAT D'ASSURANCE	5
CHAPITRE 3. FONCTIONNEMENT DU PRÉSENT CONTRAT D'ASSURANCE	5
1. GARANTIE DE L'ASSURANCE	5
2. DATE DE PRISE D'EFFET ET FIN DU CONTRAT D'ASSURANCE	7
3. PAIEMENT DES PRIMES	7
4. DELAI DE REFLEXION	8
5. ATTRIBUTION BENEFICIAIRE	8
6. MODIFICATION DU CONTRAT D'ASSURANCE	8
7. TRANSFERT DES RESERVES	8
8. REMISE EN VIGUEUR	9
9. CHOIX ET MODIFICATION DE LA REPARTITION DE LA PRIME	9
10. TRANSFERT DE RESERVES DANS LE CONTRAT	9
11. AVANCES ET MISES EN GAGE	10
12. RACHAT	11
13. CESSATION DU PAIEMENT DES PRIMES	11
14. PAIEMENT DES PRESTATIONS ASSUREES	11
15. DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES CONCERNANT LES FONDS DE PLACEMENT DE LA BRANCHE 23	14
CHAPITRE 4. GARANTIE EN CAS DE DÉCÈS	15
16. GARANTIE MONDIALE	15
17. RISQUES EXCLUES	15
CHAPITRE 5. CLAUSES SPECIALES	16
18. ASSURANCE COMPLEMENTAIRE ACCIDENTS	16
19. ASSURANCES COMPLEMENTAIRES INCAPACITE DE TRAVAIL I1 ET/OU I2	19
20. DISPOSITIONS GENERALES RELATIVES AUX ASSURANCES COMPLEMENTAIRES	25
CHAPITRE 6. TERRORISME	26
CHAPITRE 7. JURIDICTION, DROIT APPLICABLE ET DISPOSITIONS FISCALES	26
21. JURIDICTION	26
22. DROIT APPLICABLE ET DISPOSITIONS FISCALES	26
CHAPITRE 8. COMMUNICATIONS	27
23. NOTIFICATIONS	27
24. RESIDENCE	27
25. PERSONNES POLITIQUEMENT EXPOSEES	27
MENTIONS LÉGALES	28

Chapitre 1. Définitions et notions

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 ou d'assureur dans la convention de pension ainsi que dans d'autres documents et dans la correspondance.

Convention de pension

La convention en matière de pension complémentaire stipulant les droits et obligations de l'affilié, de ses ayants droit ainsi que de l'organisme de pension.

Le preneur d'assurance souscrit à cet effet un contrat d'assurance auprès de l'organisme de pension dont il est lui-même l'assuré et le bénéficiaire en cas de vie.

Preneur d'assurance (= l'affilié)

L'indépendant, le conjoint aidant et l'aidant qui concluent la convention de pension conformément à la législation relative aux Pensions Complémentaires pour Indépendants personnes physiques ainsi que l'ancien indépendant, conjoint aidant et aidant qui continuent à bénéficier des droits actuels ou différés conformément à la Convention de pension.

Le preneur d'assurance porte également le nom d'affilié dans la Convention de pension ainsi que dans d'autres documents et dans la correspondance.

Assuré

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

Bénéficiaire en cas de vie

La personne qui a droit à la prestation de pension complémentaire ou les réserves acquises en cas de vie de l'assuré à l'âge de la pension.

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 (= le preneur d'assurance) à la date d'expiration de la convention de pension telle que définie 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 la convention 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.

Réserves acquises

Les réserves constituées auxquelles l'affilié (= le preneur d'assurance) a droit à un moment donné conformément à la convention de pension.

Prestations acquises

Les prestations que l'affilié (= le preneur d'assurance) peut réclamer à l'âge de retraite conformément à la convention de pension lorsqu'il laisse ses réserves acquises auprès de l'organisme de pension sans nouveaux paiements de primes.

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.

La **participation bénéficiaire attribuée** peut, au choix du preneur d'assurance, être investie dans la branche 21 ou 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 complémentaire accidents et/ou une assurance complémentaire incapacité de travail.

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

Les garanties choisies sont stipulées dans les Conditions particulières.

Les Conditions générales et particulières et la fiche d'info financière forment le **contrat d'assurance**.

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, 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.

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

Chapitre 3. Fonctionnement du présent contrat d'assurance

1. GARANTIE DE L'ASSURANCE

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

Le montant qui est composé par la capitalisation des primes nettes au taux d'intérêt garanti applicable au moment de la réception du versement.

Les primes nettes correspondent aux primes payées (hors les primes pour les assurances complémentaires), après déduction des frais d'entrée.

Le preneur d'assurance peut, pendant la durée du contrat d'assurance, choisir d'investir l'intégralité des primes nettes futures à un autre taux d'intérêt garanti 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. 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 le preneur d'assurance.

1.3. Participation bénéficiaire

§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 être modifiées pendant la durée du contrat d'assurance. 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, le droit à la participation bénéficiaire s'éteint pour la réserve correspondant au montant de l'avance ou de l'affectation en gage.

Dans le support de la branche 21 le preneur d'assurance peut faire son choix parmi les tarifs suivants :

- **Capiplan** : la participation bénéficiaire attribuée est capitalisée au taux d'intérêt garanti en vigueur 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 du preneur d'assurance.
La valeur d'inventaire pour la conversion de cette participation bénéficiaire en unités du fonds choisi est fixée au 1^{er} février ou au premier jour ouvrable bancaire 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'assuré à l'âge de la pension, le bénéficiaire en cas de vie 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'assuré 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) en cas de décès reçoit(ven)t 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 bénéficiaire 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 14.2.

1.6. Réserves acquises et prestations acquises

Les **réserves acquises** correspondent à tout moment au montant composé par la capitalisation des primes nettes (incluant les transferts éventuels de réserves) versées au moment de la date de calcul, au(x) taux d'intérêt garanti(s) applicable(s), augmenté de la participation bénéficiaire et diminué du coût pour la garantie décès, sous déduction des frais de gestion annuels imputés par l'organisme de pension.

Les **prestations acquises** correspondent à tout moment aux prestations composées par la capitalisation des réserves acquises jusqu'à l'âge de la pension, au(x) taux d'intérêt garanti(s) applicable(s).

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

Le contrat d'assurance prend effet à la date de prise d'effet renseignée dans les Conditions particulières, mais après signature du contrat par les parties concernées et réception du premier paiement de prime.

Dès sa prise d'effet, le contrat d'assurance est incontestable, sauf en cas de fraude, sous réserve des dispositions pour les assurances complémentaires incapacité de travail I1 et/ou I2 relatives à la communication du risque par le preneur d'assurance et l'assuré (voir point 19.14).

Le contrat d'assurance prend fin :

- de plein droit lors de la mise à la retraite de l'assuré;
- 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'assuré.

3. PAIEMENT DES PRIMES

Le preneur d'assurance est invité à payer les primes aux dates fixées dans les Conditions particulières. Il peut effectuer les versements supplémentaires dans les limites fixées par la législation relative aux Pensions Complémentaires pour Indépendants personnes physiques. Le preneur d'assurance ne peut en aucun cas être obligé à effectuer les versements. Le paiement se fait à l'un des comptes financiers 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.

L'organisme de pension se réserve le droit de fixer un montant minimum tant pour les primes que pour les versements supplémentaires.

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.

4. DELAI DE REFLEXION

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

Dans les deux cas, la résiliation doit se faire par lettre recommandée, par exploit d'huissier ou par remise de la lettre de résiliation contre récépissé. La date de la poste, de la notification ou la date mentionnée sur le récépissé fait foi de date de résiliation. Le cas échéant, le preneur d'assurance devra renvoyer à l'organisme de pension l'exemplaire de la police 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 versées, déduction faite des sommes éventuellement consommées pour la couverture du 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.

5. ATTRIBUTION BENEFICIAIRE

Le preneur d'assurance peut désigner librement le(s) bénéficiaire(s) du contrat d'assurance, hormis le bénéficiaire en cas de vie qui se trouve être dans tous les cas le preneur d'assurance. Il peut, à tout moment, modifier cette désignation tant que le bénéfice n'a pas été accepté, au moyen d'une lettre datée et signée.

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

6. MODIFICATION DU CONTRAT D'ASSURANCE

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

A tout moment, le preneur d'assurance peut demander à l'organisme de pension de modifier les prestations assurées de sa couverture décès. Une augmentation du capital-décès peut être soumise au résultat favorable d'un nouvel examen du risque. En cas d'accord, l'organisme de pension acte cette modification par l'établissement d'un avenant.

La modification entre en vigueur à la date mentionnée dans cet avenant, et de la réception de la prime modifiée. L'augmentation des prestations assurées peut être soumise aux conditions qui sont d'application au moment de l'adaptation.

7. TRANSFERT DES RESERVES

S'il a souscrit un contrat d'assurance conforme à la législation relative aux Pensions Complémentaires pour Indépendants personnes physiques auprès d'une autre entreprise d'assurances, le preneur d'assurance a le droit de transférer les réserves acquises vers ce nouveau contrat d'assurance. Toutefois, ce transfert est limité à la partie des réserves qui ne fait pas l'objet d'une avance ou d'une mise en gage ou qui n'a pas été affectée à la reconstitution d'un crédit hypothécaire.

Dans ce cas, l'organisme de pension doit communiquer le montant des réserves acquises dans les trente jours de la demande.

8. REMISE EN VIGUEUR

Après le rachat du contrat d'assurance en vue du transfert des réserves et le paiement de la valeur de rachat, le preneur d'assurance peut remettre en vigueur le contrat d'assurance après avoir adressé une lettre datée et signée à l'organisme de pension dans les 3 mois suivant le paiement de la valeur de rachat et moyennant remboursement de la valeur de rachat.

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

La remise en vigueur ne peut avoir trait qu'au support de la branche 21. La partie constituée dans les fonds de placement (support de la branche 23) 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.

L'organisme de pension peut faire dépendre la possibilité de la remise en vigueur du contrat d'assurance de la sélection de risques en vigueur à ce moment-là. Les frais d'un examen médical éventuel sont à charge du preneur d'assurance.

9. CHOIX ET MODIFICATION DE LA REPARTITION 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 10 concernant le transfert de réserves).

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

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.

10. TRANSFERT DE RESERVES DANS LE CONTRAT

10.1. Transfert de la réserve constituée dans le support de la branche 23

Le preneur d'assurance 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 du preneur d'assurance et du/des bénéficiaire(s) 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

Le preneur d'assurance 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 le preneur d'assurance et d'une copie de la carte d'identité du preneur d'assurance.

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

Le preneur d'assurance 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 le preneur d'assurance et d'une copie de la carte d'identité du preneur d'assurance.

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

Le preneur d'assurance 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.

10.2 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

Le preneur d'assurance 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 le preneur d'assurance et d'une copie de la carte d'identité du preneur d'assurance.

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.

11.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.

12. RACHAT

Il n'est pas autorisé d'autres rachats que ceux autorisés par la loi à l'occasion d'un transfert de réserves vers une autre entreprise d'assurances ou à l'occasion du prélèvement d'une avance, d'une mise en gage ou de la reconstitution d'un crédit hypothécaire.

En cas de rachat, il est mis fin au contrat d'assurance.

13. CESSATION DU PAIEMENT DES PRIMES

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

Dans les cas décrits ci-dessus le contrat sera réduit en maintenant le capital minimum en cas de décès et les assurances complémentaires en y affectant la réserve disponible du contrat, jusqu'à épuisement de celle-ci. Il convient d'entendre par la réserve disponible, la réserve constituée auprès de l'organisme de pension, compte tenu des sommes utilisées.

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 à prendre en considération est celui du 2ème mois du trimestre précédant la date de la réduction.

L'indemnité de réduction est égale à la valeur actuelle des frais annuels de gestion générale du contrat jusqu'à la date finale du contrat initialement prévue, limitée à 0,5% de la valeur actuelle des primes de réduction. La prime de réduction est la prime prévue contractuellement, diminuée des frais de production, promotion et gestion.

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

Si la réserve d'épargne totale ne suffit pas pour maintenir le capital minimum en cas de décès, le contrat sera annulé. Cette annulation ne sort ses effets qu'à l'expiration d'un délai de 30 jours à dater de l'envoi d'une lettre recommandée indiquant les conséquences du non-paiement des primes.

Si le preneur d'assurance a entre-temps demandé le rachat par écrit, les dispositions relatives au rachat seront d'application.

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.

14. PAIEMENT DES PRESTATIONS ASSUREES

14.1. 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'assuré.

Si la mise à la retraite est postérieure à la date où l'assuré 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'assuré, 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'assuré, 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'assuré, ce dernier informera l'organisme de pension par écrit que les conditions au paiement sont remplies.

L'organisme de pension invitera le bénéficiaire en cas de vie à lui transmettre les documents suivants :

1. une copie de la carte d'identité du bénéficiaire en cas de vie ;
2. tout document dont l'organisme de pension estime la production nécessaire au 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'assuré.

S'il s'agit d'un paiement à la demande du preneur d'assurance, 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 suite à des circonstances exceptionnelles (comme décrit au Règlement de gestion).

14.2. 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. un extrait officiel de l'acte de décès ;
2. une copie de la carte d'identité du/des bénéficiaire(s) en cas de décès, lorsqu'ils sont désignés nominativement 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'ont pas été désignés nominativement dans le contrat ;
3. toute pièce dont l'organisme de pension juge la production nécessaire au traitement du dossier, tel par exemple un formulaire établi par l'organisme de pension et dûment rempli par le médecin qui a traité l'assuré pendant sa dernière maladie et/ou lors de son décès, et établissant la cause 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.

14.3. Paiement en cas de rachat des réserves

En cas de rachat, le contrat d'assurance prend fin par le 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 13 est ajouté à la réserve.

Tant pour la réserve constituée dans le support de la branche 21 que pour la réserve constituée dans le support de la branche 23, la valeur de rachat correspond à 95% du montant de la réserve concernée. Ce pourcentage s'accroît annuellement de 1 % au cours des cinq dernières années, afin d'atteindre 100 % au terme de la dernière année d'assurance.

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

Si une avance qui n'a pas encore été remboursée au moment de la demande de rachat est accordée, le montant à rembourser dans le cadre de l'avance sera 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 pension peut suspendre le retrait de la valeur des unités.

Le preneur d'assurance demande le rachat par le biais d'une lettre datée et signée par lui. Après réception de cette demande, l'organisme de pension invitera le preneur d'assurance à lui transmettre les documents suivants :

1. une copie de la carte d'identité du preneur ;
2. tout autre document dont l'organisme de pension estimerait la production nécessaire, par exemple une déclaration du preneur d'assurance concernant l'affectation des réserves ;
3. une quittance de règlement dûment signée.

Dans les 30 jours suivant la réception de ces documents par l'organisme de pension, celui-ci versera le montant net indiqué sur la quittance de règlement. Il est mis un terme au contrat d'assurance au moment de la signature de la quittance de règlement.

14.4 Paiement en cas d'avance

Le preneur d'assurance 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 prélèvement d'une avance, l'organisme de pension invitera le preneur d'assurance à lui faire parvenir les documents suivants :

1. une copie de la carte d'identité du preneur d'assurance ;
2. tout autre document dont l'organisme de pension estimerait la production nécessaire, par exemple une déclaration du preneur d'assurance concernant l'affectation des réserves ;
3. le contrat d'avance, dûment signé.

Le montant net de l'avance sera versé dans les 30 jours suivant la réception de ces documents par l'organisme de pension.

14.5. Dispositions générales en cas de paiement

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

15. DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES CONCERNANT LES FONDS DE PLACEMENT DE LA BRANCHE 23

15.1. Frais de gestion

Le détail de l'indemnité de gestion, de même que les frais susceptibles de découler de la gestion du fonds, tels que les frais de garde de titres, les frais administratifs, les 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.

15.2. Valorisation du fonds de placement

L'organisme de pension fixe la valeur d'inventaire à chaque date de valorisation sur la base de la valeur nette d'inventaire des composants du fonds du jour ouvrable bancaire précédent.

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 coté(e) ou négocié(e) 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 pas évaluer correctement les avoirs et/ou engagements, ne peut pas en disposer normalement ou ne peut pas le faire sans porter gravement préjudice aux intérêts des preneurs d'assurance 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 preneurs d'assurance par la presse ou tout autre moyen de communication jugé approprié. Les opérations ainsi suspendues seront effectuées au plus tard le septième jour ouvrable bancaire après la fin de cette suspension.

15.3. Liquidation ou fusion d'un fonds de placement

L'organisme de pension se réserve le droit de liquider ou de fusionner un ou plusieurs fonds internes, comme décrit dans le Règlement de gestion.

Le cas échéant, le preneur d'assurance aura la possibilité, sous réserve des conditions qui lui auront été 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 lui proposons soit de la récupérer, et ce sans frais.

Chapitre 4. Garantie en cas de décès

16. GARANTIE MONDIALE

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

17. RISQUES EXCLUES

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

17.1. Suicide de l'assuré

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

Pour la remise en vigueur et l'augmentation des prestations, cette exclusion ne porte que sur la partie des prestations faisant l'objet de la remise en vigueur ou de l'augmentation.

17.2. Fait intentionnel

Le décès de l'assuré résultant du fait intentionnel ou de l'instigation d'un bénéficiaire quelconque, n'est pas couvert. Un fait intentionnel est un fait posé avec l'intention de causer des dommages corporels à l'assuré. Dans ce cas, le(s) bénéficiaire(s) ayant délibérément causé le décès de l'assuré ou qui y a (ont) instigué, perd(ent) tous leurs droits aux prestations assurées, qui le cas échéant reviendront au(x) co-bénéficiaire(s), ou, à défaut au(x) bénéficiaire(s) subsidiaire(s) conformément à l'ordre mentionné aux Conditions particulières et, à défaut, à la succession du preneur d'assurance.

17.3. Navigation aérienne

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

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

17.4. Emeutes

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

17.5. Guerre

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

Chapitre 5. Clauses spéciales

Les articles du présent chapitre sont uniquement d'application si les prestations d'assurance y déterminées sont expressément stipulées dans les garanties mentionnées aux Conditions particulières. En outre, les modalités et les clauses y reprises s'appliqueront à ces garanties.

18. ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE ACCIDENTS

18.1. Garanties

L'organisme de pension s'engage à allouer les prestations assurées prévues aux Conditions particulières en cas d'accident corporel frappant l'assuré. Par accident, il faut entendre exclusivement tout événement soudain et anormal ayant pour cause une force extérieure.

Pour autant que le décès de l'assuré résulte directement de l'accident et survienne dans les douze mois suivant l'accident, l'organisme de pension paie au bénéficiaire la prestation assurée en cas de décès.

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

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

18.2. Limites de la garantie

L'assurance ne couvre pas:

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

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

Sont considérés comme faute grave :

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

L'assurance ne couvre pas les accidents :

- a. rendus possibles par la guerre ou un état qui en fait s'y assimile;
- b. qui sont directement ou indirectement la conséquence d'une émeute ou d'actes de violence, sauf s'il peut être prouvé que l'assuré n'y participait pas activement ou qu'il se trouvait en état de légitime défense;

- c. suite à une catastrophe due à la radioactivité nucléaire;
- d. pendant ou suite à un traitement médical ou chirurgical, à moins que ce dernier ne soit consécutif à un accident assuré;
- e. causés par l'abus d'alcool, de stupéfiants ou de médicaments, toute forme de toxicomanie ou d'alcoolisme ;
- f. provoqués par des travaux en hauteur (plus de 15 mètres).

18.3. Extensions de la garantie

a. Euthanasie

L'assurance couvre le décès de l'assuré suite à une euthanasie pratiquée à cause d'une affection grave et incurable qui est la conséquence directe d'un accident couvert par ce contrat 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'usage de machines, autres que les appareils usuels ménagers et les appareils de bricolage utilisés à des fins non professionnelles ;
2. des activités professionnelles manifestement dangereuses, comme par exemple, sans être toutefois limitatif, des travaux de construction ou de démolition, la descente dans des mines ou carrières, tous travaux sur ou sous l'eau, l'utilisation ou le traitement de produits corrosifs et l'élagage ou l'abattage d'arbres de haute futaie ;
3. l'usage d'un moyen de transport aérien autrement que comme passager payant dans un avion ou hélicoptère aménagé pour le transport de personnes ;
4. l'exercice rémunéré d'une discipline sportive quelconque, en ce compris les entraînements ;
5. la pratique de tous sports de combat et d'autres sports dangereux, comme par exemple, sans être toutefois limitatif : l'aéronautique, le vol à voile, les sauts depuis de grandes hauteurs, l'alpinisme, le bobsleigh, le skeleton, le saut à ski, le deltaplane, le ski de compétition, les sauts d'obstacles à cheval et les courses de galop ou de trot, le polo, la spéléologie, les explorations sous-marines, la plongée sous-marine, le rafting, le rugby, la chasse ;
6. l'usage comme conducteur, passager ou membre de l'équipage de chaque véhicule de toute nature, qui participe à (la préparation) des compétitions, des manifestations ou des épreuves sportives.

18.4. Limites d'indemnité

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

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

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

18.5. Etendue territoriale

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

18.6. Obligations

1. En cas d'accident

Tout accident dont mort s'ensuit doit être notifié par téléphone, e-mail ou téléfax, dans un délai de 24 heures, par les bénéficiaires

En cas de déclaration tardive, l'assureur peut réduire son intervention du préjudice qu'il a subi, à moins que la preuve ne soit apportée que la déclaration du sinistre a été introduite aussi rapidement qu'il était raisonnablement possible de le faire.

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

L'assuré, le preneur d'assurance ou le bénéficiaire sont tenus, dans les 8 jours, de faire part à 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'assuré au médecin-conseil de l'organisme de pension. La déclaration sera encore acceptée lorsque, pour une raison valable, elle aura été faite plus tard mais sera considérée comme nulle et non avenue au-delà d'un délai d'un an après l'accident.

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

A la demande de l'organisme de pension, l'assuré fournira les pièces justificatives requises de ses revenus professionnels.

2. En cas d'infirmité ou de maladie grave

Si l'assuré 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.

18.7. Durée de l'assurance

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

18.8. Modification du tarif et des conditions

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

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

19.1. Garanties

Remboursement de la prime I1

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

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

Rente annuelle I2

Si l'assuré subit, à la suite d'une maladie ou d'un accident, une incapacité de travail dont la durée dépasse le délai de carence convenu, 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'assuré.

La rente annuelle garantie s'élève au maximum à 100% du revenu professionnel, diminué des montants garantis dans d'autres couvertures incapacité de travail (légalles ou complémentaires) prévoyant un paiement en cas d'incapacité de travail.

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

Maladie

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

Accident

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

Incapacité de travail

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

Délai de carence

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

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

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

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

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

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

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

19.2. Délai de carence

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

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

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

19.3. Paiement des prestations assurées

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

Lorsqu'une prestation est réclamée, on examine si la rente annuelle assurée dépasse la couverture maximale comme déterminée au point 16.1. Le cas échéant, on réduit la rente assurée à cette couverture maximale.

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

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

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

19.4. Limites de la garantie

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

Sont considérés comme faute grave :

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

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

- chaque tentative de suicide de l'assuré ;
 - des troubles subjectifs sans symptômes objectifs ou sans cause médicalement établie ;
 - des troubles psychiques ;
- Les affections psychiques reprises dans la liste limitative suivante sont toutefois couvertes si le diagnostic a été fait par un psychiatre reconnu et si celui-ci répond aux critères prévus dans le

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (= DSM-V) ou ses versions ultérieures :

- dépression majeure,
- trouble bipolaire,
- trouble psychotique,
- schizophrénie,
- angoisse généralisée,
- trouble dissociatif,
- trouble obsessionnel-compulsif,
- anorexie,
- boulimie mentale.

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

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

19.5. Extensions de la garantie

a. Grossesse et accouchement

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

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

Grossesse pathologique

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

Travaux insalubres

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

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

b. 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.

19.6. Détermination des indemnités

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

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

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

19.7. Etendue territoriale

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

19.8. Déclaration

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

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

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

Obligation de notification

Le preneur d'assurance et l'assuré ont l'obligation de déclarer préalablement à l'organisme de pension:

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

Conséquences de la cessation de l'activité professionnelle

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

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

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

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

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

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

19.10. Durée de l'assurance

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

1. L'assurance prend fin au plus tard à l'âge de 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'assuré a définitivement établi sa résidence principale légale à l'étranger ;
 - en cas de surassurance, pour autant que l'assuré ne bénéficie pas d'une rente d'incapacité de travail;
 - en cas de condamnation du preneur d'assurance ou de l'assuré à une peine de privation de liberté, pour infraction intentionnelle ;
 - en cas de faillite, concordat ou liquidation judiciaire du preneur d'assurance ou de l'assuré, ou lorsque l'un d'entre eux est mis sous curatelle.La résiliation prendra effet seulement à l'expiration d'un délai de 30 jours au minimum, à compter du lendemain de la remise à la poste d'une lettre recommandée comme mentionnée au point 13.
4. De plus, l'assurance prend fin de plein droit :
 - lorsqu'elle est arrivée au terme prévu ;
 - lorsque l'assuré a cessé l'exercice d'une profession, pour autant que cette cessation ne soit pas la conséquence d'une incapacité de travail indemnisée ;
 - au moment où l'assurance principale prend fin par rachat, décès, annulation ou expiration, ou après réduction de l'assurance principale.Elle n'a pas de valeur de rachat.

19.11. Suivi médical

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

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

L'organisme de pension devra immédiatement être averti de tout changement dans l'état de l'assuré. Cette déclaration sera accompagnée d'un certificat médical à délivrer au médecin-conseil de l'organisme de pension.

19.12. Autres assurances

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

19.13. Modification du tarif et des conditions

Par accord mutuel

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

Indexation

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

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

Notification d'une modification de tarif

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

19.14. Déclaration du risque par le preneur d'assurance et l'assuré

Déclarations lors de la souscription du contrat

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

Omissions ou inexactitudes intentionnelles

Lorsque l'omission ou l'inexactitude intentionnelles induisent 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 intentionnelles 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'étaient manifestées d'aucune façon.

Lorsque l'omission ou l'inexactitude dans la déclaration ne sont pas intentionnelles, l'organisme de pension propose, dans un délai de 30 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 le preneur d'assurance ou que, au terme d'un délai de 30 jours à compter de la réception de cette proposition, cette dernière n'est pas acceptée, l'organisme de pension peut résilier le contrat dans les 15 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 30 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 l'inexactitude non intentionnelle des données par le preneur d'assurance ou par l'assuré, si ces données ont trait à une maladie ou une affection dont les symptômes s'étaient déjà manifestés au moment de la souscription du contrat et si cette maladie ou affection n'avaient pas été diagnostiquées durant ce même délai de deux ans.

20. DISPOSITIONS GENERALES RELATIVES AUX ASSURANCES COMPLEMENTAIRES

20.1. Entrée en vigueur de la couverture et paiement des primes

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

20.2. Déchéance

Il y a déchéance de droit et l'organisme de pension est autorisé à réclamer le remboursement des indemnités allouées indûment et des frais exposés :

1. lorsque les suites d'une maladie ou d'un accident se trouvent aggravées du fait intentionnel ou avec le consentement du preneur d'assurance, de l'assuré ou de toute autre personne ayant un intérêt au règlement ou dans le cas où un traitement médical prescrit n'a pas été suivi ;
2. lorsque l'assuré ou le preneur d'assurance n'a pas respecté l'obligation contractuelle lui imposée par le point 19.8. des présentes conditions et que cette omission engendre un préjudice pour l'organisme de pension, celui-ci peut diminuer ses prestations jusqu'à concurrence du préjudice subi.

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

Si l'assuré ou le preneur d'assurance n'a pas respecté l'obligation contractuelle de l'article 19.12. 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.

20.3. Conditions générales de l'assurance principale

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

20.4. Litiges

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

Chapitre 6. Terrorisme

Nous indemnisons les sinistres causés par le terrorisme conformément à la loi du 1^{er} avril 2007 relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme. A cet effet la compagnie est membre de l'asbl TRIP (Terrorism Reinsurance and Insurance Pool). Dans le cadre de cette loi, un Comité chargé de la reconnaissance d'un événement comme terrorisme tel que défini par la loi et de la constatation du pourcentage d'indemnisation à payer par les membres de l'asbl TRIP, a été institué. Pour l'ensemble des engagements souscrits à l'égard de tous les assurés, la compagnie couvre, 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, à l'Administration Générale de la Trésorerie du S.P.F. Finances.

Chapitre 7. Juridiction, droit applicable et dispositions fiscales

21. JURIDICTION

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

22. DROIT APPLICABLE ET DISPOSITIONS FISCALES

Le droit belge s'applique au présent contrat.

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

22.1. Primes

Les charges fiscales et/ou sociales grevant éventuellement les primes sont régies par la législation de l'Etat de résidence du preneur d'assurance.

L'éventuel octroi d'avantages fiscaux sur les primes est fixé par la législation fiscale de l'Etat de résidence du preneur d'assurance. Dans certains cas, la législation qui s'applique est celle du pays de perception des revenus imposables.

22.2. Prestations

Les impôts applicables aux revenus ainsi que les éventuelles charges sont fixés par la loi de l'Etat de résidence du bénéficiaire et/ou par la loi du pays de perception des revenus imposables.

Pour ce qui est des droits de succession, c'est la législation fiscale de l'Etat de résidence du défunt et/ou la loi de l'Etat de résidence du bénéficiaire qui s'applique.

Chapitre 8. Communications

23. NOTIFICATIONS

L'organisme de pension transmet une fois par un au preneur d'assurance une fiche de pension l'informant de la situation de son contrat.

Les notifications destinées au preneur d'assurance et au bénéficiaire acceptant 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.

24. RESIDENCE

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

25. 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.