



Top-Hat Plus Plan (assurance décès)

Engagement individuel de pension

Conditions générales

TABLE DES MATIERES

CHAPITRE 1. DÉFINITIONS ET NOTIONS	3
CHAPITRE 2. ÉLÉMENTS DU PRÉSENT CONTRAT D'ASSURANCE	4
CHAPITRE 3. TRANSFERT DE DROITS	4
CHAPITRE 4. PRINCIPES DE FONCTIONNEMENT	5
1. BASES DU CONTRAT D'ASSURANCE	5
2. GARANTIE DE L'ASSURANCE	5
3. DATE DE PRISE D'EFFET ET DATE D'EXPIRATION	5
4. DROITS DE L'ORGANISATEUR	5
5. DROITS DE L'AFFILIÉ	7
6. PAIEMENT DES PRESTATIONS ASSUREES EN CAS DE DECES	8
7. REDUCTION ET RACHAT	8
8. DEFAUT DE PAIEMENT DE PRIME	9
9. RISQUES EXCLUS	9
CHAPITRE 5. CLAUSES SPÉCIALES	10
10. INDEXATION	10
11. ASSURANCE COMPLEMENTAIRE ACCIDENTS	10
12. ASSURANCES COMPLEMENTAIRES INCAPACITE DE TRAVAIL I1 ET/OU I2	13
13. DISPOSITIONS GENERALES RELATIVES AUX ASSURANCES COMPLEMENTAIRES	19
CHAPITRE 6. TERRORISME	20
CHAPITRE 7. JURIDICTION, DROIT APPLICABLE ET DISPOSITIONS FISCALES	20
14. JURIDICTION	20
15. DROIT APPLICABLE ET DISPOSITIONS FISCALES	20
CHAPITRE 8. COMMUNICATIONS	21
16. NOTIFICATIONS	21
17. RESIDENCE	21
18. MODIFICATION DES BENEFICIAIRE(S) EFFECTIF(S) OU DES MANDATAIRE(S) DE LA PERSONNE MORALE	21
19. PERSONNES POLITIQUEMENT EXPOSEES	22
MENTIONS LÉGALES	23

Chapitre 1. Définitions et notions

Engagement individuel de pension

L'engagement d'une pension de survie complémentaire par un organisateur aux ayants droit d'un dirigeant d'entreprise. 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 exécute 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 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)

La personne (les personnes) qui a (ont) droit aux prestations assurées en cas de décès de l'assuré avant la date d'expiration.

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.

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.

Les prestations assurées

- pour l'assurance principale : les montants assurés en cas de décès.
- pour les assurances complémentaires : les montants assurés en cas d'accident et/ou d'incapacité de travail.

La réduction du contrat d'assurance

En cas de cessation du paiement des primes, le maintien de la prestation assurée en cas de décès en y affectant la réserve disponible du contrat d'assurance, jusqu'à épuisement de celle-ci. La durée du contrat d'assurance peut, le cas échéant, être abrégée.

Le rachat du contrat d'assurance

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

Chapitre 2. Éléments du présent contrat d'assurance

Le présent contrat d'assurance est une assurance vie qui prévoit le financement d'une pension de survie complémentaire.

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

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.

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 modifier le(s) bénéficiaire(s) en cas de décès ;
- 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 les garanties.

Chapitre 4. Principes de fonctionnement

1. BASES DU CONTRAT D'ASSURANCE

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

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

2. GARANTIE DE L'ASSURANCE

En cas de décès de l'affilié avant la date d'expiration du contrat d'assurance, l'assurance Décès verse le capital fixé dans la Convention de pension au(x) bénéficiaire(s).

Le capital garanti peut être fixe pendant toute la durée du contrat d'assurance ou dégressif conformément aux indications reprises dans les Conditions particulières.

Le risque de décès est garanti dans le monde entier, quelle qu'en soit la cause, sous réserve des dispositions prévues au point 9.

3. DATE DE PRISE D'EFFET ET DATE D'EXPIRATION

Le contrat d'assurance sort ses effets à la date mentionnée dans les Conditions particulières, mais pas avant la signature des Conditions particulières et de la Convention de pension par l'organisateur et le paiement de la première prime.

Sauf en cas de fraude, le contrat d'assurance est incontestable à partir de sa prise d'effet, sous réserve des dispositions du point 12.13.

Le contrat d'assurance prend fin

- à l'âge de retraite de l'affilié tel que mentionné dans la Convention de pension
- en cas de résiliation, d'annulation ou de rachat ou en cas de décès de l'affilié.

4. DROITS DE L'ORGANISATEUR

4.1. Paiement des primes

L'organisateur est invité à payer les primes aux dates convenues dans les Conditions particulières.

L'organisateur ne peut à aucun moment être obligé par l'organisme de pension d'effectuer des versements.

Le paiement se fait à l'un des comptes bancaires ou postaux de l'organisme de pension.

Tous les suppléments grevant ou pouvant grever le contrat d'assurance font partie des primes.

4.2. Délai de réflexion

L'organisateur 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, l'organisateur a le droit de résilier le contrat d'assurance 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, l'organisateur devra renvoyer à l'organisme de pension l'exemplaire de la police en sa possession ou, à défaut, une déclaration de perte signée.

Dans les deux cas, l'organisme de pension remboursera la (les) prime(s) versée(s), déduction faite des sommes consommées pour la couverture du risque.

4.3. Modification ou cessation du contrat

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 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.

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

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

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

Bien que le paiement des primes ne soit pas obligatoire dans le cadre de la relation entre l'organisateur et l'organisme de pension et sans préjudice de l'application des dispositions précitées, la cessation progressive ou la suspension unilatérales de l'engagement individuel de pension par l'organisateur vis-à-vis de l'affilié ne sera possible que si l'une ou plusieurs des circonstances suivantes se présente(nt) :

- lors de l'instauration d'une nouvelle législation ou lors d'une modification, respectivement d'une précision de la législation existante, des directives de l'autorité de contrôle et/ou d'autres mesures ou situations de fait susceptibles d'engendrer directement ou indirectement une augmentation du coût de l'engagement individuel de pension pour l'organisateur;
- lorsque des modifications essentielles sont apportées à la législation relative à la sécurité sociale, à laquelle cet engagement individuel de pension constitue un complément ;
- lorsque, suite à des évolutions économiques internes ou externes à l'entreprise, le maintien de l'engagement individuel de pension (sous une forme inchangée) ne serait plus conforme à une bonne gestion de l'entreprise

Si l'organisateur informe l'organisme de pension de son intention ou de sa décision afin de modifier ou de mettre fin à l'engagement individuel de pension, l'organisme de pension présume que les conditions et les formalités applicables aux rapports entre l'organisateur et l'affilié aient été remplies.

4.4. Transfert des réserves vers un autre organisme de pension

Le présent point ne s'applique que si la police a une valeur de rachat (voir point 7).

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.

4.5. Remise en vigueur

L'organisateur peut remettre en vigueur le contrat réduit ou racheté, à concurrence des montants assurés en date de la réduction ou du rachat, pendant un délai de trois mois en cas de rachat et de 3 ans en cas de réduction.

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

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

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

La remise en vigueur prend effet après notification par l'organisme de pension à l'organisateur.

5. DROITS DE L'AFFILIE

Les dispositions relatives à la propriété et au rachat du contrat d'assurance ne s'appliquent que si la police a une valeur de rachat (voir point 7).

5.1. Propriété du contrat d'assurance

Le contrat d'assurance qui a été conclu en vue de l'exécution de l'engagement individuel de pension, devient la propriété de l'affilié.

5.2. Bénéficiaires

L'affilié peut désigner un ou plusieurs bénéficiaires en cas de décès suivant 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.

Tout bénéficiaire peut accepter le bénéfice du présent contrat d'assurance. Cette acceptation ne peut se faire que par un avenant à la police émis par l'organisme de pension et signé par le bénéficiaire, l'organisateur et l'organisme de pension. Dès ce moment, l'organisateur 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.

5.3. Avances et mises en gage

Le prélèvement d'avances est impossible.

Des mises en gage des droits de pension pour garantir un prêt et l'affectation de la valeur de rachat à la reconstitution d'un emprunt hypothécaire, peuvent être attribuées afin de permettre à l'affilié d'acquérir, construire, améliorer, restaurer ou 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, à condition que les prêts couverts soient remboursés si les biens mentionnés ci-dessus sortent du patrimoine du dirigeant d'entreprise.

5.4. Droit de transfert en cas de cessation des activités auprès de l'organisateur

Lorsqu'il est mis fin au mandat de l'affilié auprès de l'organisateur (pour quelque raison que ce soit), le paiement des primes est cessé. Les réserves sont acquises par l'affilié et le droit au rachat lui est cédé.

Au moment de la cessation de son mandat, l'affilié a le choix entre les possibilités suivantes :

- 1° laisser les réserves acquises auprès de l'organisme de pension, et ce, sans aucune modification de l'engagement de pension ;
- 2° transférer les réserves acquises vers un organisme de pension qui gère les réserves conformément à la législation en matière de pension complémentaire pour dirigeants d'entreprise.

Cependant, les transferts seront limités à la partie des réserves qui n'a pas été mise en gage ou qui n'a pas été attribuée dans le cadre de la reconstitution d'un prêt hypothécaire.

5.5. 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 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)

6. PAIEMENT DES PRESTATIONS ASSUREES EN CAS DE DECES

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

- a. un document officiel permettant de constater la date de naissance de l'affilié ;
- b. toute pièce dont l'organisme de pension estime la production nécessaire au traitement du dossier, tel par exemple un acte de succession (chez le notaire) ou une attestation de succession (chez le notaire ou chez le receveur du bureau des droits de succession) pour le cas où les bénéficiaires n'ont pas été nominativement désignés dans le contrat.
- c. un extrait officiel de l'acte de décès ;
- d. un rapport détaillé établissant la cause du décès, sur formule délivrée par l'organisme de pension, émanant du médecin qui a traité l'affilié pendant sa dernière maladie et/ou lors de son décès.

Aucun intérêt ne sera bonifié pour un retard survenu dans le paiement des sommes dont l'organisme de pension est redevable, lorsque ce retard est dû à une circonstance indépendante de la volonté de l'organisme de pension.

7. REDUCTION ET RACHAT

A chaque moment la réduction ou le rachat du contrat d'assurance peut être demandé, sous réserve des dispositions mentionnées ci-dessus. Cette demande se fait obligatoirement par un écrit daté et signé.

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

7.1. Réduction

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

Il convient d'entendre par la réserve disponible, la réserve constituée auprès de l'organisme de pension suite à la capitalisation des primes payées, compte tenu des sommes utilisées. Au moment de la réduction, cette réserve disponible sera diminuée d'une indemnité de réduction et un montant forfaitaire de 75 EUR. Ce montant forfaitaire est indexé en fonction de l'indice "santé" des prix à la consommation (base 1988 = 100). L'indice à prendre en considération est celui du 2ème mois du trimestre précédant la date de la réduction.

L'indemnité de réduction est égale à la valeur actuelle des frais annuels de gestion générale du contrat d'assurance 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.

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

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

7.2. Rachat

En cas de rachat, le contrat d'assurance est terminé par le paiement de la valeur de rachat. Cette valeur de rachat est calculée à la date de la demande écrite. La valeur de rachat correspond à 95% de la valeur de

rachat théorique. Ce pourcentage s'accroît annuellement de 1 % au cours des cinq dernières années, afin d'atteindre 100 % au terme de la dernière année d'assurance.

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.

Le rachat sort ses effets à la date à laquelle la quittance de rachat est signée pour accord. Pour obtenir la valeur de rachat, la preuve du paiement de la dernière prime doit être restituée.

8. DEFAUT DE PAIEMENT DE PRIME

Le non-paiement de la prime a pour conséquence la réduction du contrat d'assurance. L'organisme de pension avertit l'organisateur par écrit des conséquences du non-paiement des primes.

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

Si l'organisateur a entre-temps demandé le rachat par écrit ou qu'il ait déclaré cesser le paiement des primes, les dispositions du point 7 seront d'application.

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

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

9. RISQUES EXCLUS

Dans le cas des risques exclus énoncés dans la présente disposition, l'organisme de pension paie la valeur de rachat théorique éventuelle, calculée au 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 est couvert s'il se produit après la première année suivant la date d'entrée en vigueur 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 d'entrée en vigueur des nouvelles Conditions particulières ou de l'avenant d'augmentation.

9.2. Fait intentionnel

Le décès de l'affilié 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'affilié. Si le bénéficiaire n'est désigné comme tel que pour une partie des prestations assurées, cette clause ne sera applicable que pour la partie correspondante du contrat d'assurance.

9.3. Navigation aérienne

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 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".

9.4. 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'affilié y a pris une part active et volontaire.

9.5. Guerre

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

Chapitre 5. Clauses spéciales

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

10. INDEXATION

L'organisateur a le droit d'adapter le contrat d'assurance annuellement à l'évolution de la situation économique. Les prestations assurées de l'assurance principale, de l'assurance complémentaire accidents et de l'assurance complémentaire I1 prévues par le présent contrat peuvent alors être augmentées, sans nouvelles garanties médicales de la part de l'affilié.

Le droit à l'augmentation est supprimé après un délai de 6 mois suivant la date anniversaire de la prise d'effet du contrat. Le droit à l'augmentation des prestations de l'assurance complémentaire I1 expire au cas où l'affilié est atteint d'une incapacité de travail.

L'augmentation est déterminée par l'organisme de pension sur la base de l'évolution des prix à la consommation au cours de l'année précédente. La nouvelle prime suite à l'augmentation des prestations assurées sera calculée en fonction de la tarification en vigueur auprès de l'organisme de pension en date de l'augmentation, de l'âge atteint par l'affilié et de la durée restante du contrat d'assurance au moment de l'adaptation.

L'organisme de pension peut faire une proposition d'augmentation. L'organisateur peut toujours refuser cette proposition. L'augmentation des prestations assurées prend effet à la date indiquée dans la proposition d'indexation pour autant que la prime majorée soit payée. La proposition d'indexation est valable pendant 6 mois. Passé ce délai, l'organisateur perd le droit à l'indexation proposée pour l'année concernée.

11. ASSURANCE COMPLEMENTAIRE ACCIDENTS

11.1. 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 ayant pour cause 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 paie au bénéficiaire la prestation assurée en cas de décès.

En cas d'invalidité totale et permanente de l'affilié, 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.

11.2. 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'affilié 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'affilié ;
- d. le suicide ou la tentative de suicide de l'affilié.

Ne sont pas comprises 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 vis-à-vis des prestations.

Sont considérés comme faute grave :

- tout acte commis du fait intentionnel ou avec le consentement de l'affilié, de l'organisateur, 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'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 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'affilié 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).

11.3. Extensions de la garantie

a. Euthanasie

L'assurance couvre le décès de l'affilié 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'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.

11.4. 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'affilié refuse de s'y soumettre, l'organisme de pension n'est tenu qu'à indemniser les conséquences que l'accident aurait entraînées si l'affilié s'y était soumis.

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

11.5. Etendue 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.

11.6. Obligations

1. En cas d'accident

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

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

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'affilié, l'organisateur 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'affilié 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'affilié est tenu de répondre favorablement à chaque appel du médecin-conseil 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 avisée le plus rapidement possible par lettre recommandée.

11.7. 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.

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

12.1. 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'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 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.

L'affilié 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'affilié et/ou de toute personne ayant un intérêt à l'assurance, ayant comme conséquence directe une lésion corporelle, pouvant être médicalement établie, de l'affilié, 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 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'affilié 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, 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. 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.

12.2. 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'affilié 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).

12.3. 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 ci-avant. 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 à l'organisateur 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'affilié reçoit une pension légale, même si les droits à pension proprement dits ont été suspendus temporairement pour n'importe quelle raison.

12.4. 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'affilié, de l'organisateur, 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'affilié, de l'organisateur, 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'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 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'affilié;
- 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'affilié 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'affilié 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).

12.5. Extensions de la garantie

a. Grossesse et accouchement

Si l'affilié 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'affiliée 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.

12.6. Détermination des indemnités

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

L'affilié 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'affilié que l'organisme de pension ont le droit de demander une révision du degré d'incapacité de travail.

12.7. Etendue 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.

12.8. Déclaration

L'affilié, l'organisateur 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'affilié 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'il 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 averti de la maladie ou de l'accident.

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

Obligation de notification

L'organisateur et l'affilié 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'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 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 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'affilié ou l'organisateur ait déclaré une diminution du revenu, l'organisme de pension peut adapter la rente garantie conformément au point 12.3.

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.

12.10. Durée de l'assurance

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

1. L'assurance prend fin au plus tard à l'âge légal de la pension de l'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'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 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 stipulé au point 8.

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 de l'assurance principale.

Elle n'a pas de valeur de rachat.

12.11. Suivi médical

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

De plus, l'organisme de pension est autorisé à réunir toutes les informations auprès de l'affilié et à prendre les mesures de contrôle qu'il juge nécessaires. Il devra être donné suite à la convocation adressée à l'affilié 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'affilié. Cette déclaration sera accompagnée d'un certificat médical à délivrer au médecin-conseil de l'organisme de pension.

12.12. Autres assurances

Si des garanties similaires sont assurées auprès d'autres compagnies, 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.

12.13. Déclaration du risque par l'organisateur et l'affilié

Déclarations lors de la souscription du contrat

L'organisateur et l'affilié 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 l'organisateur 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 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 et si cette maladie ou affection n'avaient pas été diagnostiquées durant ce même délai de deux ans.

12.14. Poursuite individuelle

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

Conditions d'octroi

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'affilié, 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 professionnel individuellement.

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, individuellement. Le délai commence à courir le jour de réception du courrier par lequel l'organisateur informe l'affilié (par écrit ou par voie électronique) du droit à la poursuite individuelle. 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 réalisé.

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 individuelle 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 individuellement 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'affilié 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 fixé à l'âge auquel l'affilié commence à payer ses primes supplémentaires.

13. DISPOSITIONS GENERALES RELATIVES AUX ASSURANCES COMPLEMENTAIRES

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

L'entrée en vigueur de l'assurance complémentaire est fixée aux Conditions particulières. La prime est due en même temps que la prime de l'assurance principale.

13.2. 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 de l'organisateur, de l'affilié 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'affilié ou l'organisateur n'a pas respecté l'obligation contractuelle lui imposée par le point 12.8. 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'affilié ou l'organisateur n'a pas respecté les obligations contractuelles dans une intention frauduleuse.

Si l'affilié ou l'organisateur n'a pas respecté l'obligation contractuelle du point 12.12. dans une intention frauduleuse, le contrat est nul et non avenu. 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.

13.3. Modification des conditions et du tarif

Lorsque l'assureur réalise une modification du tarif, l'organisateur peut résilier le contrat. La modification du tarif est communiquée au moins 4 mois avant l'échéance annuelle du contrat et l'organisateur 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, l'organisateur peut résilier le contrat dans un délai de trois mois suivant la notification.

13.4. Conditions générales de l'assurance principale

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

13.5. Litiges

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

Chapitre 6. Terrorisme

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

Les dommages causés par les armes nucléaires sont toujours exclus de la couverture.

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

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

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

Chapitre 7. Juridiction, droit applicable et dispositions fiscales

14. JURIDICTION

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

15. 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.

15.1. 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.

15.2. 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 8. Communications

16. 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.

17. RESIDENCE

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

18. 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.

19. 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.