Conditions générales et produit

Engagement individuel de pension

0079-2250035F-20122014

AG Insurance sa – Bd. E. Jacqmain 53, 1000 Bruxelles – RPM Bruxelles – TVA BE 0404.494.849 – www.aginsurance.be
Tél. +32(0)2 664 81 11 – Fax +32(0)2 664 81 50
Entreprise d'assurance agréée sous code 0079, sous le contrôle de la Banque nationale de Belgique, Bd. de Berlaimont 14, 1000 Bruxelles

■ Sommaire

Conditions générales

L'étendue de l'assurance

1. En quoi consiste votre contrat? 4
2. Sur quelles bases le contrat est-il établi? 4
3. Quand est-on assuré? 4
4. Les primes 4

Le capital garanti en cas de décès

5. En quoi consiste ce capital? 5
6. Le terrorisme est-il couvert ? 5
7. Quels sont les risques exclus en cas de décès? 6
8. Que payons-nous si le décès résulte d'un risque exclu? 6
9. Quand payons-nous le capital décès? 6

L'évolution de votre contrat

10. Que se passe-t-il en cas de prédécès du preneur d'assurance s'il n'est pas l'assuré? 7
11. Que se passe-t-il en cas de pluralité de preneurs d'assurance? 7
12. Comment exécutons-nous vos instructions? 7
13. De quelle information disposez-vous? 7

Dispositions diverses

14. Qu'entend-on par liste tarifaire? 8
15. Quels sont les impôts et taxes? 8
16. Quelles sont les formalités à respecter pour obtenir le paiement des garanties? 8
17. Correspondance - contestations - loi applicable 8
18. Loi du 8/12/1992 relative à la protection de la vie privée 8

Lexique 10

Conditions produit

1. Que faut-il entendre par? 11
2. Quelle est la structure de votre contrat? 11
3. Le capital en cas de vie 11
4. Le capital garanti en cas de décès 12
   - 4.1. En quoi consiste le capital décès? 12
   - 4.2. Quand la garantie décès sort-elle ses effets? 12
   - 4.3. Comment le coût de la garantie décès est-il prélevé? 12
5. Couverture provisoire en cas d'accident 12
   - 5.1 Quand bénéficie-t-on de cette couverture provisoire en cas d'accident ? 12
   - 5.2 Quand la garantie couverture provisoire en cas d'accident sort-elle ses effets ? 13
   - 5.3 Obligations en ce qui concerne les formalités médicales 13
   - 5.4. Quand cette couverture provisoire en cas d'accident prend-elle fin ? 13
   - 5.5 Surprimes et/ou exclusions éventuelles 13
   - 5.6 Paiement en cas d'un sinistre pendant la couverture provisoire 13
6. Quelle est votre liberté d'action et celle de l'affilié ? 13
   - 6.1. Remise en vigueur 13
   - 6.2. Désigner les bénéficiaires 14
   - 6.3. Céder le bénéfice 14
   - 6.4. Modifier le capital garanti en cas de décès 14
   - 6.5. Racheter le contrat 14
   - 6.6. Recevoir une avance 15
   - 6.7. Transferer la réserve du contrat 15
7. Que se passe-t-il en cas de ... 15
8. De quelle information disposez-vous? 15

■ Sommaire

Règlement de participation bénéficiaire du fonds "Rendement"

1. Quels sont les objectifs d'investissement du fonds "Rendement"? 16
2. Comment le rendement est-il déterminé ? 16
3. Autres dispositions 17

Règlement de participation bénéficiaire du fonds "Top Life 99"

1. Quels sont les objectifs d'investissement du fonds "Top Life 99"? 18
2. Comment le rendement est-il déterminé ? 18
3. Autres dispositions 19

Assurance complémentaire contre le risque d'accident mortel

1. Qu'assurons-nous ? 20
2. Où l'assurance est-elle valable ? 20
3. Qu'entend-on par "accident" ? 20
4. Quelles sont les obligations de l'affilié et du bénéficiaire ? 20
5. Quels sont les risques exclus ? 21
6. Quand cette assurance complémentaire prend-elle fin ? 22

Assurance complémentaire contre le risque d'incapacité de travail

1. Qu'entend-on par les termes suivants? 23
2. Objet de l'assurance 25
3. Les prestations et les modalités y afférentes 26
4. Formalités médicales 26
5. Affections préexistantes 27
6. Etendue géographique des garanties 27
7. Quand l'affilié a-t-il droit aux prestations? 27
8. Quels sont les risques exclus? 28
9. Quelles sont les modalités de paiement de la prime? 30
10. Quelles sont les obligations du preneur d'assurance, celles de l'affilié ou de ses ayants droit? 30
11. Comment fixe-t-on l'incapacité? - Expertise médicale 31
12. Que se passe-t-il lors d'un changement du taux d'incapacité ? 32
13. Adaptation des conditions d'assurance et de prime 32
14. Quand cette assurance complémentaire prend-elle fin ? 32
15. Poursuite individuelle d'un contrat d'assurance lié à l'activité professionnelle 33
16. Préfinancement de la poursuite individuelle d'un contrat d'assurance lié à l'activité professionnelle 33

■ L'étendue de l'assurance

1. En quoi consiste votre contrat?

Il s'agit d'une assurance vie qui vise un rendement optimal et dont l'objet est le paiement des prestations assurées en cas de décès ou en cas de vie conformément aux conditions générales, aux conditions produit, à la liste tarifaire, aux conditions particulières et au règlement de gestion éventuellement applicable au contrat.

2. Sur quelles bases le contrat est-il établi?

Le contrat est conclu de bonne foi sur la base de vos déclarations et de celles de l'assuré.

Toute omission ou inexactitude de la part du preneur d'assurance ou de l'assuré, faite dans le but de nous induire en erreur sur les éléments d'appréciation de nos engagements, rendent l'assurance nulle.

Si l'omission ou la fausse déclaration ont été faites sans mauvaise foi, le contrat devient cependant incontestable dès sa prise d'effet.

En outre, le contrat est soumis aux dispositions légales et réglementaires belges relatives à l'assurance vie.

3. Quand est-on assuré?

Le contrat existe dès la signature par les parties contractantes. Il prend effet à la date indiquée dans les conditions particulières mais pas avant réception définitive de votre première prime sur notre compte financier, sous réserve, le cas échéant, de l'acceptation médicale par la compagnie. Nous nous réservons le droit d'acceptation du contrat.

En cas d'absence de signature de votre part du contrat, votre paiement de prime sur notre compte vaut acceptation des conditions du contrat.

Vous avez le droit de renoncer au contrat dans les trente jours de sa date d'effet ou, si vous avez souscrit le contrat pour couvrir ou reconstituer un crédit, dans les trente jours à compter du moment où vous avez connaissance du refus de ce crédit. La résiliation s'effectue, dans votre chef, par un écrit daté et signé, avec effet immédiat au moment de la notification.

Lorsque le contrat est souscrit au moyen d'un document présigné, nous disposons du droit de résilier le contrat dans les trente jours de la réception par nous du bulletin de souscription présigné ou réception par nous du contrat par voie informatique, la résiliation devenant effective huit jours après notification de la résiliation.

Dans ce cas, nous vous remboursons,

- lorsque le contrat est investi en tout ou partie en branche 21 ou dans un fonds cantonné : les primes déjà versées relatives à cette partie, sous déduction des sommes déjà consommées pour garantir le capital prévu en cas de décès et les autres couvertures de risque dans un délai de quinze jours après réception de l'original de votre contrat;
- lorsque le contrat est investi en tout ou partie en unités : leur contre-valeur en euros, sur la base de la valeur d'inventaire au jour du remboursement augmenté des frais d'entrée, sous déduction des sommes déjà consommées pour garantir le capital prévu en cas de décès et les autres couvertures de risque dans un délai de quinze jours après réception de l'original de votre contrat.

  Toutefois, si le fonds d'investissement est valorisé à une date postérieure à la résiliation, la compagnie rembourse le montant de la prime.

Pour les contrats à taux majoré, nous nous réservons le droit de prélever l'indemnité de rachat éventuellement précisée dans la liste tarifaire.

4. Les primes

Vos primes doivent être payées directement et exclusivement par transfert bancaire sur notre compte financier, mentionné aux conditions particulières ou dans le document de souscription. Le paiement des primes n'est pas obligatoire.

■ Le capital garanti en cas de décès

5. En quoi consiste ce capital?

En cas de décès de l'assuré, nous nous engageons à payer au(x) bénéficiaire(s) désigné(s), le capital mentionné aux conditions particulières. Les options décès disponibles sont décrites dans le document de souscription.

Le décès de l'assuré est couvert dans le monde entier, quelle qu'en soit la cause sous réserve des dispositions prévues aux points 7 et 8.

6. Le terrorisme est-il couvert ?

6.1. Adhésion

Nous couvrons les dommages causés par le terrorisme. Nous sommes membres à cette fin de l'ASBL TRIP (Terrorism Reinsurance and Insurance Pool). Conformément à la loi du 1er avril 2007 relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme, l'exécution de tous les engagements de l'ensemble des entreprises d'assurances membres de l'ASBL est limitée à 1 milliard d'euros par année civile pour les dommages causés par tous les événements reconnus comme relevant du terrorisme, survenus pendant cette année civile. Ce montant est adapté, le 1er janvier de chaque année, à l'évolution de l'indice des prix à la consommation, l'indice de base étant celui de décembre 2005. En cas de modification légale ou réglementaire de ce montant de base, cette modification sera automatiquement d'application sauf si un autre régime transitoire est prévu.

6.2. Règle proportionnelle

Si le total des indemnités calculées ou estimées excède le montant cité dans le précédent alinéa, une règle proportionnelle est appliquée : les indemnités à payer sont limitées à concurrence du rapport entre le montant cité dans le précédent alinéa ou les moyens encore disponibles pour cette année civile et les indemnités à payer imputées à cette année civile.

6.3.Régime de paiement

Conformément à la loi susmentionnée du 1er avril 2007, le Comité de l'ASBL TRIP, tel que décrit dans la loi, décide si un événement répond à la définition de terrorisme. Afin que le montant de 1 milliard d'euros cité ci-avant ne soit pas dépassé, ce Comité fixe, six mois au plus tard après l'événement, le pourcentage de l'indemnisation que les entreprises d'assurances membres de l'ASBL doivent prendre en charge en conséquence de l'événement. Le Comité peut revoir ce pourcentage. Le Comité prend, au plus tard le 31 décembre de la troisième année suivant l'année de survenance de l'événement, une décision définitive quant au pourcentage d'indemnisation à payer.

Lorsque le Comité constate que le montant de 1 milliard d'euros cité ci-avant ne suffit pas à indemniser l'ensemble des dommages subis ou lorsque le Comité ne dispose pas d'éléments suffisants pour déterminer si ce montant suffit, les dommages aux personnes sont indemnisés en priorité. L'indemnisation des dommages moraux intervient après toutes les autres indemnisations.

Toute limitation, exclusion et/ou tout étalement dans le temps de l'exécution des engagements de l'entreprise d'assurance, définis dans une loi, un arrêté royal ou toute autre réglementation, s'appliquera à votre contrat conformément aux modalités qui y sont prévues.

Les dispositions du présent point ne sont pas applicables à la valeur de rachat théorique des assurances-vie.

6.4. Armes nucléaires

Les dommages causés par des armes ou des engins destinés à exploser par une modification de structure du noyau atomique ne sont pas couverts dans le présent contrat.

6.5.Modifications ultérieures

En cas de modifications de la législation relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme, ces modifications seront automatiquement d'application sauf si un autre régime transitoire est prévu.

7. Quels sont les risques exclus en cas de décès?

7.1 Les risques toujours exclus

Le décès qui résulte:

- d'un suicide au cours de la première année qui suit:
  - la date de prise en cours du contrat;
  - la date de l'éventuelle remise en vigueur du contrat.

  Ce même délai est applicable à toute augmentation du capital décès; il débute à la date d'effet de l'augmentation;
- du meurtre perpétré par le preneur d'assurance ou un bénéficiaire ou à leur instigation;
- d'une condamnation judiciaire, d'un crime ou d'un délit à caractère intentionnel, commis par l'assuré comme auteur ou coauteur et dont il a pu prévoir les conséquences;
- d'un événement de guerre, ou de faits de même nature ou d'une guerre civile.

  Le décès, quelle qu'en soit la cause, est toujours exclu si l'assuré participe activement aux hostilités.

  En cas de séjour à l'étranger, le décès dû à un événement de guerre est couvert:
  - si le conflit, imprévisible, éclate pendant le séjour de l'assuré;
  - si l'assuré se rend dans un pays où il y a un conflit armé pour autant que ceci soit stipulé explicitement aux conditions particulières (moyennant une surprime éventuelle).

  Dans ces deux cas, il incombe au bénéficiaire de nous fournir la preuve que l'assuré n'a pas participé activement aux hostilités ;
- de la participation de l'assuré à des émeutes ou troubles civils en général, sauf s'il y est intervenu en tant que membre des forces chargées du maintien de l'ordre ou pour défendre directement sa personne ou ses biens.

7.2. Les risques exclus, sauf convention contraire

Le décès qui résulte:

- d'un accident d'appareil de locomotion aérienne:
  - lorsque l'assuré est pilote d'un vol qui ne s'effectue pas à bord d'un appareil de ligne régulière dûment autorisé pour le transport de personnes;
  - lorsque le vol s'effectue dans la cadre de compétitions, exhibitions, essais de vitesse, raids, vols d'entraînement ou d'essai, records ou tentatives de records;
  - lorsque le vol s'effectue à bord d'un prototype ou d'un appareil militaire non destiné au transport;
- de la pratique du parachutisme, du saut dans le vide avec élastique (Benji), de l'utilisation d'un deltaplane, d'un Ultra Léger Motorisé ou d'un parapente;
- de la participation à des voyages revêtant un caractère d'exploration ou d'expédition armée.

8. Que payons-nous si le décès résulte d'un risque exclu?

Si le décès résulte d'un risque exclu, le capital dû en cas de décès sera limité à la réserve du contrat du jour qui suit celui où nous sommes informés par écrit du décès de l'assuré sans pouvoir dépasser le capital assuré en cas de décès.

Cette réserve est payée au(x) bénéficiaire(s) désigné(s), à l'exclusion cependant de celui qui a perpétré le meurtre de l'assuré ou qui en a été l'instigateur.

9. Quand payons-nous le capital décès?

Nous effectuons le paiement du capital décès dans les 15 jours de la réception des documents requis au point 16. «Quelles sont les formalités à respecter pour obtenir le paiement des garanties ?»

■ L'évolution de votre contrat

10. Que se passe-t-il en cas de prédécès du preneur d'assurance s'il n'est pas l'assuré?

Si vous décédez avant l'assuré et que vous n'êtes pas l'assuré, la propriété du contrat est transférée de plein droit à l'assuré, sauf désignation d'une autre personne dans les conditions particulières.

11. Que se passe-t-il en cas de pluralité de preneurs d'assurance?

En cas de pluralité de preneurs d'assurance, toute opération ou demande, généralement quelconque relative au contrat, telles que modification des garanties, rachat, transfert, cession, changement de bénéficiaire, … doit nous être adressée par un écrit signé par l'ensemble des preneurs d'assurance. La même obligation est d'application pour tous les documents que nous vous demandons de signer.

En cas de prédécès d'un des preneurs d'assurance avant l'assuré ou l'échéance du contrat, la propriété du contrat est transférée de plein droit aux autres preneurs d'assurance par parts égales, sauf désignation différente dans les conditions particulières.

12. Comment exécutons-nous vos instructions?

Toute instruction relative à votre contrat doit nous être adressée par un écrit daté et signé ou par télécopie; dans ce dernier cas, l'original de votre écrit doit nous parvenir dans les huit jours.

Nous nous réservons cependant le droit de ne pas donner suite à une demande si nous estimons que l'exécution de celle-ci impliquerait une contravention à une disposition légale ou réglementaire ou à une disposition du présent contrat. Dans cette hypothèse, nous vous informerions immédiatement de notre décision.

Si des circonstances exceptionnelles l'exigent et pour sauvegarder les intérêts des preneurs d'assurance, nous pourrions suspendre temporairement tout ou partie des opérations, telles que notamment les rachats ou transferts et prendre toute mesure nécessaire y compris le transfert d'office de la réserve des contrats investie dans un fonds vers un autre fonds similaire qui nous parait plus approprié. Dans ces circonstances, l'application de ces mesures exceptionnelles serait portée immédiatement à votre connaissance.

Nous nous réservons le droit de refuser des demandes d'entrée, de transfert ou de sortie de fonds si nous suspectons des pratiques de Market Timing et de prendre, le cas échéant, les mesures nécessaires pour protéger les autres preneurs d'assurance.

13. De quelle information disposez-vous?

Chaque année vous serez averti de l'évolution de votre contrat.

■ Dispositions diverses

14. Qu'entend-on par liste tarifaire?

La liste tarifaire renseigne notamment les frais du contrat, le mode de calcul de ces frais, les minima et maxima applicables aux opérations du contrat, les taux de prime en cas de décès ainsi que les règles en matière d'exécution des opérations. Elle fait partie intégrante du contrat et les éléments qu'elle contient ne sont pas garantis.

15. Quels sont les impôts et taxes?

Tous impôts, taxes et cotisations actuels ou futurs, prévus par la loi et les règlements qui frappent les contrats, les quittances ou les prestations assurées, sont, selon le cas, à charge du preneur d'assurance ou des bénéficiaires.

16. Quelles sont les formalités à respecter pour obtenir le paiement des garanties?

La personne appelée à recevoir les prestations assurées devra nous remettre toutes les pièces justificatives qui nous sont nécessaires pour procéder au règlement, telles que:

- un certificat de vie du preneur d'assurance, de l'assuré et du bénéficiaire;
- un extrait de l'acte de décès de l'assuré;
- un certificat médical rédigé sur le formulaire délivré par nous et mentionnant la cause du décès;
- un certificat d'hérédité rédigé par le receveur du bureau des droits de succession compétent pour le dépôt de la déclaration de succession du défunt ou un certificat ou un acte d'hérédité rédigé par un notaire (dans les cas où le bénéficiaire n'a pas été désigné nominativement);
- le contrat original et ses avenants;
- la quittance de liquidation dûment signée.

S'il est constaté que la date de naissance déclarée de l'assuré n'est pas exacte, les garanties seront recalculées en fonction de la date exacte.

17. Correspondance - contestations - loi applicable

Toutes les dates indiquées dans les conditions particulières s'entendent à zéro heure.

Les communications qui vous sont destinées sont valablement faites à l'adresse indiquée dans le contrat ou à la dernière adresse qui nous a été communiquée par écrit.

Les communications qui nous sont destinées sont réputées reçues le jour de leur réception à notre siège social.

Nos dossiers ou documents justifient du contenu de nos lettres pour autant que celles-ci ne soient pas produites par vous ou l'assuré.

Pour toute question concernant ce contrat, vous pouvez prendre contact avec votre intermédiaire. Il fournira volontiers des informations ou cherchera une solution avec vous. Toute plainte au sujet de ce contrat peut être adressée à AG Insurance sa, Service de Gestion des Plaintes, Bd. E. Jacqmain 53 à B-1000 Bruxelles, ou par e-mail: customercomplaints@aginsurance.be. Si la solution proposée par AG Insurance n'offre pas satisfaction, le litige peut être soumis aussi bien à l'Ombudsman des Assurances, Square de Meeûs 35 à B-1000 Bruxelles ou à l'Autorité des services et marchés financiers (FSMA), rue du Congrès 12-14 à B-1000 Bruxelles, sans préjudice pour le preneur d'assurance d'intenter une action en justice. Toute contestation éventuelle relève de la compétence exclusive des tribunaux belges.

La loi belge s'applique au présent contrat.

18. Loi du 8/12/1992 relative à la protection de la vie privée

Données à caractère personnel

Les données à caractère personnel mentionnées au contrat peuvent être traitées par AG Insurance, en tant que responsable du traitement, moyennant respect de la loi sur la protection de la vie privée, en vue de et dans le cadre de la fourniture et de la gestion de services d'assurance en général, y compris la gestion du fichier clientèle, l'établissement de statistiques, la prévention de fraude et d'abus et – sauf en cas d'opposition expresse et gratuite de votre part – la promotion commerciale de produits et de services d'assurance.

Nous ne communiquerons pas ces données à des tiers, sauf pour autant qu'il y ait dans notre chef une obligation légale

■ Dispositions diverses

ou contractuelle ou un intérêt légitime. Ces données peuvent, le cas échéant, être communiquées à et traitées par des conseillers et intermédiaires professionnels auxquels vous faites appel. Vous avez un droit de regard sur vos données et pouvez, le cas échéant, les faire corriger. Vous pouvez vous opposer expressément à toute forme de marketing direct dans le document de souscription.

Données médicales

AG Insurance peut traiter les données médicales mentionnées au contrat, moyennant respect de la loi sur la protection de la vie privée, en vue et dans le cadre de la fourniture et de la gestion des services d'assurance en général, y compris l'établissement de statistiques et la prévention de fraude et d'abus. Les données relatives à la santé peuvent uniquement être traitées sous la responsabilité d'un professionnel des soins de santé et l'accès à ces données est limité aux personnes qui en ont besoin pour l'exercice de leurs tâches.

Nous ne communiquerons pas ces données à des tiers. Nous pouvons cependant communiquer ces données pour autant qu'il y ait dans notre chef une obligation légale ou contractuelle ou un intérêt légitime.

■ Lexique

Vous

Le preneur d'assurance du contrat, c'est-à-dire la personne morale qui conclut le contrat avec nous.

Nous

AG Insurance sa, Bd. E. Jacqmain 53, B-1000 Bruxelles.

Assuré

L'affilié, c'est-à-dire la personne sur la tête de laquelle l'assurance est conclue.

Bénéficiaire

La personne (physique ou morale) désignée aux conditions particulières pour recevoir les prestations assurées.

Cessionnaire

Le créancier au profit duquel le bénéfice du contrat est cédé en garantie de sa créance.

Capital en cas de décès

Le capital repris aux conditions particulières qui sera versé au bénéficiaire désigné en cas de décès de l'assuré.

Prime

La cotisation, payée par le preneur d'assurance. Les primes comprennent les frais d'entrée, les éventuelles taxes et cotisations prévues par la législation, ainsi que le coût des garanties complémentaires éventuelles.

Prime nette

La prime, diminuée des frais d'entrée, des éventuelles taxes et cotisations ainsi que du coût des garanties complémentaires éventuelles.

Rachat

L'opération qui consiste à procéder au rachat du contrat. En cas de rachat partiel, nous payons une partie de la valeur de rachat. En cas de rachat total, il est mis fin au contrat et nous payons la valeur de rachat.

Valeur de rachat

La réserve, à un instant déterminé, du contrat, diminuée de l'indemnité de rachat, à verser par nous en cas de rachat du contrat.

Réserve du contrat

La réserve, à un moment donné, telle que définie aux conditions produit et aux conditions particulières.

Market Timing

Technique d'arbitrage par laquelle un preneur d'assurance/assuré souscrit et revend systématiquement dans un court laps de temps des unités d'un ou de plusieurs fonds d'investissement en exploitant les décalages horaires et/ou les déficiences du système de détermination de la valeur de l'unité.

Délit

Un délit est une infraction qui, conformément aux lois, est punie d'une peine correctionnelle et la décision passe en force de chose jugée.

Crime

Un crime est une infraction qui, conformément aux lois, est punie d'une peine criminelle et la décision passe en force de chose jugée.

Conditions particulières

La convention de pension.

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.

■ Conditions produit

1. Que faut-il entendre par ?

Fonds cantonné

Actifs séparés des autres actifs de l'entreprise d'assurance et constituant un fonds cantonné. AG Insurance s'engage, en plus des bases tarifaires, à répartir et à attribuer, sous forme de participation bénéficiaire, une part du bénéfice réalisé provenant des placements de ces actifs.

Le règlement de participation bénéficiaire de ce fonds cantonné fait partie intégrante des conditions générales et produit.

Fonds d'investissement

Les fonds définis aux conditions particulières.

Les fonds disponibles sont décrits dans le document « Liste tarifaire ».

Unité

La part unitaire d'un fonds d'investissement.

Valeur d'inventaire

Le prix auquel une unité d'un fonds d'investissement est attribuée à un contrat ou annulée.

Jour de valorisation

Le jour de la détermination de la valeur d'inventaire de l'unité d'un fonds d'investissement, tel que précisé dans le règlement de gestion.

Réserve du contrat

La réserve du contrat est la somme

- de la réserve de la partie du contrat investie dans le fonds cantonné, et
- de la réserve de la partie du contrat exprimée en unités, qui résulte du nombre d'unités de chaque fonds d'investissement attribuées à votre contrat multiplié par la valeur d'inventaire.

Taux de base

Le(s) taux d'intérêt technique applicable(s) au contrat.

---

2. Quelle est la structure de votre contrat ?

Votre contrat peut être composé de deux parties, l'une investie dans le fonds cantonné, l'autre liée à des fonds d'investissement et exprimée en unités. Le mode de répartition entre les deux parties est précisée aux conditions particulières.

Pour la partie liée à des fonds d'investissement, vous supportez entièrement, en tant que preneur d'assurance, le risque financier de l'opération.

---

3. Le capital en cas de vie

Chaque prime nette est investie aux conditions tarifaires en vigueur au moment de la réception de votre prime sur notre compte financier, dans le fonds cantonné mentionné dans les conditions particulières. Ce fonds est décrit dans le règlement de participation bénéficiaire concerné.

La capitalisation débute 1 jour après la réception de votre prime sur notre compte financier mais pas avant réception du document de souscription.

Le taux d'intérêt applicable à chaque prime est garanti jusqu'au terme du contrat.

Une participation bénéficiaire peut être attribuée pour la partie de votre contrat investie dans le fonds cantonné. Les modalités en sont définies dans le règlement de participation bénéficiaire qui fait partie intégrante des conditions générales et produit. Vous avez la possibilité de faire convertir la participation bénéficiaire totalement ou partiellement en unités des fonds d'investissement prévus dans le contrat (maximum 5). La conversion en unités s'effectue au moment de l'attribution de la participation bénéficiaire, sur la base de 4 valeurs d'inventaire pour chaque fonds choisi, à savoir celles du premier lundi (ou du premier jour ouvrable qui suit ce lundi) du deuxième mois qui suit chaque trimestre de l'année écoulée.

Il n'est pas accordé de participation bénéficiaire sur la partie du contrat liée à des fonds d'investissement.

■ Conditions produit

4. Le capital garanti en cas de décès

4.1. En quoi consiste le capital décès?

En cas de décès de l'affilié avant le terme du contrat, nous nous engageons à payer au(x) bénéficiaire(s) décès désigné(s) dans la convention de pension, la réserve du contrat déterminée au moment du décès.

Toutefois, lors de la souscription, le preneur d'assurance peut déroger à cette garantie décès standard et choisir l'une des autres options décrites dans la proposition d'assurance.

L'option choisie est mentionnée dans la convention de pension.

L'option décès peut être modifiée à tout moment.

4.2. Quand la garantie décès sort-elle ses effets ?

La garantie décès sort ses effets dès enregistrement sur notre compte financier de la prime permettant de prélever le coût de cette garantie sur la réserve du contrat, sous réserve du résultat favorable des formalités médicales prévues pour les options décès autre que l'option « réserve du contrat ». La date d'effet est indiquée aux conditions particulières.

En cas de cessation du paiement des primes, « le capital décès minimum » ou « le capital décès complémentaire » éventuel est maintenu aussi longtemps que la réserve du contrat est suffisante pour le prélèvement des primes de risque.

4.3. Comment le coût de la garantie décès est-il prélevé ?

Le coût de la garantie décès est prélevé anticipativement chaque mois, proportionnellement à chaque tranche de réserve au même taux de base, en premier lieu sur la partie du contrat investie dans le fonds cantonné. En cas d'insuffisance de cette partie, le coût est prélevé, anticipativement chaque mois, sur la partie de votre contrat exprimée en unités. Le prélèvement s'effectue par annulation du nombre d'unités correspondantes. Il s'opère proportionnellement sur les différents fonds que vous avez choisis.

Si la réserve du contrat ne permet plus d'y prélever le coût de la garantie décès, nous vous en informons par écrit.

Un tableau des taux des primes applicables en cas de décès est communiqué dans la liste tarifaire. Ce tableau vous donne le taux de la prime à appliquer pour la garantie décès en fonction de l'âge. Si l'âge de l'assuré n'est pas entier, on applique la moyenne mathématique des taux de prime des deux âges entiers entre lesquels se situe l'âge de l'assuré.

La prime de risque « décès » est égale au taux de prime à appliquer multiplié par le montant du capital sous risque. Le capital sous risque en cas de décès est égal à la différence entre le capital décès mentionné dans les conditions particulières et la réserve du contrat au moment du prélèvement de la prime de risque.

5. Couverture provisoire en cas d'accident

5.1 Quand bénéficie-t-on de cette couverture provisoire en cas d'accident ?

Lors de la souscription de l'engagement de pension, une couverture provisoire en cas d'accident est offerte lorsque des garanties qui exigent des formalités médicales sont souscrites.

5.2 Quand la garantie couverture provisoire en cas d'accident sort-elle ses effets ?

Cette couverture provisoire est accordée à partir de la date de réception par la compagnie de la proposition d'assurance dûment signée, mais au plus tôt à partir de la date mentionnée dans les conditions particulières. Cette couverture provisoire prend fin à la date de la communication du résultat de l'acceptation médicale par la compagnie.

5.3 Obligations en ce qui concerne les formalités médicales

Pour l'acceptation médicale, la compagnie tiendra compte de toutes les données qui lui sont communiquées par le candidat-assuré à la souscription du contrat, ainsi que de tous les sinistres qui surviendraient pendant la période de couverture provisoire. Le candidat-assuré doit nous informer de tous les sinistres susceptibles d'influencer directement ou indirectement l'acceptation du risque.

5.4. Quand cette couverture provisoire en cas d'accident prend-elle fin ?

La garantie est considérée comme définitive après l'acceptation médicale par la compagnie.

Si, après l'acceptation médicale, la compagnie juge qu'elle ne peut pas assurer la garantie, la couverture provisoire prend fin. La prime éventuellement payée en trop sera remboursée proportionnellement pour la période non-assurée. Chaque mois échu ou entamé représente 1/12 de la prime annuelle.

5.5 Surprimes et/ou exclusions éventuelles

Il est possible que la compagnie décide, sur la base des formalités médicales, d'exclure un certain risque ou de l'accepter moyennant le paiement d'une surprime. Cette exclusion et/ou surprime est alors d'application à partir de la date de prise d'effet du contrat.

5.6 Paiement en cas d'un sinistre pendant la couverture provisoire

En cas de sinistre pendant la période de couverture provisoire, la prime éventuellement encore due sera déduite de notre intervention.

6. Quelle est votre liberté d'action et celle de l'affilié?

6.1. Remise en vigueur

Dans les 6 mois qui suivent la résiliation du contrat, vous pouvez nous demander, par écrit, la remise en vigueur du contrat. La remise en vigueur devient effective dès enregistrement de votre cotisation sur notre compte financier permettant de prélever sur la réserve du contrat le coût de la garantie décès. Nous nous réservons le droit de subordonner la remise en vigueur du contrat au résultat favorable de formalités médicales.

■ Conditions produit

6.2. Désigner les bénéficiaires

L'affilié peut désigner un ou plusieurs bénéficiaires en cas de décès. Il peut modifier son choix à tout moment. Nous ne tiendrons compte de sa désignation ou révocation que si elle nous est notifiée par écrit.

Le bénéficiaire désigné peut accepter le bénéfice du contrat.

Dès l'instant où le bénéficiaire désigné accepte le bénéfice, l'affilié ne pourra, entre autres, sans son accord exprès, obtenir le rachat du contrat, modifier la clause bénéficiaire, céder le bénéfice du contrat ou obtenir une avance.

Tant que l'affilié est en vie, l'acceptation du bénéfice ne peut se faire que par un avenant au contrat signé par ce bénéficiaire, par vous, par l'affilié et par nous.

Après le décès de l'affilié, nous ne tiendrons compte de l'acceptation du bénéfice que si elle nous est notifiée par écrit par le bénéficiaire.

6.3. Céder le bénéfice

L'affilié peut céder le bénéfice de son contrat, notamment en garantie d'une dette, dans les limites définies par la convention de pension. Cette cession doit faire l'objet d'un avenant signé par toutes les parties concernées: vous, l'affilié, nous et le cessionnaire.

6.4. Modifier le capital garanti en cas de décès

Vous pouvez à tout moment modifier votre capital garanti en cas de décès moyennant notre acceptation en cas d'augmentation de ce capital.

6.5. Racheter le contrat

L'affilié peut racheter son contrat dans les limites fixées par la convention de pension et selon les modalités fixées aux présentes conditions produit.

Le rachat est limité à la réserve de votre contrat diminuée de l'indemnité de rachat définie dans la liste tarifaire. Le rachat total met fin au contrat. En cas de rachat total, l'original de votre contrat doit nous être restitué.

La demande de rachat est faite au moyen du formulaire de rachat de la compagnie daté et signé par l'affilié. Le rachat prend cours à la date à laquelle la quittance de rachat ou tout document équivalent est signé par l'affilié.

Le rachat des unités s'effectue à la date de prise en cours du rachat, qui est celle définie dans la liste tarifaire pour l'exécution des opérations. Chaque rachat est prélevé proportionnellement à la réserve de la partie du contrat investie dans le fonds cantonné et à la réserve de la partie du contrat exprimée en unités au moment du rachat.

Nous effectuons le paiement dans les quinze jours qui suivent la date de la demande.

Si des circonstances exceptionnelles l'exigent et pour sauvegarder les intérêts des affiliés, nous pourrions suspendre temporairement tout ou partie des opérations de rachat et prendre toute mesure nécessaire. Dans ces circonstances, l'application de ces mesures exceptionnelles serait immédiatement portée à votre connaissance.

6.6. Recevoir une avance

L'affilié peut obtenir une avance sur la partie de son contrat investie dans le fonds cantonné et dans les limites fixées par la convention de pension. Une avance est accordée aux conditions fixées dans un acte d'avance et contre dépôt de l'exemplaire du contrat appartenant à l'affilié. L'avance maximale est égale à la valeur du contrat diminuée des retenues fiscales et légales.

6.7. Transférer la réserve du contrat

L'affilié peut à tout moment transférer tout ou partie de la réserve de la partie de son contrat investie dans un ou plusieurs fonds d'investissement vers la partie investie dans le fonds cantonné ou vers un ou plusieurs autres fonds d'investissement. Le transfert est effectué selon la règle définie dans la liste tarifaire pour l'exécution des opérations. Pour cela nous retirons des unités, calculées à leur valeur d'inventaire, du ou des fonds d'investissement que l'affilié souhaite quitter.

Pour le montant transféré vers

- un autre fonds d'investissement, nous lui attribuons simultanément les nouvelles unités, calculées à leur valeur d'inventaire en vigueur dans le ou les autres fonds qu'il a choisi(s).
- la partie du contrat investie dans le fonds cantonné, la capitalisation du montant transféré débute simultanément.

Les frais de transfert sont mentionnés dans la liste tarifaire. En cas de transfert d'un ou de plusieurs fonds d'investissement vers un ou plusieurs autres fonds d'investissement, ils seront prélevés par annulation d'unités.

Si des circonstances exceptionnelles l'exigent et pour sauvegarder les intérêts des affiliés, nous pourrions suspendre temporairement tout ou partie des opérations de transfert et prendre toute mesure nécessaire, y compris le transfert d'office de la réserve des contrats investie dans un fonds d'investissement vers un autre fonds similaire qui nous paraît plus approprié. Dans ces circonstances, l'application de ces mesures exceptionnelles serait immédiatement portée à votre connaissance.

7. Que se passe-t-il en cas de …..

- **Liquidation d'un fonds ?**

En cas de liquidation d'un fonds d'investissement, vous avez le choix entre le transfert interne et le rachat de la partie de la réserve de votre contrat investie dans le fonds liquidé. Aucune indemnité ne peut vous être réclamée.

- **Liquidation du contrat à l'échéance ?**

Lorsque le contrat est liquidé à l'échéance, les unités des fonds d'investissement sont vendues à la valeur d'inventaire du jour de l'échéance prévue au contrat.

8. De quelle information disposez-vous ?

Le règlement de participation bénéficiaire définit les objectifs et la politique d'investissement du fonds cantonné ainsi que les règles de détermination et d'affectation des revenus.

Un rapport financier annuel est disponible sur simple demande au siège de la compagnie.

Un règlement de gestion général des fonds d'investissement définit les règles de gestion communes à tous nos fonds. Un règlement de gestion spécifique par fonds d'investissement définit les objectifs et la politique d'investissement du fonds. Ces documents peuvent être modifiés par la compagnie et seule la dernière version des documents est applicable au contrat. Ils sont disponibles sur simple demande au siège de la compagnie.

Un rapport sur la politique d'investissement et l'évolution de nos différents fonds est établi semestriellement. Il est disponible sur simple demande au siège de la compagnie.

■ Règlement de participation bénéficiaire du fonds "Rendement"

Le fonds "Rendement" est un fonds cantonné géré par AG Insurance conformément à l'article 57 de l'Arrêté Royal du 14 novembre 2003 relatif à l'activité d'assurance sur la vie.

1.Quels sont les objectifs d'investissement du fonds "Rendement"?

- Le fonds a pour but de procurer chaque année un rendement attractif au client tout en lui garantissant un taux d'intérêt de base minimal à moyen et long terme.
  La politique de placement associe, entre autres, les lignes de conduite suivantes:
  - une gestion prudente, pour pouvoir atteindre le taux d'intérêt de base minimal, réalisée grâce à une proportion suffisante du portefeuille investie dans des actifs à rendement fixe;
  - une optimalisation du rendement grâce à d'autres types de placements présentant un niveau de risque plus important.
- Le portefeuille à rendement fixe est investi pour la majeure partie en euro-obligations.
- Pour les placements en actions, le choix se porte principalement sur des sociétés ayant leur siège social situé dans les zones euro et world ex-euro (Etats-Unis, Canada, Royaume Uni, Japon, Suisse et les pays scandinaves en dehors de l'euro). Seules des actions cotées sur des bourses réglementées sont sélectionnées.
- Lors de l'achat d'autres instruments de placements, un rating minimal de "A" est exigé la plupart du temps.
- En outre, le fonds peut faire usage de tous les instruments financiers autorisés dans les limites établies par l'AR du 22 février 1991 portant règlement général relatif au contrôle des entreprises d'assurances.

2. Comment le rendement est-il déterminé ?

L'actif moyen sous gestion de chaque contrat prend en considération la valeur de l'actif géré au début de l'année et l'ensemble des mouvements – positifs ou négatifs – intervenus dans le courant de l'année, en tenant compte de leurs dates valeurs.

Le *rendement financier brut* du fonds est déterminé par :

- le rendement actuariel du portefeuille obligataire (les coupons et l'amortissement actuariel de la différence entre la valeur d'acquisition et la valeur nominale)
- les dividendes
- les intérêts générés par le placement des liquidités
- les revenus locatifs de biens immobiliers
- les frais de gestion et de transactions payés pour la gestion ainsi que l'achat et la vente d'actifs
- les primes payées ou reçues par le biais des autres instruments financiers
- les plus- et moins-values réalisées lors de la vente d'actifs
- les réductions de valeurs et/ou les reprises de réductions de valeurs selon les règles comptables en vigueur
- les prélèvements fiscaux et légaux.

Si des actifs sont alloués au fonds en compensation d'une baisse sur le marché des valeurs représentatives du fonds, les rendements générés par ces actifs ne sont pas repris dans le rendement financier brut du fonds.

Le *rendement financier net* est égal au rendement financier brut du fonds, diminué de la partie des plus-values réalisées et des reprises de réductions de valeurs éventuellement mise en réserve pour la détermination de rendements futurs, et augmenté d'un éventuel prélèvement dans cette réserve. Cette réserve demeure une partie intégrante du fonds.

Le rendement financier net excédentaire équivaut à la différence entre le rendement financier net d'une part et d'autre part le pourcentage de rendement actuariel du portefeuille d'obligations d'Etat dans le fonds, appliqué à l'actif moyen sous gestion du fonds. Cette différence peut être soit positive, soit négative.

AG Insurance s'engage à distribuer aux contrats :

- minimum 70% du pourcentage de rendement actuariel du portefeuille d'obligations d'Etat dans le fonds, appliqué à

■ Règlement de participation bénéficiaire du fonds "Rendement"

l'actif moyen sous gestion du fonds, et

- minimum 70% du rendement financier net excédentaire.

AG Insurance se réserve le droit d'appliquer des pourcentages inférieurs dans le cas où l'application de ces pourcentages de 70% aboutirait à une marge pour AG Insurance inférieure à 1% de l'actif moyen sous gestion.

Le fonds comporte différents niveaux de taux d'intérêt de base. Le niveau du taux d'intérêt de base est mentionné dans le contrat. La répartition des 70% minimum du rendement financier net excédentaire cité plus haut intervient proportionnellement au montant de la contribution de chaque taux d'intérêt de base dans le bénéfice financier, en tenant compte de l'actif moyen sous gestion par taux d'intérêt de base.

La contribution que chaque taux d'intérêt de base apporte au bénéfice financier est déterminée par la partie des contrats pouvant être investie dans des placements comportant un certain niveau de risque. Cette partie sera d'autant plus grande que le taux d'intérêt de base est faible, et est calculée grâce à la formule suivante :

$$1 - \frac{(1+i)^8}{(1+s)^8}$$

où i représente le taux d'intérêt de base des contrats concernés, et s au moins 70% du pourcentage de rendement actuariel du portefeuille d'obligations d'Etat dans le fonds.

La portion de l'ensemble du fonds que AG Insurance peut investir dans des placements présentant un certain niveau de risque est déterminée par la somme des portions se rapportant à chaque taux d'intérêt de base, soit les parts pouvant être investies en placements à risques multipliées par les actifs moyens respectifs de chaque taux d'intérêt de base. De cela découle la proportion dans laquelle chaque taux d'intérêt de base contribue au rendement financier net excédentaire. Ces proportions permettent de répartir le rendement financier net excédentaire parmi les taux d'intérêt de base.

En outre, le rendement attribué aux contrats à primes récurrentes est diminué de maximum 0,50% de l'actif moyen sous gestion des contrats.

Néanmoins, le rendement du fonds ne sera réparti et attribué qu'à concurrence des bénéfices générés par les opérations réalisées dans le fonds (Art. 58 § 2 de l'Arrêté Royal du 14 novembre 2003 concernant l'activité vie).

AG Insurance se réserve le droit de retenir l'ensemble des impôts, taxes, cotisations et charges présents et à venir.

Ce règlement de participation bénéficiaire fait partie intégrante des conditions générales du contrat. AG Insurance établit un rapport financier annuel qui permet de vérifier si la part des bénéfices attribuée aux contrats et si les placements effectués sont bien conformes aux dispositions du règlement de participation bénéficiaire.

3. Autres dispositions

AG Insurance se réserve le droit de liquider le fonds à tout moment. En cas de liquidation du fonds "Rendement", le preneur d'assurance a le choix entre le transfert interne et la liquidation de la valeur de rachat théorique. La différence entre la valeur de liquidation du fonds et la valeur de rachat théorique des contrats, après déduction des frais de transaction, sera répartie entre les contrats, pour autant que cette différence soit positive. Cette différence est répartie entre les contrats proportionnellement à la valeur de rachat des contrats. Aucune indemnité ne sera appliquée, ni en cas de liquidation, ni en cas de transfert interne.

■ Règlement de participation bénéficiaire du fonds "Top Life 99"

Le fonds "Top Life 99" est un fonds cantonné géré par AG Insurance conformément à l'article 57 de l'Arrêté Royal du 14 novembre 2003 relatif à l'activité d'assurance sur la vie.

1. Quels sont les objectifs d'investissement du fonds "Top Life 99"?

- Le fonds a pour but de procurer chaque année un rendement attractif au client tout en lui garantissant un taux d'intérêt de base minimal à moyen et long terme. La politique de placement associe, entre autres, les lignes de conduite suivantes:
  - une gestion prudente, pour pouvoir atteindre le taux d'intérêt de base minimal, réalisée grâce à une proportion suffisante du portefeuille investie dans des actifs à rendement fixe;
  - une optimalisation du rendement grâce à d'autres types de placements présentant un niveau de risque plus important.
- Le portefeuille à rendement fixe est investi pour la majeure partie en euroobligations.
- Pour les placements en actions, le choix se porte principalement sur des sociétés ayant leur siège social situé dans les zones euro et world ex-euro (Etats-Unis, Canada, Royaume Uni, Japon, Suisse et les pays scandinaves en dehors de l'euro). Seules des actions cotées sur des bourses réglementées sont sélectionnées.
- Lors de l'achat d'autres instruments de placements, un rating minimal de "A" est exigé la plupart du temps.
- En outre le fonds peut faire usage de tous les instruments financiers autorisés dans les limites établies par l'AR du 22 février 1991 portant règlement général relatif au contrôle des entreprises d'assurances.

---

2. Comment le rendement est-il déterminé?

L'*actif moyen sous gestion* de chaque contrat prend en considération la valeur de l'actif géré au début de l'année et l'ensemble des mouvements – positifs ou négatifs – intervenus dans le courant de l'année, en tenant compte de leurs dates valeurs.

Le *rendement financier brut* du fonds est déterminé par :

- le rendement actuariel du portefeuille obligataire (les coupons et l'amortissement actuariel de la différence entre la valeur d'acquisition et la valeur nominale)
- les dividendes
- les intérêts générés par le placement des liquidités
- les revenus locatifs de biens immobiliers
- les frais de gestion et de transactions payés pour la gestion ainsi que l'achat et la vente d'actifs
- les primes payées ou reçues par le biais des autres instruments financiers
- les plus- et moins-values réalisées lors de la vente d'actifs
- les prélèvements fiscaux et légaux.

Si des actifs sont alloués au fonds en compensation d'une baisse sur le marché des valeurs représentatives du fonds, les rendements générés par ces actifs ne sont pas repris dans le rendement financier brut du fonds.

Le rendement financier brut est réparti entre les deux classes de produits suivantes proportionnellement à l'actif moyen sous gestion de chaque classe de produits:

- la classe de produits 1 reprend les contrats d'assurance vie du type Top Life et Top Multilife souscrits jusqu'au 31/01/2009 inclus
- la classe de produits 2 reprend les contrats proposés sous la dénomination Pension@work, les contrats d'assurance vie du type Top Multilife souscrits à partir du 01/02/2009 et les contrats d'assurance vie du type Top Rendement avec un taux d'intérêt de base différent de 0% souscrits à partir du 01/02/2009.

Le *rendement financier net* de la classe de produits 1 est déterminé conformément aux conditions générales des produits concernés.

■ Règlement de participation bénéficiaire du fonds "Top Life 99"

Pour la classe de produits 2, au moins 70% du rendement financier brut diminués de la charge correspondant à l'octroi de l'intérêt technique ainsi que des prélèvements fiscaux et légaux, déterminent la participation bénéficiaire pour l'année écoulée. Si ce pourcentage devait mener à une marge pour AG Insurance inférieure à 1% des actifs moyens sous gestion, AG Insurance se réserve le droit d'utiliser un pourcentage plus faible.

La participation bénéficiaire est attribuée à chaque contrat en vigueur au 31 décembre de l'année écoulée.

Néanmoins, le rendement du fonds ne sera réparti et attribué qu'à concurrence des bénéfices générés par les opérations réalisées dans le fonds (Art. 58 § 2 de l'Arrêté Royal du 14 novembre 2003 concernant l'activité vie).

AG Insurance se réserve le droit de retenir l'ensemble des impôts, taxes, cotisations et charges présents et à venir.

Ce règlement de participation bénéficiaire fait partie intégrante des conditions générales du contrat. AG Insurance établit un rapport financier annuel qui permet de vérifier si la part des bénéfices attribuée aux contrats et si les placements effectués sont bien conformes aux dispositions du règlement de participation bénéficiaire.

3. Autres dispositions

AG Insurance se réserve le droit de liquider le fonds à tout moment. En cas de liquidation du fonds "Top Life 99", le preneur d'assurance a le choix entre le transfert interne et la liquidation de la valeur de rachat théorique. La différence entre la valeur de liquidation du fonds et la valeur de rachat théorique des contrats, après déduction des frais de transaction, sera répartie entre les contrats, pour autant que cette différence soit positive. Cette différence est répartie entre les contrats proportionnellement à la valeur de rachat des contrats. Aucune indemnité ne sera appliquée, ni en cas de liquidation, ni en cas de transfert interne.

■ Assurance complémentaire contre le risque d'accident mortel

La présente assurance est complémentaire à une assurance vie, dite assurance principale.
Elle est régie par les conditions générales et les conditions produit de ladite assurance, sous réserve des dispositions qui suivent.

1. Qu'assurons-nous ?

Nous payons le capital indiqué dans la Convention de pension lorsque l'affilié est victime, au cours de sa vie professionnelle ou privée, d'un accident entraînant le décès.

2. Où l'assurance est-elle valable ?

Cette assurance complémentaire est valable dans le monde entier, pour autant que l'affilié ait sa résidence habituelle en Belgique.

3. Qu'entend-on par "accident" ?

Un événement soudain et fortuit qui produit une lésion corporelle contrôlable et dont la cause ou l'une des causes est extérieure à l'organisme de l'affilié. Le concept sera interprété, au moment de l'accident, conformément à la jurisprudence relative à la loi sur les accidents du travail.

L'accident est mortel lorsque le décès en est la conséquence directe et exclusive et survient dans un délai maximum d'un an à dater de l'accident; ce délai n'est pas d'application si l'affilié est resté constamment en état d'incapacité de travail totale depuis le jour de l'accident.

4. Quelles sont les obligations de l'affilié et du bénéficiaire ?

La partie du contrat relative à cette assurance complémentaire est contestable pendant toute sa durée.

a. Lors de la souscription du contrat

Tous les renseignements que nous demandons et toutes les circonstances connues du preneur d'assurance ou de l'affilié et dont il est raisonnable de penser qu'elles constituent pour nous des éléments d'appréciation du risque doivent nous être fournis.

En cas de non-respect de cette obligation, les dispositions des articles 6 et 7 de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre seront d'application.

b. En cours de contrat

Toute modification de l'activité professionnelle ou sportive de l'affilié telle qu'elle est décrite dans la convention de pension et tout déménagement du lieu de résidence habituelle vers l'étranger doivent être signalés par écrit à la compagnie dans les 30 jours de leur survenance.

A tout moment et indépendamment du sort réservé à l'assurance principale, il peut être mis fin à cette assurance complémentaire.

■ Assurance complémentaire contre le risque d'accident mortel

c. En cas de sinistre
Le sinistre doit nous être déclaré dès que possible et en tous cas dans une période de trente jours de sa survenance. Toutefois, nous ne prévaudrons pas du non-respect de ce délai si la déclaration a été faite aussi rapidement que cela pouvait raisonnablement se faire.

Tous renseignements utiles, toutes pièces justificatives et tous documents relatifs au sinistre demandés par nous doivent nous être fournis dès que possible.

Les mesures nécessaires doivent être prises pour que nos médecins délégués puissent se rendre auprès de l'affilié et qu'ils puissent examiner celui-ci en tout temps et remplir toutes les missions jugées nécessaires par nous dans un délai de 30 jours à compter de notre notification.

Si les obligations précitées ne sont pas respectées, et qu'il en résulte un préjudice pour nous, nous réduirons notre prestation à concurrence du préjudice subi. Nous déclinerons notre garantie si, dans une intention frauduleuse, les obligations n'ont pas été exécutées.

5. Quels sont les risques exclus ?

a. Ne sont pas considérés comme accidents :
- le suicide ou la tentative de suicide de l'affilié ;
- les maladies, sauf celles qui sont la conséquence directe d'un accident et qui surviennent dans un délai d'un an maximum à partir de celui-ci ;
- les opérations chirurgicales, sauf celles consécutives à un accident.

b. La garantie n'est jamais acquise lorsque l'accident :
- résulte d'un risque exclu par l'assurance principale. Dans les conditions particulières, les deux parties peuvent déroger à ces exclusions générales de l'assurance principale. Ceci n'implique pas que les stipulations dérogatoires valables pour l'assurance principale soient automatiquement d'application pour les assurances complémentaires. Les conditions particulières doivent clairement mentionner à quelles garanties les dérogations et/ou les exceptions sont applicables ;
- résulte directement ou indirectement d'une consommation abusive d'alcool, de toxicomanie, d'un usage abusif de médicaments ou de toute autre drogue, stupéfiant ou substance psychoactive non prescrite médicalement ;
- survient alors que l'affilié est en d'intoxication alcoolique de plus de 1,5 g par litre de sang, en état d'ivresse ou dans un état analogue causé par l'usage de substances autres que des boissons alcoolisées sauf s'il parvient à apporter la preuve qu'il n'existe pas de relation de cause à effet entre cette situation et l'accident ;
- résulte de paris, de défis ou de négligences exposant sans raison valable l'affilié à un danger dont il aurait dû avoir conscience, à l'exception des actes qui ont été accomplis pour la sauvegarde de personnes ou de biens ;
- résulte de la participation volontaire de l'affilié à un crime ou à un délit ;
- est la conséquence d'une rixe, d'une agression ou d'un attentat sauf s'il est établi que l'affilié n'en était ni un provocateur, ni un instigateur ;
- ou certaines conséquences de l'accident résultent d'un fait intentionnel de la part de l'affilié ou d'un bénéficiaire ;
- résulte d'un événement de guerre, ou de faits de même nature ou d'une guerre civile. Le décès, quelle qu'en soit la cause, est toujours exclu si l'affilié participe activement aux hostilités.

En cas de séjour à l'étranger, le décès dû à un événement de guerre est couvert:
- si le conflit, imprévisible, éclate pendant le séjour de l'affilié ;
- si l'affilié se rend dans un pays où il y a un conflit armé pour autant que ceci soit stipulé explicitement aux conditions particulières (moyennant une surprime éventuelle).

■ Assurance complémentaire contre le risque d'accident mortel

Dans ces deux cas, il incombe au bénéficiaire de nous fournir la preuve que l'affilié n'a pas participé activement aux hostilités ;

• résulte de la participation de l'affilié à des émeutes ou troubles civils en général, sauf s'il y est intervenu en tant que membre des forces chargées du maintien de l'ordre ou pour défendre directement sa personne ou ses biens.

---

c. Sauf convention contraire, la garantie n'est pas acquise lorsque l'accident résulte :

• de la pratique en compétition de l'équitation, de sport d'hiver ou du cyclisme, y compris au cours d'entraînements en vue de telles épreuves ;
• de la pratique de l'alpinisme, du parachutisme, de la plongée sous-marine, de la spéléologie, du vol à voile, du rugby ;
• de la présence à bord d'un appareil de locomotion aérienne en tant que pilote ou en tant que passager exerçant au cours du vol une activité professionnelle (en relation ou non avec l'appareil ou le vol) ;
• de l'utilisation en tant que conducteur ou passager d'un engin de locomotion à moteur ou à traction animale au cours d'exhibitions, compétitions ou concours (y compris les entraînements et essais) ;
• de la réalisation des risques suivants, propres aux activités professionnelles de l'affilié :
  - risques inhérents à une activité dans un chantier de construction ou de démolition, dans le montage des charpentes, ascenseurs et presses, ou sur un site d'exploitation ou de recherche pétrolière ;
  - risques de chute de l'affilié d'une hauteur de plus de 4 mètres ;
  - risques inhérents aux descentes en puits, mines ou carrières en galeries, aux travaux sur installations électriques à haute tension ;
  - risques inhérents à la manipulation ou au transport d'engins et produits explosifs, de produits corrosifs ou inflammables ;
  - séjours de plus d'un mois hors d'Europe ;
  - risques inhérents à l'appartenance aux forces de l'ordre ou militaires, au corps des pompiers ou de la protection civile ;
  - risques inhérents à la mise au point de prototypes d'engin de locomotion à moteur ou de leurs accessoires.
• d'un fait survenu pendant une mission à l'étranger organisée par une autorité régionale, nationale ou internationale ;
• de tout fait ou succession de faits de même origine, dès lors que ce fait ou ces faits ou certains sinistres causés proviennent ou résultent des propriétés radioactives, toxiques, explosives ou autres propriétés dangereuses des combustibles nucléaires, produits ou déchets radioactifs ainsi que des sinistres résultant directement ou indirectement de toute source de radiations ionisantes.

---

6. Quand cette assurance complémentaire prend-elle fin ?

L'assurance complémentaire prend fin à la date indiquée dans la convention de pension mais au plus tard au terme de l'assurance principale.

Elle est résiliée de plein droit en cas de paiement du capital en cas de décès accidentel, en cas de cessation du paiement des primes, rachat, résiliation, annulation ou liquidation de l'assurance principale.

La résiliation de la présente assurance complémentaire ne modifie en rien la valeur de rachat de l'assurance principale.

■ Assurance complémentaire contre le risque d'incapacité de travail

Conditions générales

1. Qu'entend-on par les termes suivants?

1.1. Affilié
La personne assurée.

1.2. Incapacité de travail, ci-après dénommée l'incapacité
La diminution de l'intégrité physique de l'affilié, consécutive à une maladie ou à un accident, entraînant une diminution des revenus professionnels ou de la capacité de gain de l'affilié. Lors de l'appréciation de l'incapacité de l'affilié, sont prises en compte la profession exercée et les possibilités de reclassement dans une activité professionnelle qui soit compatible avec ses connaissances, ses aptitudes et sa situation sociale dans des conditions économiques normales. La détermination du degré d'incapacité est donc indépendante de tout autre critère économique. Le taux d'incapacité pris en considération ne peut dépasser celui qui serait déterminé par les conditions du marché du travail en Belgique.

L'incapacité est considérée comme totale lorsque le taux d'incapacité de travail atteint au moins 67%.

1.3. Contrat d'assurance lié à l'activité professionnelle
Contrat d'assurance conclu par un preneur d'assurance au bénéfice d'une ou de plusieurs personnes qui, au moment de la conclusion du contrat, sont professionnellement liées avec le preneur d'assurance.

1.4. Rechute
Une nouvelle incapacité consécutive à la même maladie, à la même affection ou au même accident.

1.5. Durée minimale
La durée minimale, telle que précisée aux conditions particulières, que l'incapacité doit atteindre pour que les prestations soient dues. Cette période commence le jour fixé par le médecin comme étant le début de l'incapacité.

Lorsque l'incapacité se poursuit au-delà de cette durée minimale, les prestations sont dues depuis le premier jour de cette incapacité. Si une période d'incapacité de travail est suivie par une nouvelle période consécutive à une autre maladie, à une autre affection ou à un autre accident, une nouvelle durée minimale est d'application.

1.6. Délai de carence
Le délai de carence est une période débutant le jour fixé par le médecin comme étant le début de l'incapacité de travail et se terminant après un certain nombre de jours défini dans les conditions particulières. Durant cette période, nous ne sommes redevables d'aucune prestation.

Si l'incapacité se poursuit au-delà de ce délai de carence, nous sommes redevables des prestations à partir du premier jour qui suit la fin de ce délai. Si une période d'incapacité de travail est suivie par une nouvelle période consécutive à une autre maladie, à une autre affection ou à un autre accident, un nouveau délai de carence est d'application.

■ Assurance complémentaire contre le risque d'incapacité de travail

1.7. Délai d'attente
La période qui débute à la prise d'effet de la garantie et durant laquelle l'affilié ne peut faire valoir aucun droit aux prestations.

1.8. Crime
Un crime est une infraction qui, conformément aux lois, est punie d'une peine criminelle. N'est considéré comme tel que le crime qui a fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée.

1.9. Délit
Un délit est une infraction qui, conformément aux lois, est punie d'une peine correctionnelle. N'est considéré comme tel que le délit qui a fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée.

1.10. Maladie
Toute altération de la santé de l'affilié d'origine non accidentelle, présentant des symptômes objectifs et organiques et reconnue par un médecin légalement autorisé à pratiquer son art, soit en Belgique, soit dans le pays où se trouve l'affilié au moment de la constatation de la maladie.

Les complications pathologiques de la grossesse sont, sur la base d'une attestation médicale, assimilées à une maladie. Par contre, le repos de maternité légal ou réglementaire n'est pas assimilé à une période d'incapacité de travail résultant d'une maladie.

1.11. Accident
Un événement soudain et fortuit qui produit une lésion corporelle contrôlable et dont la cause ou l'une des causes est extérieure à l'organisme de l'affilié.

1.12. Sinistre
Tout événement susceptible de faire intervenir les garanties de la convention.

1.13. Aggravation
Toute augmentation du taux d'incapacité.

1.14. Amélioration
Toute diminution du taux d'incapacité.

■ Assurance complémentaire contre le risque d'incapacité de travail

1.15. Affection préexistante

La diminution de l'intégrité physique consécutive à des accidents, maladies ou affections survenus avant la date d'affiliation ou dont la ou les causes sont antérieures à cette date et/ou dont les premiers symptômes se sont manifestés avant cette date mais qui n'a pas été déclarée par l'affilié lors de l'affiliation.

En tout cas, en ce qui concerne les contrats d'assurance non liés à l'activité professionnelle au sens de la loi sur le contrat d'assurance terrestre, n'est pas considérée comme une affection préexistante une maladie ou une affection qui n'a pas été diagnostiquée dans les deux années suivant la prise d'effet de la garantie incapacité de travail et dont les symptômes s'étaient déjà manifestés au moment de la conclusion de cette garantie mais n'avaient, lors de la déclaration des risques et non intentionnellement, pas été déclarés ou l'avaient été de manière inexacte.

1.16. Acte intentionnel

L'acte commis volontairement et sciemment par l'affilié et qui a causé un dommage raisonnablement prévisible sans que l'affilié ait nécessairement eu l'intention de causer le dommage tel qu'il s'est produit.

1.17. Résidence habituelle

Le lieu choisi par l'affilié comme centre permanent ou habituel de ses intérêts personnels et/ou patrimoniaux et déterminé par des circonstances de nature personnelle et/ou professionnelle qui révèlent des liens durables avec ce lieu ou la volonté de nouer de tels liens.

2. Objet de l'assurance

Cette assurance garantit le paiement des prestations décrites aux conditions particulières et, selon les modalités qui y figurent, lorsque l'affilié est frappé d'une incapacité de travail provoquée par une maladie ou un accident.

La présente assurance est complémentaire à une assurance vie, dite assurance principale. Elle est régie par les conditions générales et les conditions produit de ladite assurance principale, sous réserve des conditions générales et/ou particulières de la présente assurance complémentaire.

L'assurance souscrite par une personne morale au profit de son dirigeant visé à l'article 32, alinéa 1, 1° et 2° CIR/92 a pour but de compenser une perte de revenus du travail et constitue, par conséquent, un engagement individuel tel que visé à l'article 52, 3°, b, 4ième tiret du Code des Impôts sur les Revenus 1992, à savoir un engagement qui doit être considéré comme un complément aux indemnités légales en cas d'incapacité de travail par suite d'un accident et/ou d'une maladie.

■ Assurance complémentaire contre le risque d'incapacité de travail

3. Les prestations et les modalités y afférentes

3.1 Prestations

3.1.1 Rente en cas d'incapacité

Lorsque le droit aux prestations est ouvert au profit de l'affilié, nous payons durant la période d'incapacité et proportionnellement à son taux, une rente dont le montant annuel est déterminé aux conditions particulières. Cette rente est, sauf convention contraire, payable par fractions mensuelles, à termes échus, la première fois par un prorata initial le dernier jour du mois de l'ouverture du droit aux prestations, et pour la dernière fois par un prorata final au moment où le droit aux prestations cesse.

3.1.2 Remboursement des primes

Lorsque le droit aux prestations est ouvert, nous remboursons au preneur d'assurance, durant la période d'incapacité et proportionnellement à son taux, le montant de la prime payée pour l'assurance principale et l'assurance complémentaire, taxes éventuelles comprises. Ce montant est payable selon les mêmes modalités que la rente décrite plus haut.

Lorsque le taux d'incapacité est consolidé sur la base d'un rapport médical de consolidation révisable, le preneur d'assurance est exonéré du paiement de la prime et nous prenons directement en charge les montants dus pour l'assurance principale et l'assurance complémentaire, taxes comprises.

3.1.3 Réévaluation périodique

Au vu des progrès de la science médicale, nous nous réservons le droit de réévaluer périodiquement le taux d'incapacité, l'affilié s'engageant dès lors à fournir tous les renseignements médicaux utiles et à subir les examens médicaux nécessaires à cette fin.

3.2 Modalités

3.2.1 Couverture de l'incapacité de travail partielle et totale

Les prestations sont payables proportionnellement au taux d'incapacité.

3.2.2 Couverture de l'incapacité de travail totale uniquement

Les prestations ne sont payables qu'en cas d'incapacité totale.

4. Formalités médicales

Nous avons défini une politique d'acceptation du risque « incapacité» prévoyant des formalités médicales.

Conformément à cette politique, lors d'une affiliation ou lors d'une augmentation des garanties, nous subordonnons dans certains cas son acceptation au résultat favorable d'un questionnaire médical ou d'un examen médical passé à nos frais devant un médecin.

En fonction du résultat de ces formalités médicales, nous pouvons accepter, refuser ou différer l'affiliation ou l'augmentation des garanties, réclamer une surprime et/ou exclure certaines affections.

Les exclusions d'ordre médical sont communiquées par lettre recommandée au candidat-affilié.

Les surprimes sont communiquées par lettre au preneur d'assurance. Cette lettre ne doit pas nous être retournée. Nous appliquons automatiquement les surprimes.

La politique d'acceptation médicale peut être revue à tout moment.

■ Assurance complémentaire contre le risque d'incapacité de travail

5. Affections préexistantes

Le droit aux prestations n'est jamais ouvert si l'incapacité résulte d'une affection préexistante.

Ce principe s'applique également aux augmentations, extensions ou remises en vigueur de garanties.

Le taux d'incapacité est diminué du taux des incapacités éventuelles existant au moment de la prise en cours des présentes garanties, de la remise en vigueur ou d'une augmentation des garanties, ou bien résultant d'un risque exclu.

---

6. Étendue géographique des garanties

Les garanties sont effectives dans le monde entier selon les modalités suivantes :

- l'affilié doit avoir sa résidence habituelle en Belgique et le contrôle prévu dans la présente convention doit pouvoir être exercé en Belgique ;
- les garanties sont effectives si l'affilié séjourne dans un des pays suivant : Allemagne, Andorre, Autriche, Belgique, Bulgarie, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, État de la Cité du Vatican, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Lichtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Monaco, Pays-Bas, Pologne, Portugal, Roumanie, Royaume-Uni, République de Chypre, République de San-Marin, Slovaquie, Slovénie, Suède, Suisse, République Tchèque ;
- en cas de séjour hors de l'un de ces pays, les garanties ne sont effectives que s'il s'agit d'un séjour de maximum trois mois ou de plusieurs séjours d'une durée cumulative de maximum trois mois par année calendrier, dans un ou plusieurs pays ;
- en cas de séjour hors de l'un de ces pays, de séjours de plus de trois mois ou de séjours multiples dans un ou plusieurs pays d'une durée cumulative de plus de trois mois par année calendrier, les garanties ne sont effectives qu'après notre accord écrit préalable.

---

7. Quand a-t-on droit aux prestations?

Le droit aux prestations s'ouvre si :

- le taux d'incapacité est d'au moins 25 % ;
- le délai de carence ou la durée minimale tel que précisé dans les conditions particulières, est écoulé ;
- le délai d'attente de 18 mois, applicable en cas de troubles psychiques, de fibromyalgie ou de syndrome de fatigue chronique, est écoulé.

Le droit aux prestations est déterminé par la date fixée par décision médicale comme étant le début de l'incapacité.

En cas de rechute dans les trois mois qui suivent une diminution du taux d'incapacité sous le seuil de 25% suite à une amélioration :

- nous considérons qu'il y a continuation de la même incapacité et qu'aucun nouveau délai de carence ou aucune durée minimale n'est applicable ;
- nous ne tenons pas compte des éventuelles demandes d'augmentation de la rente assurée.

Toute augmentation des prestations causée par une nouvelle cause d'incapacité est soumise au délai de carence ou à la durée minimale prévu par les conditions particulières.

Durant un sinistre, ni la prime ni la rente assurée ne peuvent être adaptées.

Si l'incapacité est la conséquence d'une grossesse ou d'un accouchement, les prestations sont suspendues pendant une période qui correspond à la période de repos de maternité légal ou réglementaire qui est octroyée pour la naissance d'un enfant (ci-après dénommée la durée standard du repos de maternité). La détermination de cette période ne prend pas en compte d'éventuelles prolongations et est effectuée sur la base du statut social de l'affilié.

■ Assurance complémentaire contre le risque d'incapacité de travail

En ce qui concerne les incapacités se produisant avant la date de l'accouchement et qui sont la suite d'une grossesse, le point de départ de la durée standard de repos de maternité s'apprécie en fonction de la date probable de l'accouchement. En ce qui concerne les incapacités se produisant après la date de l'accouchement et qui sont la suite d'une grossesse ou d'un accouchement (après plus de 180 jours de grossesse), le point de départ de la durée standard du repos de maternité s'apprécie en fonction de la date effective de l'accouchement.

Si l'incapacité est la suite :

- de troubles psychiques dont le diagnostic repose sur des signes physiologiques objectifs constatés par un médecin psychiatre,
- de fibromyalgie dont le diagnostic repose sur des signes physiologiques objectifs constatés par un médecin spécialisé,
- d'un syndrome de fatigue chronique dont le diagnostic repose sur des signes physiologiques objectifs constatés par un centre de référence reconnu,

les prestations ne sont dues que durant une période cumulée de deux ans sur toute la durée de la garantie et après application d'un délai d'attente de 18 mois.

Le droit aux prestations cesse :

- lorsque le taux d'incapacité tombe sous les 25% suite à une amélioration ;
- au terme de la présente assurance complémentaire ;
- au décès de l'affilié.

---

8. Quels sont les risques exclus?

La garantie n'est jamais acquise lorsque l'incapacité:

- résulte d'un risque exclu par l'assurance principale. Dans les conditions particulières, les deux parties peuvent déroger à ces exclusions générales de l'assurance principale. Ceci n'implique pas que les stipulations dérogatoires valables pour l'assurance principale soient automatiquement d'application pour les assurances complémentaires. Les conditions particulières mentionnent à quelles garanties les dérogations et/ou les exceptions sont applicables ;
- résulte directement ou indirectement d'une consommation abusive d'alcool, de la toxicomanie, d'un usage abusif de médicaments ou de toute autre drogue, stupéfiant ou substance psycho-active non prescrite médicalement ;
- survient alors que l'affilié est en d'intoxication alcoolique de plus de 1,5 g par litre de sang, en état d'ivresse ou dans un état analogue causé par l'usage de substances autres que des boissons alcoolisées sauf s'il parvient à apporter la preuve qu'il n'existe pas de relation de cause à effet entre cette situation et la maladie et/ou l'accident ;
- résulte d'un fait intentionnel de la part de l'affilié ou du bénéficiaire ;
- résulte de paris, de défis ou de négligences exposant sans raison valable l'affilié à un danger dont il aurait dû avoir conscience, à l'exception des actes qui ont été accomplis pour la sauvegarde de personnes ou de biens ;
- résulte de la participation volontaire de l'affilié à un crime ou à un délit ;
- est la conséquence d'une rixe, d'une agression ou d'un attentat sauf s'il est établi que l'affilié n'en était ni un provocateur, ni un instigateur ;
- résulte d'un événement de guerre, ou de faits de même nature ou d'une guerre civile. L'incapacité de travail, quelle qu'en soit la cause, est toujours exclue si l'affilié participe activement aux hostilités.
  En cas de séjour à l'étranger, l'incapacité de travail due à un événement de guerre est couverte :

■ Assurance complémentaire contre le risque d'incapacité de travail

- si le conflit, imprévisible, éclate pendant le séjour de l'affilié ;
- si l'affilié se rend dans un pays où il y a un conflit armé pour autant que ceci soit stipulé explicitement aux conditions particulières (moyennant une surprime éventuelle).

Dans ces deux cas, il incombe à l'affilié de nous fournir la preuve qu'il n'a pas participé activement aux hostilités;

- résulte de la participation de l'affilié à des émeutes ou troubles civils en général, sauf s'il y est intervenu en tant que membre des forces chargées du maintien de l'ordre ou pour défendre directement sa personne ou ses biens ;
- résulte d'une tentative de suicide de l'affilié ;
- est la conséquence d'une opération de chirurgie ou d'un traitement esthétique ou plastique sauf si l'incapacité de travail résulte d'une opération de chirurgie reconstructrice suite à un accident, un cancer, des brûlures ou des lésions encourues lors d'un sinistre couvert par nous ;
- résulte de la pratique d'un sport quelconque en tant que sportif professionnel ou semi-professionnel, en exécution d'un contrat d'emploi pour sportif rémunéré tel que défini par la loi du 24 février 1978 relative au contrat de travail pour les sportifs rémunérés ;
- est non contrôlable par un examen médical ou est liée à un trouble psychique ne présentant pas de symptômes objectifs et organiques, sauf si un diagnostic basé sur des troubles physiologiques est établi par un psychiatre.

Sauf convention contraire, la garantie n'est pas acquise lorsque l'incapacité résulte :

- d'un accident subi par le pilote, le copilote ou les passagers de n'importe quel engin à moteur, sans moteur ou à traction animale au cours de compétitions, de concours, d'exhibitions, de tentatives de record ou au cours d'entraînement ou d'essais en vue de telles épreuves ;
- de la pratique en compétition de l'équitation, de sport d'hiver ou du cyclisme, y compris au cours d'entraînements en vue de telles épreuves ;
- de la pratique de sports ou de loisirs aériens (p.ex. deltaplane, vol à voile, parapente, parachutisme, navigation aérostatique, …) ;
- de l'utilisation d'engins aériens de sport ou de loisir à moteur (p.ex. ULM, hélicoptère, avion de loisir ou de tourisme, …) en tant que pilote, copilote ou passager ;
- de la pratique de sports nautiques au cours de compétitions, de concours, d'exhibitions, de tentatives de record ou au cours d'entraînements ou d'essais en vue de telles épreuves (p. ex. natation, voile, planche à voile, surf, kitesurf, canoë, kayak, sports en eau vive, …) ;
- de la pratique de sports nautiques à moteurs (p. ex. jet-ski, jet-ski surf, ski nautique, wakeboard, …) ;
- de la pratique de sports moteurs ou de sports automobiles (p.ex. karting, rallye, raid, motocross, …) en tant que pilote ou copilote ;
- de l'utilisation d'engins motorisés tout-terrain de loisir (quad, moto tout-terrain, …) ;
- de la pratique de sports ou d'activités dangereux parmi lesquels : l'alpinisme, l'escalade, la spéléologie, les sports de combat et de défense, le rugby, le hockey sur glace, la plongée sous-marine, … ;
- de la pratique de sports ou d'activités extrêmes parmi lesquels : le benji, le base jump, le canyoning, … ;
- de tout fait ou succession de faits de même origine, dès lors que ce fait ou ces faits ou certains des sinistres causés proviennent ou résultent des propriétés radioactives, toxiques, explosives ou autres propriétés dangereuses des com-

■ Assurance complémentaire contre le risque d'incapacité de travail

bustibles nucléaires, produits ou déchets radioactifs, ainsi que les dommages résultant directement ou indirectement de toute source de radiations ionisantes ;

- d'un sinistre subi lors d'une mission à l'étranger organisée par une autorité régionale, nationale ou internationale ;
- de la réalisation des risques suivants, propres aux activités professionnelles de l'affilié :
  - risques inhérents à la manipulation ou au transport d'engins et produits explosifs, de produits corrosifs ou inflammables ;
  - risques inhérents à une activité dans un chantier de construction ou de démolition, dans le montage des charpentes, ascenseurs et presses, ou sur un site d'exploitation ou de recherche pétrolière ;
  - risques inhérents aux descentes en puits, mines ou carrières en galeries, aux travaux sur installations électriques à haute tension.

9. Quelles sont les modalités de paiement de la prime?

Le montant de la prime est stipulé dans les conditions particulières. Il est payable en même temps et selon les mêmes modalités que la prime de l'assurance principale.

A tout moment et indépendamment du sort réservé à l'assurance principale, vous pouvez mettre fin à cette assurance complémentaire.

10. Quelles sont les obligations du preneur d'assurance, de l'affilié ou de ses ayants droit ?

La partie du contrat relative à la présente assurance complémentaire est contestable pendant toute sa durée.

10.1 Lors de la souscription de la garantie

Tous les renseignements que nous demandons et toutes les circonstances connues du preneur d'assurance ou de l'affilié et dont il est raisonnable de penser qu'elles constituent pour nous des éléments d'appréciation du risque doivent nous être fournis.

En cas de non-respect de cette obligation, les dispositions des articles 6 et 7 de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre seront d'application sous réserve, en ce qui concerne les contrats non liés à l'activité professionnelle, de l'article 138bis/5 de la même loi.

S'il est constaté que la date de naissance de l'affilié déclarée lors de l'affiliation au contrat n'est pas la date de naissance réelle, la rente assurée sera réduite ou augmentée dans la proportion de la prime stipulée au contrat par rapport à la prime correspondant à l'âge résultant de la date de naissance réelle.

10.2 Au cours de la garantie

Toute modification de l'activité professionnelle, des activités sportives, du statut social ou du revenu professionnel de l'affilié tels qu'ils sont décrits dans les conditions particulières ainsi que tout déménagement du lieu de résidence habituelle vers l'étranger doivent être signalés par écrit à la compagnie dans les 30 jours de leur survenance.

■ Assurance complémentaire contre le risque d'incapacité de travail

10.3 En cas de sinistre

Tout accident ou maladie ayant entraîné ou étant susceptible d'entraîner une incapacité de travail doit nous être déclaré par écrit dès que possible et en tout cas dans un délai de 30 jours.

Toutefois, nous ne nous prévaudrons pas du non-respect de ce délai si la déclaration a été faite aussi rapidement que cela pouvait raisonnablement se faire.

A cette déclaration, sera joint un certificat du ou des médecins traitants de l'affilié ou, en cas de troubles psychiques, un certificat d'un médecin psychiatre, sur formulaire que nous délivrons, spécifiant les causes, la nature, le degré et la durée présumée de l'incapacité.

Nous nous réservons toutefois le droit de demander tous les renseignements que nous jugerons nécessaires. A cette fin, nous pouvons notamment demander un certificat médical rédigé par le ou les mêmes médecins concernant le degré et la durée de l'incapacité de travail.

L'affilié s'engage à demander à ses médecins traitants ou, le cas échéant, à son médecin psychiatre, toutes les informations qu'ils possèdent concernant son état de santé et à les communiquer à notre médecin conseil.

Les dispositions nécessaires doivent être prises afin que les médecins que nous mandatons soient en mesure d'examiner l'affilié en Belgique en tout temps et puissent ainsi remplir toutes les missions que nous jugerons nécessaire dans un délai de 30 jours à compter de notre notification.

Si les obligations précitées ne sont pas respectées, les prestations ne seront dues que pour autant que l'incapacité passée puisse encore être prouvée. Nous déclinerons notre garantie si, dans une intention frauduleuse, les obligations n'ont pas été exécutées.

---

11. Comment fixe-t-on l'incapacité ? Expertise médicale

Sur la base des renseignements fournis, nous jugeons de la réalité, de la durée et du taux de l'incapacité et nous notifions notre décision à l'affilié.

Afin de déterminer le taux d'incapacité de l'affilié, nous évaluons le degré de diminution de sa capacité de travail ainsi que le degré de diminution de son intégrité physique. Le critère donnant droit au degré d'incapacité le plus élevé sera retenu pour le calcul des prestations.

La méthode de détermination du taux d'incapacité n'affecte toutefois pas le but de cette assurance, à savoir la couverture de l'incapacité dont l'affilié est affecté. La référence à la diminution de l'intégrité physique de l'affilié sert uniquement à déterminer le montant des prestations à accorder. Cela ne préjudicie en rien que les prestations accordées sont ou sont réputées être destinées à la réparation d'une incapacité.

La détermination du taux d'incapacité dans le cadre de cette assurance est par ailleurs indépendante de toute décision émanant de la mutualité de l'affilié ou de tout autre organisme.

En cas d'incapacités successives survenant en cours de contrat, le taux d'incapacité de travail sera déterminé en tenant compte des différentes causes d'incapacité et de la diminution de la capacité de travail qui existe déjà au moment où se produit la nouvelle incapacité.

Notre décision est considérée comme acceptée sauf si l'affilié nous signifie son désaccord dans les 30 jours de la notification.

■ Assurance complémentaire contre le risque d'incapacité de travail

Toute contestation à ce sujet ou à un autre sujet d'ordre médical est soumise contradictoirement à deux médecins experts nommés et dûment mandatés, l'un par l'affilié et l'autre par nous.

Faute d'arriver à un accord, les experts choisissent un troisième expert. Les trois experts statueront en commun mais, à défaut d'unanimité, l'avis du troisième expert sera prépondérant.

Si l'une des parties ne nomme pas son expert ou si les deux experts ne s'entendent pas sur le choix du troisième, la désignation en est faite par le Président du Tribunal de Première Instance du domicile du preneur d'assurance, à la requête de la partie la plus diligente.

Chacune des parties supporte les frais et honoraires de son expert. Les frais et honoraires du troisième expert sont partagés par moitié. Les experts sont dispensés de toutes formalités. Leur décision est souveraine et irrévocable.

12. Que se passe-t-il lors d'un changement du taux d'incapacité ?

Toute aggravation ou amélioration ainsi que toute cessation de l'incapacité doivent nous être signalées dans un délai de 30 jours.

En cas d'omission, toute somme indûment payée par nous devra nous être restituée. Toutes les dispositions de l'article 10 sont applicables à ces cas.

13. Adaptation des conditions d'assurance et de prime

Conformément aux modalités prévues par la loi sur le contrat d'assurance terrestre, nous nous réservons le droit d'adapter les conditions contractuelles et/ou tarifaires de cette garantie.

14. Quand cette assurance complémentaire prend-elle fin ?

L'assurance complémentaire prend fin à la date indiquée dans les conditions particulières mais au plus tard au terme de l'assurance principale, sans pouvoir dépasser l'année d'assurance au cours de laquelle l'affilié atteint son 65e anniversaire. Elle est résiliée de plein droit en cas de cessation du paiement des primes, de rachat, de résiliation, d'annulation ou de liquidation de l'assurance principale.

La résiliation de la présente assurance complémentaire n'affecte pas les prestations en cours.

La résiliation de la présente assurance complémentaire ne modifie en rien la valeur de rachat de l'assurance principale.

■ Assurance complémentaire contre le risque d'incapacité de travail

15. Poursuite individuelle d'un contrat d'assurance lié à l'activité professionnelle

15.1 Droit à la poursuite individuelle

Tout affilié à une assurance liée à l'activité professionnelle couvrant le risque incapacité dispose du droit de poursuivre, en tout ou en partie, cette assurance individuellement lorsqu'il en perd le bénéfice, sans devoir subir un examen médical supplémentaire ni devoir remplir un nouveau questionnaire médical. Ce droit à la poursuite individuelle n'est pas reconnu à l'affilié qui perd le bénéfice du contrat d'assurance lié à l'activité professionnelle couvrant le risque incapacité pour l'une des raisons visées aux articles 6, 7, 14, 16 et 24 de la loi sur le contrat d'assurance terrestre et, de manière générale, en cas de fraude.

15.2 Conditions

Ce droit ne peut toutefois être exercé que si l'affilié, durant les deux années précédant la perte du bénéfice de l'assurance incapacité liée à l'activité professionnelle qui est poursuivie, a été affilié de manière ininterrompue à un ou plusieurs contrats d'assurance maladie successifs souscrits auprès d'une entreprise d'assurances.

15.3 Obligation d'information à charge du preneur d'assurance

Dans les 30 jours suivant la perte du bénéfice de l'assurance incapacité liée à l'activité professionnelle, le preneur d'assurance doit communiquer à l'affilié, par écrit ou par voie électronique, le moment précis de cette perte, la possibilité de poursuivre cette convention à titre individuel, nos coordonnées ainsi que le délai dans lequel il peut exercer son droit à la poursuite individuelle.

16. Préfinancement de la poursuite individuelle d'un contrat d'assurance lié à l'activité professionnelle

Par la souscription de ce contrat, le preneur d'assurance s'engage à informer l'affilié de la possibilité qu'il a de payer une prime complémentaire. Immédiatement après la conclusion de ce contrat, le preneur d'assurance est tenu de transmettre cette information à l'affilié.