

Top Rendement

Conditions générales et produit de l'assurance-vie

SUPPORTER DE VOTRE VIE



TABLE DES MATIÈRES

CONDITIONS GÉNÉRALES.....	4
Partie I : Conditions produit.....	4
Article 1 : Qu'est-ce que le « Top rendement »	4
Article 2 : Quelle est la structure de votre contrat ?.....	4
Article 3 : Quelle est la durée du contrat ?.....	4
Article 4 : Le capital en cas de vie.....	4
Article 5 : Le capital garanti en cas de décès.....	4
Article 6 : Participation bénéficiaire.....	4
Article 7 : Quelle est votre liberté d'action ?.....	5
Article 8 : Que se passe-t-il en cas de liquidation d'un fonds ?.....	6
Article 9 : De quelle information disposez-vous ?.....	6
Partie II : L'étendue de l'assurance.....	7
Article 1 : En quoi consiste votre contrat ?.....	7
Article 2 : Sur quelles bases le contrat est-il établi ?.....	7
Article 3 : Quand est-on assuré ?.....	7
Article 4 : Le contrat peut-il encore être résilié après la conclusion ?.....	7
Article 5 : Les primes.....	8
Partie III : L'évolution de votre contrat.....	8
Article 1 : Que se passe-t-il en cas de prédécès du preneur d'assurance s'il n'est pas l'assuré ?.....	8
Article 2 : Comment exécutons-nous vos instructions ?.....	8
Article 3 : Quand êtes-vous informés ?.....	8
Partie IV : Le capital décès complémentaire optionnel.....	9
Article 1 : En quoi consiste ce capital ?.....	9
Article 2 : Quand la garantie décès complémentaire optionnelle sort-elle ses effets ?.....	9
Article 3 : Comment le coût la garantie décès complémentaire optionnelle est-il prélevé ?.....	9
Article 4 : Le terrorisme est-il couvert ?.....	9
Article 5 : Quels sont les risques exclus en cas de décès ?.....	10
Article 6 : Que payons-nous si le décès résulte d'un risque exclu ?.....	10
Article 7 : Quand payons-nous le capital décès ?.....	10
Partie V : Assurance complémentaire contre le décès ou l'invalidité permanente dû à un accident.....	11
Article 1 : Qu'assurons-nous ?.....	11
Article 2 : Où l'assurance est-elle valable ?.....	11
Article 3 : Qu'entend-on par 'accident' ?.....	11
Article 4 : Comment est fixé le degré de l'invalidité ?.....	11
Article 5 : Quels sont les risques exclus ?.....	12
Article 6 : Quelles sont les obligations de l'assuré et du bénéficiaire ?.....	13
Article 7 : Comment constatons-nous l'invalidité totale ou permanente ?.....	13
Article 8 : Quand cette assurance complémentaire prend-elle fin ?.....	14

Partie VI : Assurance complémentaire contre le risque d'incapacité de travail	15
Article 1 : Qu'entend-on par	15
Article 2 : Objet de l'assurance.....	16
Article 3 : Les prestations et les modalités y afférentes.....	17
Article 4 : Formalités médicales.....	17
Article 5 : Affections préexistantes.....	17
Article 6 : Étendue géographique des garanties.....	18
Article 7 : Quand a-t-on droit aux prestations ?.....	18
Article 8 : Quels sont les risques exclus ?.....	19
Article 9 : Quelles sont les modalités de paiement de la prime ?.....	20
Article 10 : Quelles sont les obligations du preneur d'assurance, de l'assuré ou de ses ayants droit ?.....	20
Article 11 : Comment fixe-t-on l'incapacité ?.....	21
Article 12 : Que se passe-t-il lors d'un changement du taux d'incapacité ?.....	21
Article 13 : Adaptation des conditions d'assurance et de prime.....	21
Article 14 : Quand cette assurance complémentaire prend-elle fin ?.....	22
Article 15 : Poursuite individuelle d'un contrat d'assurance lié à l'activité professionnelle.....	22
Article 16 : Préfinancement de la poursuite individuelle d'un contrat d'assurance lié à l'activité professionnelle.....	22
Partie VII : Dispositions diverses	23
Article 1 : Taxes et frais éventuels.....	23
Article 2 : Principes généraux.....	23
Article 3 : Correspondance – loi applicable – demande d'informations et plaintes.....	23
LEXIQUE	24
INFORMATION FISCALE	26
CLAUSE PRIVACY	27

CONDITIONS GÉNÉRALES

Partie I : Conditions produit

Article 1 : Qu'est-ce que le « Top rendement »

Le Top rendement est un plan d'épargne assurance qui vous permet de construire un capital en vue de la fin de votre carrière ou en vue de l'âge de votre pension. Vous pouvez faire usage des avantages fiscaux actuellement en vigueur pour les assurances-vie.

Article 2 : Quelle est la structure de votre contrat ?

Votre contrat Top Rendement est constitué de la capitalisation des primes nets investies [Branche 21] ainsi que d'une participation bénéficiaire éventuelle. Cette participation bénéficiaire peut, selon votre choix, être investie soit en branche 21, soit dans des fonds d'investissement [Branche 23].

La participation bénéficiaire n'est pas garantie, peut varier d'année en année et dépend des résultats d'AG et de la situation économique. AG n'est ni légalement, ni contractuellement obligée de les prévoir.

Article 3 : Quelle est la durée du contrat ?

Le Top Rendement est une assurance-vie à durée déterminée temporaire dont le terme est mentionné dans vos conditions particulières. Si l'assuré est en vie à ce terme, nous payons alors le capital vie assuré au bénéficiaire en cas de vie et le contrat prend fin. Si l'assuré décède avant le terme du contrat, nous payons le capital décès au bénéficiaire en cas de décès que vous avez désigné et le contrat prend également fin.

Article 4 : Le capital en cas de vie

En cas de vie de l'assuré au terme du contrat, nous payons le capital vie, augmenté de la participation bénéficiaire éventuellement octroyée, au bénéficiaire en cas de vie que vous avez désigné.

Chaque prime nette est investie aux conditions tarifaires en vigueur au moment de la réception de votre prime sur notre compte financier, mentionné dans les conditions particulières.

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.

Article 5 : Le capital garanti en cas de décès

En cas de décès de l'assuré avant le terme du contrat, nous nous engageons à payer, au bénéficiaire en cas de décès que vous avez désigné, le capital mentionné dans les conditions particulières.

Article 6 : Participation bénéficiaire

A. Qu'est-ce qu'une participation bénéficiaire ?

Lorsque nous accordons une participation bénéficiaire, nous renonçons gratuitement à une partie de nos bénéfices au profit d'une catégorie déterminée de contrats d'assurance. Lorsque nous attribuons une participation bénéficiaire à votre contrat, cela entraîne une augmentation définitive de la réserve de votre contrat. L'attribution d'une participation bénéficiaire future ne peut légalement pas être garantie. Elle dépend de la conjoncture économique et des résultats de notre entreprise. La participation bénéficiaire est attribuée pour la partie du contrat qui n'a pas fait l'objet d'une avance octroyée par nous.

B. Possibilité de conversion en fonds d'investissement

Vous avez la possibilité de faire convertir la participation bénéficiaire en unités des fonds d'investissement disponibles. La conversion* en unités s'effectue au moment de l'attribution de la participation bénéficiaire. Le nombre d'unités attribuées à votre contrat est obtenu en divisant le montant de la participation bénéficiaire versée par la valeur de l'unité de ce(s) fonds. La conversion de la participation bénéficiaire en unités s'effectue jusqu'à la 3ème décimale. Le cours applicable à la conversion est le cours applicable à la date d'octroi des participations bénéficiaires.

Article 7 : Quelle est votre liberté d'action ?

7.1. Désigner les bénéficiaires

Vous pouvez désigner un ou plusieurs bénéficiaires en cas de vie ou en cas de décès de l'assuré ; vous pouvez modifier votre choix à tout moment. Nous ne tiendrons compte de votre désignation ou révocation que si elle nous est notifiée par un écrit daté et signé par vous.

Le bénéficiaire que vous avez désigné peut accepter le bénéfice du contrat.

Dès l'instant où le bénéficiaire désigné accepte le bénéfice, vous ne pourrez, entre autres, sans son accord exprès, obtenir de nouveaux rachats, modifier la clause bénéficiaire, prolonger la durée du contrat, mettre le contrat en gage ou transférer les droits résultant du contrat.

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

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

Lorsqu'il est mentionné en qualité de bénéficiaire du contrat 'les frères et sœurs du preneur/assuré, par parts égales' sans faire référence aux demi-frères ou demi-sœurs de celui-ci, et s'il existe des demi-frères ou demi-sœurs au moment de la liquidation du contrat, la répartition se fera selon la règle suivante : 'les frères et sœurs du preneur d'assurance/ assuré par parts égales, en ce compris les demi-frères et demi-sœurs à concurrence de la moitié des parts d'un frère ou d'une sœur'.

7.2. Mise en gage et cession des droits

Vous pouvez mettre en gage votre contrat ou céder les droits résultant de ce contrat à un tiers, notamment en garantie d'une dette. Cette mise en gage ou cette cession doit faire l'objet d'un avenant signé par les trois parties concernées : vous, nous et le créancier-gagiste ou le cessionnaire des droits.

7.3. Racheter votre contrat

Vous avez la faculté de racheter votre contrat lorsque vous disposez du droit au rachat et que vous remplissez les formalités nécessaires. Les modalités du rachat sont fixées aux conditions particulières et aux présentes conditions produit.

Un rachat partiel n'est pas possible. Dans ce cas, seul un rachat total du contrat est possible.

Le rachat est limité à la réserve de votre contrat diminué de l'indemnité de rachat mentionnée dans le document d'information légal. Le rachat total met prématurément fin au contrat et les prestations ne sont dès cet instant plus assurées. En cas de rachat total, l'original de votre contrat doit nous être restitué.

Vous faites la demande de rachat au moyen du formulaire de rachat de l'entreprise d'assurances daté et signé par vous. Le rachat prend cours à la date à laquelle la quittance de rachat ou tout document équivalent est signé par vous.

Le rachat et la conversion des unités s'effectue à la date effective du rachat, qui est celle définie dans le document d'information légal.

Nous effectuons le paiement dans les 15 jours qui suivent la date de la réception de la demande.

Lorsque des rachats sont effectués sur le contrat, nous nous réservons le droit de demander de nouvelles formalités médicales pour toutes les options décès autres que la « réserve du contrat ».

Dans certains cas, l'exercice de votre droit au rachat peut être limité. Ainsi par exemple, vous ne pouvez pas racheter votre contrat si vous avez transféré ou donné en gage le droit au rachat à une tierce personne. Si le bénéficiaire a accepté le bénéfice du contrat, vous devez disposer de l'accord écrit de ce bénéficiaire pour exercer votre droit au rachat.

7.4. Transfert interne

À tout moment, vous pouvez :

- transférer tout ou partie de la participation bénéficiaire investie en branche 21 vers un ou plusieurs fonds d'investissement.
- transférer tout ou partie de la participation bénéficiaire investie dans un ou plusieurs fonds d'investissement vers la participation bénéficiaire investie en branche 21.
- transférer tout ou partie de la participation bénéficiaire investie dans un fonds d'investissement vers un autre fonds d'investissement disponible.

Le transfert est effectué selon les règles définies dans le document d'information légal. Pour cela nous retirons des unités, calculées à leur valeur d'inventaire, du ou des fonds d'investissement que vous souhaitez quitter.

Pour le montant transféré vers :

- un autre fonds d'investissement, nous vous attribuons simultanément les nouvelles unités, calculées à leur valeur d'unité en vigueur dans le ou les autre[s] fonds que vous avez choisi[s] ;
- la partie investie en branche 21, la capitalisation du montant transféré débute simultanément.

Les frais de transfert sont mentionnés dans le document d'information légal. En cas de transfert d'un ou plusieurs fonds d'investissement vers un ou plusieurs autres fonds d'investissement, ils seront prélevés par annulation d'unités.

Nous nous réservons le droit de nous opposer à un transfert qui porterait sur un montant inférieur au montant mentionné dans le document d'information légal.

7.5. Recevoir une avance

A votre demande et contre remise de votre exemplaire du contrat, une avance peut vous être accordée sur la réserve de votre contrat aux conditions fixées dans un acte d'avance.

Article 8 : Que se passe-t-il en cas de liquidation d'un fonds ?

En cas de liquidation d'un fonds d'investissement, un choix vous sera offert conformément aux conditions reprises dans le règlement de gestion du fonds concerné.

Article 9 : De quelle information disposez-vous ?

Un rapport financier annuel est tenu à votre disposition au siège de l'entreprise d'assurances.

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 l'entreprise d'assurances et seule la dernière version des documents est applicable au contrat.

Ils sont disponibles sur simple demande au siège de l'entreprise d'assurances.

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 l'entreprise d'assurances.

Partie II : L'étendue de l'assurance

Article 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, à la fiche-info financière, aux conditions particulières et au(x) règlement(s) de gestion éventuellement applicable au contrat.

Article 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.

Article 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 du formulaire d'inscription ou de la police présignée et réception définitive de la première prime sur notre compte financier. Si des formalités médicales doivent être remplies, la prise d'effet de certaines garanties ou couvertures dépendra de l'acceptation médicale par l'entreprise d'assurances.

Le contrat est considéré comme n'ayant jamais pris effet si les conditions de sa prise d'effet, mentionnées dans le formulaire d'inscription ou dans la police présignée, n'ont pas été respectées.

Si vous ne nous transmettez pas les documents nécessaires à votre identification en exécution de loi du 18.09.2017 relative à la prévention du blanchiment de capitaux et du financement du terrorisme et à la limitation de l'utilisation des espèces, nous mettrons fin au contrat au plus tard dans les 2 mois de sa prise d'effet et nous effectuons le remboursement des primes déjà versées conformément à ce qui est dit ci-dessous concernant la résiliation du contrat.

Article 4 : Le contrat peut-il encore être résilié après la conclusion ?

4.1. Vous pouvez résilier le contrat

Vous avez le droit de résilier votre contrat dans les 30 jours de sa prise d'effet.

Vous avez également le droit de résilier votre contrat d'assurance lorsque, lors de la conclusion, il a été expressément affecté à la couverture ou la reconstitution d'un crédit que vous avez sollicité, et que ce crédit ne vous est pas accordé. Dans ce cas, vous pouvez résilier le contrat dans les 30 jours à compter du moment où vous avez connaissance du fait que le crédit sollicité ne vous est pas accordé.

Lorsque la vente se réalise à distance au sens de la Loi relative aux pratiques du marché et à la protection du consommateur, nous vous informons de la conclusion de votre contrat. Vous avez le droit de résilier votre contrat dans un délai de 30 jours à partir de cette information.

Dans les trois cas, vous devez résilier votre contrat par écrit. Nous remboursons, dans un délai de quinze jours après réception de l'original de votre contrat, les primes déjà versées.

4.2. Nous pouvons résilier

Nous disposons également de la possibilité de résilier le contrat dans les 30 jours à compter du moment où nous avons reçu la police.

Lorsque la vente se réalise à distance au sens de la Loi relative aux pratiques du marché et à la protection du consommateur, le délai de 30 jours commence à courir à partir du moment où nous vous avons informé de la conclusion de votre contrat.

Dans les deux cas, la résiliation prend effet 8 jours après avoir été portée à votre connaissance. Nous remboursons alors la totalité de la prime payée.

Article 5 : Les primes

Vos primes doivent être payées directement et exclusivement par virement bancaire sur notre compte financier, mentionné sur le formulaire d'inscription ou la police présignée, ainsi que dans les conditions particulières. Le paiement des primes n'est pas obligatoire.

Partie III : L'évolution de votre contrat

Article 1 : 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, les droits résultant du contrat seront transférés de plein droit à l'assuré, sauf désignation d'une autre personne dans les conditions particulières.

Article 2 : Comment exécutons-nous vos instructions ?

Toute instruction relative à votre contrat doit nous être adressée par un écrit daté et signé.

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 automatique de la réserve des contrats investie dans un fonds vers un autre fonds similaire qui nous paraît plus approprié.

Dans ces circonstances, l'application de ces mesures exceptionnelles serait portée immédiatement à votre connaissance.

Les pratiques associées au Market Timing ne sont pas autorisées et les demandes d'apport, rachat et transfert peuvent être rejetées si le preneur d'assurance est soupçonné avoir recours à ce genre de pratiques ou si ces opérations présentent des caractéristiques de ce genre de pratiques.

Article 3 : Quand êtes-vous informés ?

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

Partie IV : Le capital décès complémentaire optionnel

Article 1 : En quoi consiste ce capital ?

Vous avez la possibilité de souscrire une couverture décès complémentaire optionnelle qui sera reprise sur vos conditions particulières. En cas de décès de l'assuré avant le terme du contrat, nous nous engageons à payer au(x) bénéficiaire(s) désigné(s), le capital mentionné aux conditions particulières. Les options décès disponibles sont décrites dans la police présignée ou dans le formulaire d'inscription. Le décès de l'assuré est couvert dans le monde entier, quelle qu'en soit la cause sous réserve des dispositions prévues aux articles 2, 3 et 4.

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

Article 2 : Quand la garantie décès complémentaire optionnelle 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 autres 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.

Article 3 : Comment le coût la garantie décès complémentaire optionnelle est-il prélevé ?

Le coût de la garantie décès est prélevé anticipativement chaque mois, sur la réserve et ce proportionnellement à chaque tranche de réserve. En cas d'insuffisance de la réserve, le coût de cette garantie décès est prélevé, anticipativement chaque mois, sur les éventuelles participations bénéficiaires exprimées en unités de compte. 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 et les éventuelles participations bénéficiaires ne permettent 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 le document d'information légal. 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 déterminée en fonction du taux de prime à appliquer et 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.

Article 4 : Le terrorisme est-il couvert ?

L'assureur couvre les dommages causés par le terrorisme (et reconnu comme tel) conformément aux dispositions de la loi du 1er avril 2007 relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme à l'exception des dommages causés par des armes ou des engins destinés à exploser par une modification de structure du noyau atomique. A cette fin, l'assureur est membre de l'ASBL TRIP (Terrorism Reinsurance and Insurance Pool) et toute prestation assurée dans ce cadre sera dès lors gérée, déterminée et limitée conformément au mécanisme de solidarité et règlement des sinistres tels que définis dans la loi du 1er avril 2007 susmentionnée.

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.

Article 5 : Quels sont les risques exclus en cas de décès ?

5.1. Les risques toujours exclus

Le décès qui résulte :

- d'un suicide au cours de la première année qui suit ...
 - la date de prise d'effet 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 l'instigation de l'un d'eux. Si l'assuré décède par le fait intentionnel ou à l'instigation d'un ou plusieurs bénéficiaires de la garantie, ces derniers sont déchus de tous droits sur le capital assuré. Néanmoins, la quote-part dans la prestation assurée d'un bénéficiaire étranger à ce fait intentionnel ou cette instigation ne peut pas être augmentée par la quote-part initialement destinée à l'auteur ou l'instigateur du fait intentionnel ;
- 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].
- 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.

5.2. Les risques exclus, sauf convention contraire

Le décès qui résulte :

- d'un accident d'appareil de locomotion aérienne :
 - lorsque l'assuré est membre d'équipage 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.

Article 6 : 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, à l'exclusion du capital décès complémentaire optionnel.

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

Article 7 : Quand payons-nous le capital décès ?

Nous effectuons le paiement après réception des documents requis à l'article 47 intitulé : 'Principes généraux', compte tenu des délais éventuels stipulés dans le document d'information légal.

Partie V : Assurance complémentaire contre le décès ou l'invalidité permanente dû à un accident

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

Article 1 : Qu'assurons-nous ?

Nous payons le capital indiqué dans le contrat d'assurance lorsque l'assuré est victime, au cours de sa vie professionnelle ou privée, d'un accident entraînant soit le décès, soit l'invalidité totale et permanente. Le capital ACCRAM n'est payé qu'une seule fois.

Article 2 : Où l'assurance est-elle valable ?

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

Article 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'assuré. 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'assuré est resté constamment en état d'invalidité totale depuis le jour de l'accident.

L'accident est dit entraîner l'invalidité totale lorsque celle-ci en est la conséquence directe et exclusive et lorsque, soit le degré d'invalidité physiologique est fixe à 100 %, soit le degré d'invalidité économique atteint au moins 67 %, le degré d'invalidité physiologique étant par ailleurs supérieur ou égal à 25 %.

L'invalidité totale et permanente lorsqu'elle est fixée définitivement conformément aux dispositions de l'article 7. L'invalidité totale, non reconnue permanente par la compagnie, ne sera pas considérée comme telle même si elle a duré jusqu'au décès lorsque celui-ci n'est pas la conséquence directe et exclusive de l'accident.

Article 4 : Comment est fixé le degré de l'invalidité ?

Le degré d'invalidité est déterminé en fonction de critères physiologiques et économiques.

L'invalidité physiologique est une diminution de l'intégrité corporelle de l'assuré.

Son degré est déterminé par décision médicale en fonction du barème officiel belge des invalidités et de la jurisprudence belge en la matière.

L'invalidité économique est une diminution de la capacité de travail de l'assuré résultant de l'invalidité physiologique.

Son degré est fixé en tenant compte de la profession exercée par l'assuré et de ses facultés de réadaptation à une activité professionnelle compatible avec ses connaissances, ses capacités et sa situation sociale dans des conditions économiques normales.

Les invalidités éventuelles existant déjà au moment de la prise en cours de la présente assurance complémentaire ou résultant d'un risque exclu ne peuvent intervenir pour la détermination du degré d'invalidité. En cas d'invalidités successives survenant en cours de contrat, le degré d'invalidité sera estimé en tenant compte des différentes causes d'invalidité et de leur interdépendance.

Article 5 : Quels sont les risques exclus ?

- a. Ne sont pas considérés comme accidents :
- le suicide ou la tentative de suicide de l'assuré ;
 - 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'assuré 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'assuré 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'assuré à un crime ou à un délit ;
 - est la conséquence d'une rixe, d'une agression ou d'un attentat sauf s'il établit que l'assuré 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'assuré 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'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].
 - résulte 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.
- 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 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.
 - d'un fait survenu pendant une mission à l'étranger organisée par une autorité régionale, nationale et ou internationale ;
 - de la réalisation des risques suivants, propres aux activités professionnelles de l'assuré :
 - 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'assuré 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.

Article 6 : Quelles sont les obligations de l'assuré 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 l'assuré 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 59 et 60 de la loi du 4 avril 2014 relative aux Assurances seront d'application.

b. En cours de contrat

Toute modification de l'activité professionnelle ou sportive de l'assuré telle qu'elle est décrite dans les conditions particulières 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, le preneur d'assurance peut être mis fin à cette assurance complémentaire.

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'assuré 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 déclinons notre garantie si, dans une intention frauduleuse, les obligations n'ont pas été exécutées.

Article 7 : Comment constatons-nous l'invalidité totale ou permanente ?

Sur la base des renseignements fournis, nous jugeons de la réalité du caractère totale et permanent de l'invalidité et nous vous notifierons, ainsi qu'au bénéficiaire, notre décision. Notre décision est considérée comme acceptée sauf si l'affilié nous signifie son désaccord dans les 30 jours de la notification.

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.

Article 8 : 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, sans pouvoir dépasser l'année d'assurance au cours de laquelle l'assuré atteint son 67ième anniversaire. Elle est résiliée de plein droit en cas de paiement du capital ACCRAM, 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.

Partie VI : Assurance complémentaire contre le risque d'incapacité de travail

Article 1 : Qu'entend-on par ...

Assuré

La personne assurée.

Incapacité de travail, ci-après dénommée l'incapacité

Une diminution de l'intégrité physique de l'assuré consécutive à une maladie ou à un accident entraînant une diminution des revenus professionnels ou de la capacité de gain de l'assuré. Lors de l'appréciation de l'incapacité de l'assuré 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 %.

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.

Rechute

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

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.

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.

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.

Délai d'attente

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

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.

Maladie

Toute altération de la santé de l'assuré 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'assuré 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.

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'assuré.

Sinistre

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

Aggravation

Toute augmentation du taux d'incapacité.

Amélioration

Toute diminution du taux d'incapacité.

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'assuré 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 du 4 avril 2014 relative aux Assurances, 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.

Acte intentionnel

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

Résidence habituelle

Le lieu choisi par l'assuré 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.

Article 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'assuré 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.

Article 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'assuré, 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.

Au vu des progrès de la science médicale, nous nous réservons le droit de réévaluer périodiquement le taux d'incapacité, l'assuré 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.

Article 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-assuré.

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.

Article 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.

Article 6 : Étendue géographique des garanties

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

- l'assuré 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'assuré 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.

Article 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 prévue 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'assuré.

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'assuré ;
- en cas de mise à la pension légale de l'assuré.

Article 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'assuré 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'assuré ou du bénéficiaire ;
- résulte de paris, de défis ou de négligences exposant sans raison valable l'assuré 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'assuré 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'assuré 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'assuré participe activement aux hostilités. En cas de séjour à l'étranger, l'incapacité de travail due à un événement de guerre est couverte :
 - 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).
- résulte 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 ;
- résulte d'une tentative de suicide de l'assuré ;
- 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'entraînements 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 (p.ex. plongée sous-marine, voile, planche à voile, surf, kitesurf, canoë, kayak, sports d'eau vives, ...) ou de sports nautiques à moteur (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, ...

- 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 combustibles 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 et ou internationale ;
- de la réalisation des risques suivants, propres aux activités professionnelles de l'assuré :
 - 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.

Article 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.

Article 10 : Quelles sont les obligations du preneur d'assurance, de l'assuré 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'assuré 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 59 et 60 de la loi du 4 avril 2014 relative aux Assurances 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'assuré 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'assuré 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.

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'assuré 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'assuré 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'assuré 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 déclinons notre garantie si, dans une intention frauduleuse, les obligations n'ont pas été exécutées.

Article 11 : Comment fixe-t-on l'incapacité ?

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'assuré. Afin de déterminer le taux d'incapacité de l'assuré, 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'assuré est affecté. La référence à la diminution de l'intégrité physique de l'assuré 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 est par ailleurs indépendante de toute décision émanant de la mutualité de l'assuré 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'assuré nous signifie son désaccord dans les 30 jours de la notification. 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'assuré 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.

Article 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 40 sont applicables à ces cas.

Article 13 : Adaptation des conditions d'assurance et de prime

Nous nous réservons le droit d'adapter les conditions d'assurance et/ou les bases tarifaires pendant toute la durée de cette assurance complémentaire. Cela comprend respectivement une modification des conditions de couverture et/ou une modification du tarif et/ou une indexation de la prime, conformément aux possibilités et aux modalités prévues dans :

- la Loi du 4 avril 2014 relative aux assurances ;
- la Loi du 13 mars 2016 relative au statut et au contrôle des entreprises d'assurance ou de réassurance ;
- l'Arrêté Royal du 22 février 1991 portant règlement général relatif au contrôle des entreprises d'assurance ;
- toutes les normes juridiques à venir qui, soit élargissent, abrogent et/ou remplacent les Lois et l'Arrêté Royal mentionnés ci-dessus, soit prévoient des possibilités et des modalités similaires pour adapter les conditions d'assurance et/ou les bases tarifaires.

Article 14 : Quand cette assurance complémentaire prend-elle fin ?

Cette 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'assuré atteint son 67^e 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, ainsi qu'en cas de mise à la pension légale de l'assuré.

La résiliation de cette assurance complémentaire n'affecte pas les prestations en cours, sauf si la résiliation est la conséquence de la mise à la pension légale de l'assuré.

La résiliation de cette assurance complémentaire ne modifie en rien la valeur de rachat de l'assurance principale. L'assurance complémentaire n'a aucune valeur de rachat.

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

15.1. Droit à la poursuite individuelle

Tout assuré 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'assuré 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 14, 16, 24, 59 et 60 de la loi du 4 avril 2014 relative aux Assurances et, de manière générale, en cas de fraude.

15.2. Conditions

Ce droit ne peut toutefois être exercé que si l'assuré, durant les deux années précédant la perte du bénéfice de l'assurance incapacité liée à l'activité professionnelle qui est poursuivie, a été assuré 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'assuré, 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.

Article 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'assuré 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'assuré.

Partie VII : Dispositions diverses

Article 1 : Taxes et frais éventuels

Les impôts, taxes et droits qui existent ou qui seraient établis sous une dénomination quelconque après la conclusion du contrat et qui sont ou seraient dus du fait de la conclusion ou l'exécution du contrat, sont à votre charge, à charge des ayants droit, du (des) bénéficiaire(s) ou du crédientier suivant le cas. Si une taxe est due sur la prime, cette taxe doit être payée par le preneur d'assurance en même temps que la prime.

Des frais peuvent être demandés lorsque vous, l'assuré, le bénéficiaire ou le crédientier occasionnez des dépenses particulières. Nous pouvons, entre autres, réclamer des frais supplémentaires pour la délivrance de duplicatas, d'attestations et relevés spécifiques, pour la recherche d'adresses et lorsque nous modifions à votre demande un élément technique de votre contrat.

En outre, nous pouvons porter en compte des frais pour les éventuelles recherches et/ou vérifications visées par la réglementation concernant les comptes, coffres et contrats d'assurances dormants et ce dans les limites prévues par cette réglementation.

Article 2 : Principes généraux

La personne appelée à recevoir les prestations assurées devra nous remettre toutes les pièces justificatives qui nous sont nécessaires pour procéder au paiement, 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 acte ou certificat d'hérédité [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.

Article 3 : Correspondance – loi applicable – demande d'informations et plaintes

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 prouvent le contenu de nos lettres sauf si vous prouvez le contraire.

Le présent contrat d'assurance est soumis au droit belge, et plus précisément à la Loi du 4 avril 2014 relative aux assurances et à l'Arrêté Royal du 14 novembre 2003 relatif à l'activité d'assurance sur la vie. Tous les litiges relatifs à ce contrat sont exclusivement du ressort des tribunaux belges.

Vous pouvez communiquer avec votre assureur en français et en néerlandais. Tous les documents contractuels sont disponibles en français et en néerlandais.

Si vous avez une plainte à formuler, vous pouvez la transmettre par écrit à AG Insurance SA, ci-après dénommé « AG », Service de Gestion des Plaintes Bd. E. Jacquain 53 à 1000 Bruxelles [Tél. : +32 664 02 00] ou par e-mail : customercomplaints@aginsurance.be. Si la solution proposée par AG ne vous donne pas satisfaction, vous pouvez soumettre le litige à l'Ombudsman des Assurances, Square de Meeûs 35 à 1000 Bruxelles, www.ombudsman.as ou par e-mail : info@ombudsman.as.

Une plainte ne porte pas préjudice à la possibilité d'intenter une action en justice.

LEXIQUE

Vous

Le preneur d'assurance du contrat c'est-à-dire la ou les personnes qui conclu(en)t le contrat avec nous.

Nous

AG Insurance, Bd E. Jacqmain 53, 1000 Bruxelles.

Assuré

La personne, soit vous-même, soit quelqu'un d'autre, sur la tête de laquelle l'assurance est conclue.

Bénéficiaire

La personne désignée aux conditions particulières pour recevoir les prestations assurées.

Conversion

Opération consistant soit en la transformation d'une ou plusieurs unités de fonds d'investissement en sa contre-valeur en EUR, soit en la transformation d'EUR en unités de fonds d'investissement.

Capital en cas de décès

Le capital décès est celui qui est mentionné dans les conditions particulières.

Créancier-gagiste

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

Élément technique

Donnée qui est utilisée dans la technique d'assurance pour le calcul des prestations d'assurance, comme, par exemple, le montant du capital assuré, la durée, la prime, ...

Fonds d'investissement

Les fonds définis aux conditions particulières. Les fonds disponibles sont décrits dans le document d'information légal.

Market Timing

Par Market Timing, il faut entendre la technique d'arbitrage par laquelle un preneur d'assurance, dans un court laps de temps, réalise des apports et rachats ou des transferts, de manière systématique et/ou exagérée et/ou répétitive en exploitant les décalages horaires et/ou les déficiences du système de détermination de la valeur de l'unité. La pratique du Market Timing ne peut être admise, car elle peut diminuer la performance du fonds à travers une hausse des coûts et/ou entraîner une dilution du profit. Les apports, les rachats et les transferts sont réalisés à une valeur d'unité inconnue.

Prime

La prime d'assurance, 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 vous payons une partie de la valeur de rachat. En cas de rachat total, vous mettez fin au contrat et nous vous payons la valeur de rachat.

Réserve du contrat

La réserve du contrat est la somme

- du montant constitué auprès de nous par la capitalisation de la [des] prime(s) nette(s) payée(s), déduction faite des sommes consommées

et

- des éventuelles participations bénéficiaires. Si des participations bénéficiaires sont exprimées en unités de compte, le nombre d'unités de chaque fonds d'investissement est multiplié par la valeur d'unité [branche 23].

Unité

La part unitaire d'un fonds d'investissement.

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.

Valeur d'unité

La valeur d'unité est égale à la valeur nette d'inventaire du fonds d'investissement divisé par le nombre d'unités comprises à ce moment dans ce fonds.

INFORMATION FISCALE

A. Taxe sur les opérations d'assurance

La prime est soumise à une taxe de 2 % si le preneur d'assurance est une personne physique ayant sa résidence habituelle en Belgique.

La prime est cependant exemptée de la taxe si celle-ci est versée sur un contrat souscrit dans le cadre de l'épargne pension.

B. Impôts sur les revenus

- 1) Pour l'assurance dont au moins une prime a fait l'objet d'une réduction d'impôts dans le cadre de l'épargne à long terme ou de l'épargne pension, le capital sera imposé à un taux d'imposition distinct favorable, soit via les impôts sur les revenus des personnes physiques, soit via la taxe sur l'épargne à long terme. En cas de rachat, la valeur de rachat sera imposée à un taux d'imposition distinct, favorable ou non en fonction du moment du rachat.
- 2) Les participations bénéficiaires liquidées en même temps que les capitaux ou valeurs de rachat provenant de contrats d'assurance-vie sont exonérées d'impôts sur les revenus des personnes physiques et de taxe sur l'épargne à long terme.

C. Droits de succession

Des droits de succession peuvent être dus.

D. Législation fiscale d'application

Cette information est basée sur la législation fiscale belge en vigueur au 01/01/2021 et peut changer dans le futur. Le traitement fiscal dépend de la situation personnelle du contribuable. Vous pouvez toujours vous adresser à votre intermédiaire pour obtenir des informations fiscales plus détaillées et actualisées.

E. Echange d'information

Conformément à ses obligations légales, AG fournira les informations nécessaires aux autorités compétentes.

F. Taxe annuelle sur les organismes de placement collectif

Une taxe annuelle sur les opérations d'assurances liées à un fonds d'investissement est due sur le montant total au 1er janvier de l'année d'imposition des provisions mathématiques et techniques afférentes à ces opérations.

Le prélèvement de cette taxe a pour effet une diminution de la valeur des unités des fonds d'investissement liés à ces opérations d'assurances. Cette taxe s'élève actuellement à 0,0925 % [inclus dans les coûts récurrents des fonds].

CLAUSE PRIVACY

Les données à caractère personnel du preneur, de son représentant légal (le cas échéant) et/ou de l'assuré sont traitées par AG Insurance SA, ayant son siège social à 1000 Bruxelles, Boulevard Emile Jacqmain 53 [ci-après dénommé, «AG »], en tant que responsable du traitement, conformément au Règlement [UE] 2016/679 du Parlement Européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, ainsi qu'à la Notice Vie Privée d'AG sur le site web www.aginsurance.be.

Ces données sont traitées pour les finalités mentionnées dans la Notice Vie Privée d'AG et en particulier pour :

- la gestion et l'exécution des services d'assurance et/ou de crédit, en ce compris la gestion de la relation clientèle, et ce sur base de l'exécution du contrat ;
- réaliser toute finalité imposée à AG par une disposition légale, réglementaire ou administrative, et ce sur base de cette disposition comme notamment :
 - toute obligation d'informations et/ou de retenues sociales, fiscales et parafiscales, sur un plan national et/ou international, vis-à-vis des autorités/administrations publiques compétentes ;
 - toute obligation globale de transparence, d'information et de devoir général de diligence préalablement à la souscription d'un produit d'assurance ;
 - diverses obligations spécifiques comme la lutte contre le financement du terrorisme et le blanchiment d'argent ou encore la recherche de bénéficiaire de fonds dormant.
- l'analyse des données, l'établissement de statistiques, de modèles et de profils, la détection et la prévention des abus et de la fraude, la constitution de preuves, la sécurité des réseaux et systèmes informatiques d'AG, la sécurité des biens et des personnes, l'optimisation des processus (par exemple d'évaluation et d'acceptation du risque, des processus internes, etc.), le développement de nouveaux produits, la prospection ainsi que, le cas échéant, le profilage et la prise de décisions sur base d'un profil pour les finalités mentionnées ci-avant, et ce sur base de l'intérêt légitime d'AG.

Dans certains cas, vos données peuvent également être traitées avec votre consentement.

Ces données pourront être communiquées le cas échéant à d'autres entreprises d'assurances intervenantes, à leurs représentants en Belgique, à leurs correspondants à l'étranger, aux entreprises de réassurance concernées, à des bureaux de règlement de sinistres, à un expert, à un avocat, à un conseil technique, à votre intermédiaire d'assurances ou à un sous-traitant. Les données peuvent également être communiquées à toute personne ou instance dans le cadre d'une obligation imposée par la loi ou une décision judiciaire ou administrative.

AG est susceptible de transmettre vos données en dehors de l'Espace économique européen (EEE), dans un pays qui n'assure pas un niveau de protection adéquat des données à caractère personnel. Dans ce cas, AG renforce davantage la sécurité informatique et exige contractuellement un niveau de sécurité renforcé de la part de ses contreparties internationales.

Les données traitées sont conservées pendant toute la durée du contrat d'assurance, la période de prescription légale ainsi que tout autre délai de conservation qui serait imposé par la législation et la réglementation applicables.

Dans les limites fixées par la réglementation :

vous avez le droit de prendre connaissance de vos données, le cas échéant, de les faire rectifier, et d'en demander la communication à des tiers ;

vous avez le droit de vous opposer au traitement de vos données, le droit de demander la limitation du traitement de celles-ci ainsi que le droit à leur effacement. Dans ces cas, AG pourrait se trouver dans l'impossibilité de poursuivre la relation contractuelle.

Vous pouvez exercer vos droits au moyen d'une demande datée et signée accompagnée d'un document d'identification ou d'un autre moyen d'identification à envoyer par courrier à AG, Data Protection Officer, 1000 Bruxelles, Boulevard Emile Jacqmain 53, ou par email à : AG_DPO@aginsurance.be. Une réclamation peut le cas échéant être introduite auprès de l'Autorité de protection des données.

Plus d'informations peuvent être obtenues à la même adresse ainsi que dans la Notice Vie Privée d'AG sur le site web www.aginsurance.be.

