

# CONDITIONS GENERALES

ERGO Life Assurance décès

## 1. Sommaire

<b>1.</b>	<b>DEFINITIONS.....</b>	<b>3</b>
<b>2.</b>	<b>ENTREE EN VIGUEUR ET PAIEMENT DES PRIMES .....</b>	<b>3</b>
<b>3.</b>	<b>COUVERTURES .....</b>	<b>3</b>
	3.1. Couvertures en cas de décès .....	3
	3.2. Couverture ‘versement en cas d’incapacité de travail’ .....	8
	3.3. Dispositions générales .....	14
<b>4.</b>	<b>DROITS DU PRENEUR D’ASSURANCE .....</b>	<b>16</b>
	4.1. Dispositions générales .....	16
	4.2. Résiliation.....	17
	4.3. Désignation et changement de bénéficiaires .....	17
	4.4. Rachat.....	17
	4.5. Avance et mise en gage .....	18
<b>5.</b>	<b>DROITS DU (DES) BENEFICIAIRE(S).....</b>	<b>18</b>
<b>6.</b>	<b>ASSURANCE ‘ENGAGEMENT INDIVIDUEL DE PENSION’ .....</b>	<b>18</b>
	6.1. Introduction .....	18
	6.2. Droits du preneur d’assurance et des bénéficiaires.....	18
	6.3. Paiement des primes / départ .....	19
<b>7.</b>	<b>DISPOSITIONS DIVERSES.....</b>	<b>19</b>
	7.1. Nature juridique des couvertures .....	19
	7.2. Jonction.....	19
	7.3. Impôts.....	20
	7.4. Certificat personnel .....	20
	7.5. Constitution de la réserve / primes de risque / modifications tarifaires.....	20
	7.6. Non-paiement des primes / épuisement des réserves .....	21
	7.7. Remise en vigueur .....	22
	7.8. Versements .....	23
	7.9. Correspondance et preuve.....	23
	7.10. Modification des Conditions générales .....	24
	7.11. Cadre légal .....	24
	7.12. Protection de la vie privée.....	24
	7.13. Plaintes et litiges .....	25

## 1. DEFINITIONS

assureur	ERGO Insurance s.a., ayant son siège social à 1000 Bruxelles, boulevard Bischoffsheim 1-8
contrat	l'assurance décès, comprenant les présentes Conditions générales, le Certificat personnel et d'éventuels autres documents, qui doivent être lus conjointement et forment un ensemble
preneur d'assurance	la personne qui conclut le contrat avec l'assureur; s'il y a deux preneurs d'assurance, le terme 'preneur d'assurance' vise, selon le contexte, conjointement les deux preneurs d'assurance ou chaque preneur d'assurance séparément
assuré(s)	la (les) personne(s) physique(s) sur la tête de laquelle (desquelles) la (les) couverture(s) est (sont) conclue(s)
bénéficiaire(s)	la (les) personne(s) à qui revien(nen)t le(s) versement(s) prévus dans le contrat

## 2. ENTREE EN VIGUEUR ET PAIEMENT DES PRIMES

Le contrat entre en vigueur à la date indiquée dans le Certificat personnel. La date de paiement d'une prime est la date valeur de cette prime sur le compte bancaire de l'assureur. Le paiement de prime se fait directement sur le compte bancaire indiqué par l'assureur avec mention des références communiquées ou par domiciliation, selon ce qui a été convenu. Le paiement de prime n'est pas obligatoire (voir cependant 7.6), sauf si le preneur d'assurance s'y est obligé par un autre engagement que le contrat (comme un emprunt ou un crédit).

## 3. COUVERTURES

### 3.1. Couvertures en cas de décès

#### 3.1.1. Description des couvertures en cas de décès

##### 3.1.1.1. Capital-décès

###### 3.1.1.1.1. Evénement assuré

Si l'assuré vient à décéder pendant la période de couverture (voir 3. 1.2.1), l'assureur verse le capital convenu au(x) bénéficiaire(s) et le contrat prend fin. S' il y a deux assurés, ' le décès de l'assuré' doit s'entendre comme le décès d'un des deux assurés ('premier décès de deux'; en cas de décès simultané, il n'y a pas de 'double versement').

###### 3.1.1.1.2. Montant du capital-décès

Le capital à verser est le montant assuré à la date de survenance de l'événement assuré. Il n'y a pas de participation bénéficiaire en cas de décès.

### **3.1.1.2. Capital en cas de décès successif (dans les 12 mois)**

#### **3.1.1.2.1. Événement assuré**

Si les assurés viennent tous deux à décéder soit simultanément, soit successivement dans une période de 12 mois, l'assureur verse le capital convenu au(x) bénéficiaire(s). Il y a couverture si le premier décès survient pendant la période de couverture (voir 3.1.2.1) et si le second décès survient au plus tard 12 mois après le premier.

#### **3.1.1.2.2. Montant du capital en cas de décès successif**

Le capital à verser est le montant assuré à la date du premier décès. Il n'y a pas de participation bénéficiaire en cas de décès.

### **3.1.1.3. Capital-décès par accident (ou affection soudaine)**

#### **3.1.1.3.1. Événement assuré dans le cadre de la couverture de base ('capital-décès par accident')**

Si l'assuré décède dans le délai de 180 jours après un accident et par suite directe de cet accident et si tant l'accident que le décès surviennent pendant la période de couverture (voir 3.1.2.1), l'assureur verse le capital convenu au(x) bénéficiaire(s). S'il y a deux assurés, 'le décès de l'assuré' doit s'entendre comme le décès d'un des deux assurés ('premier décès de deux'; en cas de décès simultané, il n'y a pas de 'double versement').

On entend par 'accident' dans le sens de cette assurance, tout événement soudain indépendant de la volonté de l'assuré, du preneur d'assurance ou du bénéficiaire, dont l'une des causes est étrangère à l'organisme de l'assuré.

Sont également considérés comme accidents, par extension ou par l'application de la précédente définition:

- le sauvetage de personnes en danger;
- un assaut ou un attentat non politique commis sur la personne de l'assuré, pour autant que cet assaut ou cet attentat ne puisse être mis en rapport avec une émeute ou une insurrection ou n'ait pas été commis par le bénéficiaire ou avec sa complicité;
- les piqûres d'insectes ou les morsures d'animaux;
- la chute involontaire dans l'eau ou l'inhalation de gaz ou de vapeurs dont l'échappement n'était pas prévisible;
- la chute de la foudre et les chocs électriques.

#### **3.1.1.3.2. Événement assuré dans le cadre de la couverture étendue ('capital-décès par accident ou affection soudaine')**

La couverture 'capital décès par accident' (voir 3.1.1.3.1) peut être étendue à la couverture 'capital décès par accident ou affection soudaine'. L'extension à 'l'affection soudaine' consiste à couvrir, outre les circonstances visées au point 3.1.1.3.1, le décès de l'assuré qui est la conséquence directe d'une affection soudaine telle que décrite ci-dessous et à condition que tant l'affection soudaine que le décès qui en découle se produisent pendant la période de couverture. S'il y a deux assurés, 'le décès de l'assuré' doit ici aussi s'entendre comme le décès d'un des deux assurés ('premier décès de deux') et en cas de décès simultané, il n'y a ici pas davantage de 'double versement'.

Sont considérées comme des affections soudaines au sens de cette assurance, pour autant qu'elles ne découlent pas d'un accident tel que visé au point 3.1.1.3.1:

- infarctus du myocarde,
- accident vasculaire cérébral de toutes natures (hémorragique ou ischémique);
- troubles du rythme cardiaque;
- rupture de l'aorte;
- embolie pulmonaire;
- myocardite virale aiguë;
- mort subite sans cause précise.

Dans ces cas, il y a couverture, non seulement si le décès a été immédiat, mais également si le décès a lieu dans les 120 heures qui suivent le déclenchement d'une affection soudaine précitée et en conséquence directe de celle-ci. Les 120 heures précitées sont étendues à 30 jours en cas de coma (à savoir l'abolition de la conscience et de la vigilance non réversible par la stimulation, consécutive à une lésion cérébrale traumatique ou pathologique) survenant dans les 120 heures précitées.

### 3.1.1.3.3. Montant du capital-décès par accident

Le capital à verser est le montant assuré à la date de survenance de l'événement assuré, étant toutefois entendu que les éventuelles augmentations du montant assuré intervenues entre la date de l'accident ou de l'affection soudaine et celle du décès ne sont pas versées si celles-ci n'avaient pas déjà été convenues avant la date de l'accident ou de l'affection soudaine. Il n'y a pas de participation bénéficiaire en cas de décès.

Si le Certificat personnel fait une distinction entre le capital-décès 'par maladie' et 'par accident (ou affection soudaine)', seule la différence positive entre le montant assuré 'par accident (ou affection soudaine)' et le montant assuré 'par maladie' relève des dispositions concernant la couverture 'capital-décès par accident (ou affection soudaine)'. Le montant assuré 'par maladie' forme conjointement avec le montant assuré correspondant 'par accident (ou affection soudaine)' la couverture 'capital-décès' (voir 3.1.1.1).

## 3.1.2. Etendue des couvertures en cas de décès

### 3.1.2.1. Période de couverture

La période de couverture des couvertures en cas de décès commence et expire au plus tard aux dates respectives indiquées dans le Certificat personnel. Sauf indication contraire dans le Certificat personnel, la période de couverture commence au plus tôt à la date de paiement de la première prime ou de la prime unique, celle-ci étant la date valeur de cette prime sur le compte bancaire de l'assureur. Si le contrat a un terme, la période de couverture expire toujours au plus tard au terme. Si le contrat n'a pas de terme, la période de couverture expire au plus tard lors de la survenance de l'événement assuré dans le cadre de la couverture 'capital-décès' (voir 3.1.1.1).

### **3.1.2.2. Risques exclus en cas de décès**

L'assureur n'accorde pas de couverture dans le cadre des couvertures 'capital-décès' (voir 3.1.1.1) et 'capital en cas de décès successif' (voir 3.1.1.2) si le décès est la conséquence directe ou indirecte des risques exclus suivants :

- Le suicide de l'assuré n'est pas couvert s'il survient moins d'un an après l'entrée en vigueur ou la remise en vigueur du contrat ou de l'avenant d'augmentation des prestations assurées. Dans ce dernier cas, seule l'augmentation n'est pas couverte.
- Le décès de l'assuré des suites d'un accident d'un appareil de navigation aérienne sur lequel il s'est embarqué comme passager, est couvert. Moyennant mention expresse dans le Certificat personnel et conformément aux conditions d'acceptation en vigueur à ce moment-là, l'assurance couvre également le décès de l'assuré des suites d'un accident d'un appareil de navigation aérienne sur lequel il s'est embarqué comme membre du personnel navigant ou comme pilote militaire. N'est jamais assuré le décès de l'assuré des suites d'un accident d'un appareil de navigation aérienne:
  - non autorisé au transport de personnes ou de choses;
  - militaire; toutefois, le décès est couvert s'il s'agit d'un appareil affecté au moment de l'accident au transport de personnes;
  - transportant des produits à caractère stratégique dans des régions en état d'hostilités ou d'insurrection;
  - se préparant ou participant à une épreuve sportive;
  - effectuant des vols d'essai;
  - du type 'ultra léger motorisé'.
- N'est pas couvert le décès survenu à la suite d'émeutes, de troubles civils, de tout acte de violence collectif, d'inspiration politique, idéologique ou sociale, accompagnés ou non de rébellion contre les autorités ou tout pouvoir institué, si l'assuré y a pris part activement et volontairement.
- N'est pas couvert le décès survenant par événement de guerre, c'est-à-dire résultant directement ou indirectement d'une action offensive ou défensive d'une puissance belligérante ou de tout autre événement à caractère militaire, y compris la guerre civile. Toutefois, si les circonstances le justifient, et moyennant l'accord de la Commission bancaire, financière et des assurances, ce risque peut être couvert par une convention particulière.

Lorsque l'assuré décède à la suite d'une guerre qui a éclaté pendant son séjour à l'étranger, les prestations assurées sont liquidées si le décès survient dans les 30 jours suivant le début des hostilités. La couverture est également accordée après le délai de 30 jours à condition que le bénéficiaire prouve qu'il était impossible à l'assuré de quitter plus tôt ce pays. Le décès n'est jamais assuré, quelle qu'en soit la cause, lorsque l'assuré a pris part activement aux hostilités. Le bénéficiaire doit apporter la preuve que l'assuré n'a pas pris part activement à ces hostilités.

- Le décès de l'assuré, causé directement par une faute intentionnelle d'une gravité exceptionnelle, par laquelle celui qui l'a commise s'expose sans raison valable à un danger dont il aurait dû être conscient, n'est pas couvert.
- Le terrorisme au sens de la Loi du 1er avril 2007 relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme (cette exclusion n'est toutefois valable que si le décès survenu dans ce cadre a été causé par des armes ou des instruments destinés à exploser en raison de la modification de structure du noyau nucléaire).

Dans le cadre de la couverture 'capital en cas de décès successif', il est question d'un risque exclu si au moins un des deux assurés décède suite à un des risques exclus précités.

### **3.1.2.3. Risques exclus en cas de décès par accident**

L'assureur n'accorde pas de couverture dans le cadre de la couverture 'capital-décès par accident' (voir 3.1.1.3.1) suite à un risque qui serait exclu dans le cadre des autres couvertures en cas de décès conformément au point 3.1.2.2 (appliqué tant au décès qu'à l'accident) ou si le décès est causé par un accident qui est lui-même la conséquence directe ou indirecte d'une des circonstances suivantes dans laquelle l'assuré se trouve au moment de l'accident:

- L'état d'ivresse ou d'intoxication par l'alcool d'au moins 1,6gr/l de sang ou sous l'influence de stupéfiants ou de drogues, sauf si l'assuré ou le bénéficiaire prouve qu'il n'existe aucun lien de cause à effet entre l'accident et ces circonstances;
- La participation en qualité de conducteur ou de passager d'un véhicule à moteur, à des concours de vitesse ou à des entraînements en vue de ces concours;
- La pratique d'un sport qui peut être considéré comme dangereux comme le bobsleigh, le canotage à rames ou à voiles à plus de 500 m de la côte, le yachting à plus de deux milles marins de la côte, les courses en auto, moto ou bateau à moteur, le ski nautique, le saut à skis, le benji (saut en élastique), l'alpinisme;
- L'accomplissement de prestations militaires;
- Une affection ou d'une maladie autres que celles qui sont la conséquence directe et exclusive de l'accident;
- Une intervention chirurgicale qui n'était pas nécessaire à la suite d'un accident couvert (ou à cause d'un empoisonnement, consécutif à une opération chirurgicale autre que celle que l'assuré devait subir à cause d'un accident couvert);
- Un suicide ou une tentative de suicide;
- La participation volontaire à un crime ou à un délit;
- Un événement causé par l'énergie nucléaire;
- Des infections et contaminations sauf si elles sont causées directement par un accident couvert ou par un traitement nécessité par celui-ci.
- L'exercice de professions où l'on peut être en contact avec des explosifs ;
- La pratique professionnelle d'un sport.

### **3.1.2.4. Risques exclus en cas de décès par affection soudaine**

L'assureur n'accorde pas de couverture dans le cadre de la couverture 'capital-décès par accident ou affection soudaine', en ce qui concerne l'extension à l'affection soudaine (voir 3.1.1.3.2), suite à un risque qui serait exclu dans le cadre des autres couvertures en cas de décès conformément au point 3.1.2.2, appliqué tant au décès qu'à l'affection soudaine, ou si le décès est causé par une affection soudaine qui est elle-même la conséquence directe ou indirecte d'une des circonstances suivantes dans laquelle l'assuré se trouve au moment de l'affection soudaine:

1. l'état d'ivresse ou d'intoxication par l'alcool d'au moins 1,6gr/l de sang sauf si l'assuré ou le bénéficiaire prouve qu'il n'existe aucun lien de cause à effet entre l'affection soudaine et ces circonstances;
2. la participation à des paris, à des défis, à un crime ou à un délit;
3. une rixe pour autant que l'assuré y ait pris part volontairement et activement;
4. un suicide, une tentative de suicide ou toute lésion causée ou provoquée intentionnellement par le bénéficiaire de la garantie ou par l'assuré lui-même;
5. l'utilisation de médicaments, de stimulants, de stupéfiants ou de substances analogues de façon non conforme à une prescription médicale ainsi que le non respect conscient de la prise de médicaments vitaux.

6. les maladies prolifératives telles que les cancers, les leucémies, les lymphomes.
7. les effets directs ou indirects d'explosion, d'irradiation, de dégagement de chaleur provenant de la transmutation de noyaux ou de la radioactivité. Reste cependant couvert, le décès causé par des sources de rayonnements ionisants utilisées ou destinées à être utilisées dans une structure médicalisée dûment habilitée ;
8. une intervention chirurgicale qui n'était pas nécessaire à la suite d'un accident couvert (ou à cause d'un empoisonnement, consécutif à une opération chirurgicale autre que celle que l'assuré devait subir à cause d'un accident couvert.

#### **3.1.2.5. Prestations en cas de décès suite à un risque exclu**

En cas de survenance d'un événement assuré suite à un risque exclu, seules les éventuelles réserves constituées dans le cadre des couvertures 'capital-décès' et 'capital en cas de décès successif' (voir 7.5) sont versées au(x) bénéficiaire(s) de ces couvertures.

## **3.2. Couverture 'versement en cas d'incapacité de travail'**

### **3.2.1. Description de la couverture 'versement en cas d'incapacité de travail'**

#### **3.2.1.1. Événement assuré**

Si l'assuré est atteint d'incapacité de travail (voir 3.2.1.2) pendant la période de couverture (voir 3.2.2.1), le bénéficiaire a droit, dès l'expiration du délai de carence mentionné dans le Certificat personnel et ce durant la période de versement (voir 3.2.1.5), au versement intégral ou partiel d'une rente d'incapacité de travail.

#### **3.2.1.2. Incapacité de travail**

Il est question d'incapacité de travail dès que le seuil d'incapacité de travail est atteint. Le seuil d'incapacité de travail est le degré d'invalidité économique minimal qui doit être constaté pour qu'il puisse être question d'incapacité de travail. Le degré d'invalidité économique pris en considération est le degré d'invalidité économique réel diminué du degré d'invalidité économique qui découle de ou qui est lié à une cause non couverte (voir point 3.2.1.3), à un risque exclu (voir 3.2.2.3) et/ou à une maladie ou affection préexistante non couverte (voir point 3.3.2). Dans le cas où, la raison de l'incapacité de travail de la personne assurée est la maladie mentionnée au point 3.2.1.3.2.1. ci-dessous, le paiement de l'indemnité est sujet aux conditions spécifiques mentionnées au point 3.2.1.3.2.1

Pour avoir droit à l'intervention de l'assureur, il faut donc que le degré d'invalidité économique réel, sous déduction du degré d'invalidité économique qui découle de ou qui est lié à un risque exclu et/ou à une maladie ou affection préexistante non couverte, atteigne au moins le seuil d'incapacité de travail.

Si le seuil d'incapacité de travail est atteint et qu'il est ainsi question d'incapacité de travail, l'intervention de l'assureur est déterminée sur la base du degré d'incapacité de travail, celui-ci étant le plus élevé des degrés d'invalidité économique (moins le degré d'invalidité économique qui découle de ou qui est lié à une cause non couverte, un risque exclu et/ou une maladie ou affection préexistante non couverte) et d'invalidité physiologique (moins le degré d'invalidité physiologique qui découle de ou qui est lié à une cause non couverte, un risque exclu et /ou une maladie ou affection préexistante non couverte). Si le degré d'incapacité de travail est inférieur à 66% , il est question d'une incapacité de travail partielle. Si



le degré d'incapacité de travail atteint au moins 66%, il est question d'une incapacité de travail totale. Le degré d'invalidité économique représente la mesure dans laquelle l'aptitude au travail de l'assuré est réduite suite à une invalidité physiologique, cette dernière étant une atteinte à son intégrité physique. Le degré d'invalidité économique est déterminé en tenant compte de l'impossibilité totale ou partielle dans laquelle l'assuré se trouve temporairement ou de manière permanente d'exercer une activité professionnelle compatible avec ses connaissances, aptitudes et antécédents professionnels. Dans ce cadre, il n'est tenu compte ni de la situation économique générale, ni d'autres critères économiques quelconques.

Le degré d'invalidité physiologique représente la mesure dans laquelle l'intégrité physique de l'assuré est réduite. Il est constaté par décision médicale, si possible sur la base du Barème Officiel Belge des Invalidités et de la jurisprudence belge en la matière. La référence au degré d'invalidité physiologique n'a une influence potentielle que sur le montant de la rente d'incapacité de travail à verser ou à attribuer et n'enlève rien au fait que ces rentes couvrent ou sont censées couvrir uniquement l'incapacité de travail et ont, sans porter préjudice à leur caractère forfaitaire, pour but essentiel de prévoir une intervention en cas de perte de revenus.

Une grossesse, un accouchement, un repos pré- ou postnatal normal et l'écartement professionnel préventif non lié à une affection médicale, ne sont pas considérés comme maladie et ne sont donc pas couverts dans le cadre du présent contrat.

### **3.2.1.3. Causes couvertes d'incapacité de travail**

L'incapacité de travail couverte peut être la conséquence d'un accident et/ou d'une maladie, selon ce qui a été convenu. En ce qui concerne les accidents, il peut en outre être fait une distinction entre les accidents de la vie privée et les accidents du travail.

#### **3.2.1.3.1. Accident**

Pour la portée du terme 'accident', il est renvoyé au point 3.1.1.3.1. Un accident est soit un accident du travail, soit un accident de la vie privée.

- Un accident du travail est un accident tel que défini dans la législation belge sur les accidents du travail, y compris les accidents survenus sur le chemin du travail. La référence à la législation sur les accidents du travail ne tend qu'à définir la notion d'accident du travail.
- Un accident de la vie privée est tout accident qui n'est pas un accident du travail.

#### **3.2.1.3.2. Maladie**

Une maladie est toute atteinte à la santé de l'assuré qui est due à une autre cause qu'un accident, tel que décrit ci-dessus.

##### **3.2.1.3.2.1 Maladie mentale**

La maladie de la personne assurée causée par un trouble psychologique. Dans le cadre de ces Conditions Générales, les maladies mentales sont divisées en deux catégories, décrites ci-dessous. Elles bénéficient d'une couverture différenciée.

#### A. Troubles psychiques

Nous assurons, après application d'un délai d'attente d'un an depuis l'entrée en vigueur du contrat, et s'il est satisfait cumulativement à toutes les conditions :

il s'agit d'une des affections nerveuses ou les troubles psychiques énumérés ci-après de façon limitative:

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

dont le diagnostic est établi par un docteur en psychiatrie agréé en Belgique sur la base de symptômes organiques et médicalement objectivables.

#### B. Autres troubles psychiques et fonctionnels

Nous assurons, après application d'un délai d'attente d'un an depuis l'entrée en vigueur du contrat, et s'il est satisfait cumulativement à toutes les conditions :

il s'agit d'un des troubles énumérés ci-après de façon limitative:

- burn out;
- fibromyalgie;
- syndrome de fatigue chronique;
- complications psychiatriques de maladies somatiques;
- troubles psychiques fonctionnels et leurs conséquences.

dont le diagnostic est établi sur la base de symptômes organiques et/ou médicalement explicables par un médecin spécialisé dans ces troubles et agréé en Belgique.

L'intervention de l'assureur en raison d'un événement assuré qui est le résultat d'une maladie énumérée sous le point b) ne peut pas dépasser 2 ans au maximum pendant toute la durée de l'assurance complémentaire.

#### 3.2.1.3.2.2 Maladie autre qu'une maladie mentale

Est concernée toute atteinte à la santé de l'assuré qui est due à une autre cause qu'un accident ou qui n'est pas due à une maladie mentale.

Une grossesse, un accouchement, un repos pré- ou postnatal normal et l'écartement professionnel préventif non lié à une affection médicale, ne sont pas considérés comme maladie et ne sont donc pas couverts dans le cadre du présent contrat.

### **3.2.1.4. Montant du versement en cas d'incapacité de travail (rente)**

#### 3.2.1.4.1. Généralités

Le montant du versement en cas d'incapacité de travail est égal à son montant assuré (ou à ses montants assurés) dès l'expiration du délai de carence (voir aussi 3.2.1.5). Sauf indication contraire

dans le Certificat personnel, le versement en cas d'incapacité de travail est exprimé en un montant annuel. Le versement se fait en tranches mensuelles à la fin de chaque mois et ce au prorata du degré d'incapacité de travail. Pour le premier et le dernier mois de la période de paiement effective, la rente est calculée au prorata du nombre de jours d'incapacité de travail durant les mois concernés.

#### 3.2.1.4.2. Degré d'incapacité de travail

La (les) rente(s) d'incapacité de travail est (sont) versée(s) ou attribuée(s) proportionnellement au degré d'incapacité de travail pour autant que le seuil d'incapacité de travail soit atteint. Un versement intégral ou une attribution intégrale a lieu si le degré d'incapacité de travail atteint au moins 66%. Si le degré d'incapacité de travail change, le montant de la rente est adapté en fonction du nouveau degré d'incapacité de travail. Dès que le seuil d'incapacité de travail n'est plus atteint, le versement ou l'attribution de la (des) rente(s) d'incapacité de travail prend fin. L'assureur n'effectue pas de versement (majoré) ou d'attribution (majorée) en cas d'augmentation du degré d'incapacité de travail qui survient après la période de couverture (voir 3.2.2.1) et donc pas davantage après que la couverture ait pris fin.

#### 3.2.1.4.3. Profil de progression

Il peut être prévu un profil de progression de la (des) rente(s) d'incapacité de travail durant la première année d'incapacité de travail. Ceci implique que, pendant la période de progression, au maximum le(s) pourcentage(s) de la (des) rente(s) concernée(s) est (sont) versé(s), en tenant compte du degré d'incapacité de travail (voir 3.2.1.4.2).

#### 3.2.1.4.4. Indexation de la (des) rente(s) d'incapacité de travail en cours

Il peut être prévu une indexation de la (des) rente(s) d'incapacité de travail en cours ('indexation après sinistre'). Dans ce cas, le montant de la (des) rente(s) concernée(s) est majoré annuellement en multipliant son (leur) montant initial par un facteur d'indexation. Ce facteur est égal à  $(1 + \text{pourcentage d'indexation})^n$ , où 'n' représente le nombre d'années complètes écoulées depuis la date du début de l'incapacité de travail. La première indexation est par conséquent effectuée à partir du treizième mois-calendrier qui suit la date du début de l'incapacité de travail.

Si l'assuré ne se trouve plus en état d'incapacité de travail qui entraîne l'application de la couverture, le montant assuré de la (des) rente(s) d'incapacité de travail est ramené au niveau d'avant la période d'incapacité de travail.

#### 3.2.1.4.5. Exonération de primes en cas d'incapacité de travail

Les couvertures de l'assurance principale (assurance vie / décès), ainsi que les couvertures des assurances complémentaires bénéficient d'une exonération de primes pendant la période durant laquelle l'assureur verse ou attribue effectivement une rente d'incapacité de travail.

Le montant assuré de la couverture "exonération des primes en cas d'incapacité de travail" est déterminé comme suit : (montant total, sur base annuelle, des primes futures convenues, sans taxes ou prélèvements, moins le montant de primes qui est normalement destiné au financement des couvertures en cas d'incapacité de travail) x le degré d'incapacité de travail économique donnant lieu au paiement d'une rente d'incapacité de travail.

La couverture se poursuit sans paiement des primes à concurrence du degré d'incapacité de travail pour lequel l'assureur accorde effectivement son intervention.

Toutefois, si les obligations de l'assureur en vertu de cette couverture pour une raison quelconque ne sont établies qu'après la date d'exigibilité de l'attribution et si le preneur d'assurance a entretemps payé les primes lui-même, l'assureur remboursera au preneur d'assurance ces primes déjà payées, si et dans la mesure où celles-ci sont à charge de l'assureur en vertu de cette couverture (remboursement de la prime).

Une fois que le seuil d'incapacité de travail n'est plus atteint, la couverture « exonération de primes » prend fin. L'assureur n'effectue pas de versement (majoré) ou n'accorde pas d'exonération de primes (majorée) en cas d'augmentation du degré d'incapacité de travail qui survient après la période de couverture et donc pas davantage après que la couverture ait pris fin.

#### 3.2.1.4.6. Seuil minimal

Pour la couverture « exonération de primes en cas d'incapacité de travail », ainsi que pour la couverture « rente » l'incapacité de travail n'est couverte que lorsqu'un seuil minimal d'incapacité de travail de 25% est atteint.

#### 3.2.1.5 Période de paiement

L'assureur est redevable de la rente d'incapacité de travail dès l'expiration du délai de carence (voir aussi 3.2.1.1). Le délai de carence est le délai qui commence à courir à partir du moment où le risque assuré survient et durant lequel l'assuré ne reçoit encore aucune indemnité de l'assureur. Le délai de carence convenu est mentionné dans le Certificat personnel. Par « indépendant » il faut comprendre toute personne physique qui exerce une activité professionnelle pour laquelle elle n'est pas liée par un contrat de travail ou pour laquelle sa situation n'est pas réglée unilatéralement par l'autorité publique. Pour les indépendants ainsi que pour toutes autres catégories de personnes assurées (par exemple : employés, fonctionnaires), le délai de carence minimal est de 30 jours.

Il peut cependant aussi être prévu un rachat du délai de carence, auquel cas les rentes concernées sont versées ou attribuées - rétroactivement - à partir de la date du début de l'incapacité de travail, à la condition que l'assuré soit toujours en état d'incapacité de travail au terme de ce délai de carence avec rachat. Le rachat du délai de carence est mentionné dans le Certificat personnel. La rente d'incapacité de travail est versée au plus tard jusqu'au terme de la période de paiement indiquée dans le Certificat personnel (lorsque la période de paiement y est exprimée en une durée - en années - cette durée est calculée à compter de la date du début de l'incapacité de travail et donc pas à partir de la fin du délai de carence). La période de paiement prend cependant fin au plus tard lorsqu'un des moments suivants se réalise:

- dès que le degré d'invalidité économique pris en considération descend en-dessous du 'seuil d'incapacité de travail'(voir 3.2.1.2 et 3.2.1.4.6) ;
- à la date terme de l'assurance principale (assurance vie / décès) à laquelle l'assurance complémentaire concernant l'incapacité de travail est liée ;
- au terme du contrat ;
- au décès de l'assuré.

### **3.2.1.5. Rechute**

Il est question de rechute lorsqu'une incapacité de travail débute dans les trois mois suivant la fin d'une période d'incapacité de travail précédente et relève de la même cause que cette incapacité de travail précédente. En cas de rechute, la période d'incapacité de travail précédente est prise en compte pour le calcul du délai de carence.

Si une rente d'incapacité de travail en cours augmente (en raison de 'l'indexation après sinistre' ou de l'application d'un 'profil de progression'), la rente à verser ou à attribuer en cas de rechute est calculée comme s'il n'y avait pas eu d'interruption de l'incapacité de travail et où la période intermédiaire est prise en compte pour l'application de l'indexation après sinistre et/ou du profil de progression.

## **3.2.2. Etendue de la couverture 'versement en cas d'incapacité de travail'**

### **3.2.2.1. Période de couverture**

La période de couverture de la couverture 'versement en cas d'incapacité de travail' commence et expire au plus tard aux dates respectives indiquées dans le Certificat personnel. Sauf indication contraire dans le Certificat personnel, la période de couverture commence au plus tôt à la date de paiement de la première prime ou de la prime unique, celle-ci étant la date valeur de cette prime sur le compte bancaire de l'assureur. Si le contrat a un terme, la période de couverture expire toujours au plus tard au terme. Si le contrat n'a pas de terme, la période de couverture expire au plus tard lors de la survenance de l'événement assuré dans le cadre de la couverture 'capital-décès' (voir 3.1.1.1).

### **3.2.2.2. Etendue géographique**

La couverture 'versement en cas d'incapacité de travail' est en principe valable dans le monde entier. Dans les pays qui ne font pas partie de l'Union européenne, l'assureur n'accorde cependant la couverture que dans la mesure où il peut, selon sa propre appréciation, (continuer) d'exercer le contrôle médical nécessaire sans difficultés ni frais exceptionnels.

### **3.2.2.3. Risques exclus**

L'assureur n'accorde pas de couverture et n'effectue donc pas de versement dans le cadre de la couverture 'versement en cas d'incapacité de travail' suite à la survenance d'un risque qui serait exclu dans le cadre des diverses couvertures en cas de décès (également par accident) conformément aux points 3.1.2.2 et 3.1.2.3 appliqué tant à l'incapacité de travail proprement dite qu'à sa cause - ou si l'incapacité de travail proprement dite ou sa cause est la conséquence directe ou indirecte:

- d'une situation préexistante ;
- de troubles psychiques, à l'exception de ceux explicitement mentionnés sous 3.2.1.3.2.1 ;
- d'une affection allergique qui ne représente pas un degré d'invalidité physiologique de plus de 25% ;
- de traitements que l'assuré s' est appliqués à lui-même, à l'exception des actes normaux de soins personnels ;
- d'une tentative de suicide.

### 3.3. Dispositions générales

#### 3.3.1. Communication de renseignements corrects

Lors de la conclusion, l'augmentation ou la remise en vigueur des couvertures, le preneur d'assurance et l'assuré (les assurés) doivent communiquer à l'assureur, en toute sincérité et sans omission, tous les éléments dont ils ont connaissance et qu'ils doivent raisonnablement considérer comme des éléments d'appréciation des risques par l'assureur. Il s'agit entre autres de l'activité professionnelle, de sports et autres activités pratiqués, ainsi que des maladies et affections déjà diagnostiquées ou dont au moins les symptômes se sont déjà manifestés.

En cas de communication inexacte de la date de naissance de l'assuré (d'un assuré), l'assureur peut adapter les primes de risque et /ou les prestations d'assurance (le cas échéant, rétroactivement) sur la base des éléments tarifaires en fonction de la date de naissance exacte. En cas d'omissions involontaires ou de déclarations inexactes involontaires autres que celle portant sur la date de naissance, les dispositions légales y relatives s'y appliquent durant la première année après, respectivement, la conclusion, l'entrée en vigueur d'une augmentation non prévue initialement (en ce qui concerne cette augmentation) ou la remise en vigueur des couvertures 'capital-décès' et 'capital en cas de décès successif' et, sauf disposition impérative contraire, pendant toute la durée du contrat en ce qui concerne les autres couvertures (assurances complémentaires).

Dans le cadre spécifique de la couverture 'versement en cas d'incapacité de travail' (voir 3.2), l'assuré doit, non seulement lors de la conclusion, l'augmentation ou la remise en vigueur de la couverture, mais aussi simplement pendant la durée de la couverture, informer immédiatement l'assureur de toute diminution de ses revenus professionnels ou du fait qu'il a conclu ou conclut une assurance auprès d'une autre compagnie d'assurance qui couvre les mêmes risques ou des risques semblables ou qu'il bénéficie auprès d'un (autre) organisme de pension d'une telle couverture. L'assureur peut sur cette base diminuer le montant assuré de la couverture ou même mettre fin à la couverture. Si l'assuré omet d'informer l'assureur d'une diminution de ses revenus professionnels ou du fait qu'il est également couvert auprès d'une autre compagnie d'assurance ou d'un autre organisme de pension pour les mêmes risques ou des risques semblables, l'assureur peut réduire ou même refuser son intervention en cas de sinistre.

Toute fraude, omission volontaire ou déclaration inexacte volontaire entraîne la nullité de la (des) couverture(s) concernée(s). Les primes échues au moment où l'assureur en prend connaissance lui reviennent. L'attention est attirée sur le fait que la loi prévoit aussi des sanctions en cas d'omissions involontaires ou de déclarations inexactes involontaires qui, selon les cas, peuvent mener jusqu'au refus de l'assureur d'accorder son intervention.

#### 3.3.2. Acceptation des couvertures par l'assureur et maladies et affections pré-existantes

Les couvertures et toute augmentation de leur montant assuré nominal sont soumises aux critères d'acceptation généraux de l'assureur. Les couvertures ne sont assurées que si elles sont mentionnées sur le Certificat personnel ou si l'assureur en a donné confirmation écrite sous une autre forme.

Si des déclarations du (des) preneur(s) d'assurance ou de l'assuré (des assurés), des formalités médicales et/ou des examens médicaux à l'occasion de la conclusion, l'augmentation ou la remise en vigueur des couvertures mentionnent, révèlent ou rendent sur la base de symptômes probable une maladie ou affection existante, celle-ci est couverte, sauf contre-avis écrit de l'assureur avec mention de la maladie ou affection pour laquelle (l'augmentation de) la couverture n'est pas accordée.

Si l'assureur impute une surprime pour une couverture et /ou refuse totalement ou partiellement (par exemple pour une maladie ou affection déterminée) une couverture, cette surprime et/ou ce refus s'applique(nt) également à toute augmentation ultérieure de la (des) couverture(s) concernée(s), sauf s'il en est convenu autrement.

### **3.3.3. Aggravation du degré de risque**

Si un document quelconque laisse apparaître que, lors de l'acceptation d'une couverture par l'assureur ou pour le calcul du tarif d'une couverture, il a été tenu compte de caractéristiques particulières de l'assuré (tabagisme, activité professionnelle, statut social, sports pratiqués, domicile, etc.), toute modification de ces éléments qui entraîne une aggravation du risque pour l'assureur doit lui être signalée spontanément par écrit dans les 30 jours. L'assureur est aussi habilité à interroger le preneur d'assurance et/ou l'assuré sur les éventuelles modifications intervenues dans les caractéristiques particulières susvisées de l'assuré, auquel cas le preneur d'assurance et/ou l'assuré est/sont tenu(s) d'y répondre dans les délais impartis.

Si l'aggravation du risque concerné était de telle nature que l'assureur aurait accordé cette couverture sous d'autres conditions, il propose, dans le mois à compter de l'avis précité, d'adapter les conditions de la couverture avec effet à la date de l'aggravation du risque.

Si la proposition de l'assureur est refusée ou n'est pas acceptée dans un délai d'un mois à compter de la réception de cette proposition, l'assureur peut résilier la couverture concernée par lettre recommandée dans les 15 jours. Si, cependant, l'assureur peut fournir la preuve qu'il n'aurait pas accordé la couverture dans les circonstances modifiées, il peut résilier la couverture par lettre recommandée dans un délai d'un mois à compter de la date à laquelle il a eu connaissance de l'aggravation du risque.

Si un sinistre survenait avant que l'aggravation du risque n'ait été communiquée à l'assureur, le versement, si le fait de ne pas avoir spontanément communiqué l'aggravation du risque peut être reproché ou si elle n'a pas été communiquée à l'assureur en réponse à une interrogation en ce sens par ce dernier, est réglé sur la base des prestations qui auraient été assurées avec la prime réellement payée, en tenant compte des Conditions générales assurance décès caractéristiques modifiées du risque. Si, cependant, l'assureur peut fournir la preuve qu'il n'aurait pas accordé la couverture dans les circonstances modifiées, il peut limiter la prestation au remboursement de toutes les primes payées pour le risque concerné. Si le fait de ne pas avoir communiqué spontanément l'aggravation du risque ou de ne pas l'avoir communiquée en réponse à une interrogation en ce sens par l'assureur, relève d'une intention frauduleuse, l'assureur peut refuser toute prestation et toutes les primes échues au moment où il prend connaissance de l'omission frauduleuse lui reviennent à titre de dédommagement.

Les dispositions du présent point ne s'appliquent pas à la dégradation de l'état de santé de l'assuré et ne valent, en ce qui concerne la couverture 'versement en cas d'incapacité de travail', que sous respect des restrictions légales impératives spécifiques concernant les 'assurances maladie'.

### **3.3.4. Déclaration de sinistre**

Tout sinistre (décès, accident ou affection soudaine à issue mortelle ou incapacité de travail dans le chef d'un assuré) doit être déclaré à l'assureur au plus tard dans les 30 jours au moyen du formulaire destiné à cet effet. En cas de déclaration tardive, l'assureur peut réduire son intervention du montant du préjudice qu'il a subi, sauf s'il est dûment démontré que la déclaration de sinistre a été remise aussi rapidement qu'il était raisonnablement possible de le faire.

La déclaration doit être accompagnée de tous les documents, certificats et rapports originaux qui peuvent démontrer l'existence et la gravité du sinistre. L'assureur peut exiger tout document complémentaire à cette fin. En cas de décès, il faut aussi joindre une attestation médicale - selon le modèle dûment complété de l'assureur - qui indique la cause du décès. Tous les intéressés à l'intervention de l'assureur sont tenus d'apporter toute collaboration possible afin que les examens et les contrôles jugés utiles par l'assureur puissent être effectués le plus rapidement possible, sont tenus de demander à tous les médecins qui administrent ou qui ont administré de soins à l'assuré de leur communiquer tous les renseignements que l'assureur sollicite (en cas d'incapacité de travail, tout ceci vaut tant lors de la survenance de l'incapacité de travail que dans le cadre du suivi médical ultérieur) et sont tenus de remettre sans délai les renseignements ainsi obtenus au médecin-conseil de l'assureur. En cas d'incapacité de travail, toutes les mesures visant à accélérer la guérison doivent être prises le plus rapidement possible et les traitements médicaux prescrits doivent être suivis. Si une de ces obligations n'est pas remplie, ce dernier peut refuser ou interrompre totalement ou partiellement son intervention.

En cas de versement d'une rente d'incapacité de travail, tant l'assuré que l'assureur a toujours le droit de soumettre le degré d'invalidité économique pris en considération à une révision. Toute modification de l'état de santé de l'assuré qui entraîne ou qui pourrait entraîner une diminution du degré d'invalidité économique doit être communiquée spontanément à l'assureur dans les 15 jours. Sinon, l'assureur exige le remboursement de toutes sommes versées indûment, majorées des intérêts légaux.

Si de faux certificats sont produits, de fausses déclarations sont effectuées ou si certains faits ou certaines circonstances ayant manifestement de l'importance pour l'appréciation des obligations de l'assureur sont intentionnellement omis ou non signalés, l'assureur peut refuser son intervention ou y mettre fin et réclamer le remboursement de toutes sommes versées indûment, majorées des intérêts légaux.

## **4. DROITS DU PRENEUR D'ASSURANCE**

### **4.1. Dispositions générales**

Le preneur d'assurance bénéficie de certains droits en cours de contrat. Les plus importants sont décrits aux points suivants (en ce qui concerne l'assurance 'engagement individuel de pension', il est aussi renvoyé à certaines dispositions spécifiques reprises au point 6.2). En application de certaines dispositions légales ou conventionnelles, il se peut toutefois que l'exercice de certains droits soit



interdit, suspendu ou qu'il requière l'accord d'un ou plusieurs tiers (comme en cas de mise en gage, d'acceptation du bénéfice, etc.). Le cas échéant, une demande d'exercice ou un ordre d'exécution d'un droit doit dès lors être contresigné(e) par le(s) tiers qui doi(ven)t marquer son (leur) consentement pour que la demande ou l'ordre puisse être considéré(e) comme valable. Si ce n'est pas le cas ou, de manière plus générale, dans tous les cas où l'assureur, quel que soit la raison, ne peut donner (immédiatement) suite à une demande d'exercice ou un ordre d'exécution d'un droit, il en a visé le preneur d'assurance dans les meilleurs délais et lui en communique la raison.

En présence de deux preneurs d'assurance, toute demande d'exercice ou tout ordre d'exécution d'un droit et, de manière plus générale, tout acte ou toute opération qui requiert l'accord (écrit) du preneur d'assurance, requiert l'accord (écrit) des deux preneurs d'assurance.

## 4.2. Résiliation

Le preneur d'assurance peut résilier le contrat par lettre recommandée datée et signée, adressée à l'assureur:

- soit dans les 30 jours à compter de la date d'entrée en vigueur du contrat;
- soit, si le formulaire de souscription indique que le contrat est conclu pour garantir ou reconstituer un crédit sollicité par le preneur d'assurance, dans les 30 jours à compter de la date à laquelle il apprend que le crédit ne lui est pas accordé.

En cas de résiliation, le contrat prend fin et l'assureur rembourse au preneur d'assurance les primes versées, diminuées des primes de risque déjà consommées et, dans la première hypothèse susvisée de résiliation, après imputation des frais d'examens médicaux (voir aussi 7.8).

## 4.3. Désignation et changement de bénéficiaires

Le preneur d'assurance désigne le(s) bénéficiaire(s) et peut changer le(s) bénéficiaire(s) qu'il a initialement désigné(s) (voir aussi 5). Le changement des bénéficiaires doit être contenu dans un écrit daté et signé. Pour être opposable à l'assureur, cet écrit doit lui être communiqué.

## 4.4. Rachat

Le droit de rachat ne vaut que si le Certificat personnel l'indique explicitement ainsi. A défaut de telle disposition explicite, le droit de rachat n'existe pas. S'il y a droit de rachat, les réserves du contrat visées au point 7.5 peuvent être rachetées, auquel cas le contrat prend fin. La demande de rachat est introduite au moyen d'un formulaire de rachat daté et signé que l'assureur met à disposition sur simple demande. Ce formulaire vaut quittance dès que l'assureur a versé la valeur de rachat.

En cas de rachat, il est porté en compte une indemnité de rachat, qui est égale au maximum de:

- 75,00 EUR (ce montant est indexé selon l'indice santé des prix à la consommation (indice de base = indice septembre 2008); l'indice pris en compte est celui du 2<sup>e</sup> mois du trimestre qui précède la date de rachat)

et

- 5% du montant de la réserve brute rachetée (si le contrat a un terme, ce second terme est le cas échéant limité à 1 % de la réserve brute rachetée multiplié par la durée du contrat - exprimée en années - qui reste à courir jusqu'à son terme).

#### 4.5. Avance et mise en gage

Le preneur d'assurance ne bénéficie pas du droit d'avance sur les prestations d'assurance prévues, mais peut bien mettre les droits qui découlent du contrat en gage.

### 5. DROITS DU (DES) BENEFICIAIRE(S)

Le(s) bénéficiaire(s) bénéficie(nt) des droits suivants:

- le droit aux prestations d'assurance visées au point 3;
- le droit d'accepter le bénéfice des prestations d'assurance susvisées dès avant leur exigibilité, moyennant un avenant au Certificat personnel signé par lui (eux) , le preneur d'assurance et l'assureur ou, le cas échéant, par l'insertion directe d'une telle disposition dans le Certificat personnel (l'acceptation du bénéfice a, sauf dans les cas où la législation autorise la révocation, entre autres pour effet que la résiliation, la révocation et le changement de la désignation bénéficiaire, le rachat et la mise en gage requièrent l'accord écrit du bénéficiaire acceptant).

### 6. ASSURANCE 'ENGAGEMENT INDIVIDUEL DE PENSION'

#### 6.1. Introduction

L'assurance 'engagement individuel de pension' (en abrégé, 'assurance EIP') est une assurance conclue par une personne morale sur la tête d'un 'dirigeant d'entreprise indépendant rémunéré régulièrement et au moins mensuellement' (appelé aussi 'affilié'), au profit des personnes désignées comme bénéficiaires des différentes couvertures en cas de décès (voir 3.1) et au profit du dirigeant d'entreprise en ce qui concerne la couverture 'versement en cas d'incapacité de travail' (voir 3.2). Dans le cadre de la couverture 'capital en cas de décès successif' (voir 3.1.1.2), une autre personne que l'affilié intervient comme co-assuré.

Les primes sont intégralement à la charge du preneur d'assurance. Ci-dessous sont reprises des dispositions spécifiques régissant le fonctionnement de l'assurance EIP. Si ou dans la mesure où elles sont incompatibles avec d'autres dispositions des présentes Conditions générales, elles prévalent.

#### 6.2. Droits du preneur d'assurance et des bénéficiaires

Dans le cadre de l'assurance EIP, le preneur d'assurance cède à l'affilié le droit de changer les bénéficiaires. Ce changement de bénéficiaires se fait sous l'entière responsabilité de l'affilié.

Dans le cadre de l'assurance EIP, le preneur d'assurance cède aussi à l'affilié le droit de racheter le contrat, du moins si le droit de rachat existe (voir 4.4) et en précisant que l'affilié, sans préjudice d'autres restrictions contractuelles ou légales, ne peut exercer le droit de rachat que s'il a quitté le preneur d'assurance.

Dans le cadre de l'assurance EIP, le preneur d'assurance cède aussi à l'affilié le droit de faire affecter le contrat à la garantie d'un prêt immobilier, dans le respect de la législation fiscale belge en la matière. Cette législation dispose plus précisément qu'une mise en gage (y compris une cession de droits à un tiers) n'est autorisée que pour permettre à l'affilié d'acquies, de construire, d'améliorer, de réparer

ou de transformer des biens immobiliers situés dans l'Espace économique européen et qui génèrent des revenus imposables. En outre, l'emprunt doit être remboursé dès que les biens précités quittent le patrimoine de l'affilié.

L'acceptation du bénéfice (voir 5) requiert aussi le consentement de l'affilié.

### 6.3. Paiement des primes / départ

Sans préjudice de l'application d'autres dispositions légales et contractuelles et bien que le paiement des primes ne soit pas obligatoire dans les rapports entre le preneur d'assurance et l'assureur, le preneur d'assurance ne peut, dans ses rapports avec l'affilié, mettre fin au paiement des primes que moyennant l'accord de l'affilié. En cas de départ de l'affilié comme 'dirigeant d'entreprise indépendant' du preneur d'assurance, il est cependant automatiquement mis fin au paiement des primes (dès qu'il en a connaissance, le preneur d'assurance informe l'assureur du départ de l'affilié). Les dispositions du point 7. 6 s'appliquent alors conformément.

## 7. DISPOSITIONS DIVERSES

### 7.1. Nature juridique des couvertures

La couverture 'capital-décès' et l'éventuelle couverture 'capital en cas de décès successif' du contrat (ou des contrats conjoints ; voir 7. 2) forment ensemble le contrat principal. Tout es l es autres couvertures sont des assurances complémentaires au contrat principal. Ceci implique entre autres que:

- le preneur d'assurance a, dans ses rapports avec l'assureur, le droit de mettre fin aux assurances complémentaires à tout moment et indépendamment du sort du contrat principal;
- les dispositions des Conditions générales relatives au contrat principal s'appliquent également aux assurances complémentaires, sauf s'il y est dérogé ou si le contexte laisse apparaître qu'elles ne s'appliquent qu'au seul contrat principal;
- la résiliation ou le rachat du contrat principal entraîne de plein droit la cessation des assurances complémentaires;
- la cessation de paiement des primes pour le contrat principal implique de plein droit la cessation de paiement des primes pour les assurances complémentaires.

Les assurances complémentaires n'ont ni valeur de rachat ni valeur de réduction ou de conversion.

En cas de survenance de l'événement assuré dans le cadre de la couverture 'capital-décès', toutes les couvertures (et donc également le contrat proprement dit) prennent automatiquement fin, sauf éventuellement la couverture 'capital en cas de décès successif' (voir 3.1.1.2). Les versements dans le cadre d'un sinistre en cours dans le cadre de la couverture 'versement en cas d'incapacité de travail' prennent aussi automatiquement fin (voir 3.2.1.4).

### 7.2. Jonction

Il se peut que plusieurs contrats soient, moyennant l'accord de l'assureur, 'conjoints'. La jonction résulte du fait que les contrats concernés figurent sur le même Certificat personnel. La jonction implique que les contrats concernés, bien qu'ils restent distincts d'un point de vue juridique et fiscal, sont considérés comme un ensemble sur le plan de la technique d'assurance. Ceci implique, entre autres, que les

couvertures valent pour l'ensemble des contrats conjoints et que le caractère complémentaire des assurances complémentaires (voir 7.1) s'apprécie par rapport à l'ensemble des contrats conjoints.

### 7.3. Impôts

L'assureur peut mettre à la charge du preneur d'assurance ou du (des) bénéficiaire(s) tous impôts, cotisations et charges de quelque nature que ce soit qui peuvent grever les primes, les réserves ou tout versement.

### 7.4. Certificat personnel

L'assureur établit lors de l'entrée en vigueur et lors de toute modification du contrat un Certificat personnel (actualisé) qu'il remet au preneur d'assurance (le dernier certificat dé livré remplace toujours le précédent). Le Certificat personnel donne un aperçu des éléments majeurs (montants de primes, couvertures, etc.) du contrat (ou des contrats conjoints). Le preneur d'assurance est supposé marquer intégralement son accord sur le contenu de son Certificat personnel et de ses versions ultérieures, sauf s'il a communiqué par écrit ses remarques à l'assureur dans les 30 jours après que l'assureur l'a délivré.

### 7.5. Constitution de la réserve / primes de risque / modifications tarifaires

Si le Certificat personnel indique que le droit de rachat existe (voir 4.4), la prime nette, c.-à-d. après retenue d'éventuels droits d'entrée, impôts et primes de risque pour les couvertures 'capital-décès par accident (ou affection soudaine)' et 'versement en cas d'incapacité de travail', est affectée à la constitution de réserves. Il est fait une distinction entre:

- les réserves de pension, qui sont constituées par les primes affectées au financement de la couverture 'capital-décès' (voir 3.1.1.1);
- les réserves-décès successif, qui sont constituées par les primes affectées au financement de la couverture 'capital en cas de décès successif' (voir 3.1.1.2).

L'assureur peut, pour autant qu'il n'y ait pas d'obstacles juridiques, fiscaux ou de gestion, 'fusionner' ces deux types de réserves ou les transférer d'une affectation vers une autre. Les primes de risque pour les couvertures 'capital-décès par accident (ou affection soudaine)' et 'versement en cas d'incapacité de travail' font l'objet d'une retenue directe sur les primes versées (voir ci-dessus). L'assureur soustrait des réserves qui y sont affectées (voir ci-dessus), les primes de risque pour les autres couvertures. Ces primes de risque sont les primes requises pour assurer les couvertures concernées pour une période de chaque fois un mois. Elles sont en principe soustraites au début de chaque mois. En cas de jonction de différents contrats (voir 7.2), cette soustraction se fait, sous réserve d'éventuelles restrictions ou obligations fiscales, juridiques et autres, proportionnellement avec les réserves constituées à la date de soustraction (qui sont affectées aux couvertures respectives) des différents contrats conjoints.

Si le Certificat personnel n'indique pas que le droit de rachat existe (voir 4.4), il est également constitué des réserves comme indiqué ci-dessus, si ce n'est qu'elles ne sont ni rachetables ni cessibles et qu'elles ne donnent pas droit à réduction (voir 7.6.2).

Sans préjudice de l'éventuelle application de surprimes pour des risques aggravés (voir 3.3.2), les tarifs utilisés pour le calcul des primes sont ceux que l'assureur a déposés auprès de la Financial Services and Markets Authority (FSMA). Outre les majorations de primes individuelles dans le cadre d'une aggravation

du degré de risque (voir 3.3.3), l'assureur peut, dans le respect des éventuelles restrictions impératives en la matière, pour des raisons justifiées et de manière raisonnable et proportionnée, relever les tarifs pour le calcul des primes à tout moment en cours de contrat dans le cadre d'une révision générale pour la catégorie d'assurances dont relève le contrat, ainsi entre autres:

- si l'assureur y est obligé en vertu de dispositions légales ou réglementaires;
- si une quelconque modification de la législation, une quelconque intervention des autorités de contrôle, une quelconque jurisprudence, etc. étendait la portée de la (des) couverture(s) ou les obligations de l'assureur;
- si l'assureur estime que l'équilibre de son portefeuille d'assurances est mis en péril par une quelconque modification de la législation, par une quelconque intervention de ses autorités de contrôle, par une quelconque jurisprudence, etc., ou encore, par un accroissement du degré de risque de l'événement (des événements) assuré(s) concerné(s) au sein de la population, de la population du marché de l'assurance belge ou de son propre portefeuille (ou un segment de celui-ci);
- si une quelconque modification de la législation, une quelconque intervention des autorités de contrôle, une quelconque jurisprudence, etc. interdisait certains critères de segmentation;
- en présence de circonstances qui, selon les dispositions légales ou réglementaires, autorisent l'assureur à procéder à une adaptation tarifaire.

L'assureur peut aussi modifier les chargements et taux d'intérêt intégrés dans le tarif s'il peut démontrer que le coût de gestion des contrats a augmenté depuis la conclusion du contrat ou si le taux d'intérêt appliqué n'est plus conforme aux taux du marché. Dans le contexte spécifique du régime fiscal de l'épargne-pension, une augmentation tarifaire peut, dans la mesure où elle entraîne un dépassement de la prime maximale qui peut être affectée à l'épargne-pension, avoir comme conséquence que l'assureur soit amené à intégrer totalement ou partiellement l'augmentation tarifaire dans un autre contrat sous un autre régime juridico-fiscal.

## 7.6. Non-paiement des primes / épuisement des réserves

### 7.6.1. Hypothèse 1: le droit de rachat existe

Si le Certificat personnel indique que le droit de rachat existe (voir 4.4), les primes de risque nécessaires au maintien des couvertures 'capital-décès' et 'capital en cas de décès successif' (voir 3.1.1.1 et 3.1.1.2) continuent, dès la première échéance impayée, d'être soustraites des réserves concernées du (des) contrat(s) (conjoints) jusqu'à épuisement respectif de celles-ci. Après épuisement des réserves concernées, il est mis fin aux couvertures concernées, mais au plus tôt 30 jours après que l'assureur en ait informé le preneur d'assurance par lettre recommandée (voir cependant 7.6.3). Il est mis fin aux couvertures 'capital-décès en cas d'accident (ou affection soudaine)' et 'versement en cas d'incapacité de travail' 30 jours après que l'assureur en ait informé le preneur d'assurance par lettre recommandée (comme indiqué au point 7.1, ces couvertures n'ont pas de valeur de réduction) (voir cependant 7.6.3).

Si, quelle qu'en soit la raison, l'assureur constate que les réserves sont devenues insuffisantes pour continuer de soustraire les primes de risque nécessaires pour la (les) couverture(s) concernée(s), il peut mettre fin prématurément à cette (ce s) couverture(s). Cette cessation anticipée intervient cependant au plus tôt 30 jours après que l'assureur en a informé le preneur d'assurance par lettre recommandée (voir cependant 7.6.3).

### **7.6.2. Hypothèse 2: le droit de rachat n'existe pas**

Si le Certificat personnel n'indique pas que le droit de rachat existe (voir 4.4), le preneur d'assurance est averti, en cas de non-paiement des primes prévues, des conséquences du non-paiement par une lettre recommandée. Si les primes sont toujours impayées 30 jours après l'envoi de cette lettre recommandée, il est mis automatiquement fin à ce moment au contrat (voir cependant 7.6.3).

### **7.6.3. Poursuite des couvertures**

Si une couverture prend fin dans des circonstances visées aux points 7.6.1 et 7.6.2, l'assuré a le droit de poursuivre l'assurance à titre individuel dans le cadre d'une autre assurance jusqu'au plus tard le terme initialement prévu. Il a aussi la possibilité de faire pour suivre l'assurance par une autre partie (société, nouvel employeur, ...).

Cette poursuite doit cependant s'inscrire dans la gamme de produits de l'assureur et doit être fixée dans un nouveau contrat d'assurance qui entre en vigueur dans les 105 jours après la cessation de la couverture concernée.

S'il est ainsi conclu une nouvelle assurance qui poursuit l'assurance initiale, l'assureur n'applique pas de conditions d'acceptation médicale supplémentaires pour l'acceptation de ce risque. Les mêmes primes s'appliquent pour l'assurance poursuivie que pour l'assurance initiale.

En ce qui concerne la poursuite (jusqu'au plus tard le terme initialement prévu) de la couverture 'versement en cas d'incapacité de travail' dans le cadre d'une assurance EIP (voir 6 ), il est renvoyé au cadre légal spécifique repris aux articles 138 bis-8 et suivants de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre.

## **7.7. Remise en vigueur**

Lorsqu'il est mis fin au paiement des primes pour le contrat, le preneur d'assurance peut en demander la remise en vigueur sur demande écrite dans les trois ans. Ceci vaut également en cas de rachat (voir 4.4), si ce n'est que dans ce cas le délai est ramené à trois mois et que les réserves rachetées doivent en outre être reversées (sans nouveaux droits d'entrée) à l'assureur. L'assureur subordonne la remise en vigueur des couvertures à ses critères d'acceptation (voir 3.3.2). La remise en vigueur prend effet à la date mentionnée sur le nouveau Certificat personnel.

## 7.8. Versements

L'assureur peut subordonner tout versement (aussi en cas de résiliation et de rachat) à la présentation des documents qu'il juge nécessaires. L'assureur verse les sommes dues, après imputation d'éventuel(le) s retenues légales, frais, indemnités et autres sommes qui seraient encore du(e)s à l'assureur ou à des tiers (comme un créancier gagiste), dans les 30 jours après réception des documents demandés et, si la demande en est faite, après réception d'une quittance de règlement signée.

Lorsqu'un versement est dû à plusieurs personnes, l'assureur peut exiger que les intéressés désignent une personne pourvue de procurations dûment authentifiées l'autorisant à recevoir le versement conjointement en leur nom.

L'assureur ne peut être tenu d'effectuer un quelconque versement en cas de décès à un bénéficiaire qui a intentionnellement provoqué le décès de l'assuré ou un de ses assurés ou qui y a instigué. Dans ce cas, l'assureur peut agir comme si cette personne n'était pas bénéficiaire.

L'assureur ne bonifie pas d'intérêts pour un retard de paiement suite à une circonstance indépendante de sa volonté.

## 7.9. Correspondance et preuve

Sauf si les dispositions qui précèdent ou si des dispositions impératives l'indiquaient autrement, toute notification d'une partie à l'autre peut se faire par lettre ordinaire. L'assureur peut, sans pour autant y être obligé, considérer comme valable toute notification formulée d'une autre manière (télécopie, email, etc.).

Toute notification et toute correspondance entre parties se font valablement à la dernière adresse (de correspondance) qu'elles se sont mutuellement communiquée. S'il y a deux preneurs d'assurance, l'assureur peut valablement envoyer toute notification au preneur d'assurance conjointement aux deux preneurs d'assurance et ce, à l'adresse de correspondance mentionnée sur le formulaire de souscription. A défaut de mention d'adresse de correspondance spécifique sur le formulaire de souscription, l'assureur peut utiliser l'adresse du 'premier preneur d'assurance' figurant sur le Certificat personnel comme adresse de correspondance unique. Dès que l'assureur a connaissance du fait qu'aucun des deux preneurs d'assurance n'habite encore à l'adresse de correspondance communiquée initialement, il peut utiliser l'adresse (nouvelle) du 'premier preneur d'assurance' figurant sur le Certificat personnel comme adresse de correspondance unique. Si l'adresse de correspondance est l'adresse d'un des preneurs d'assurance et si ce preneur d'assurance décède, l'assureur peut, dès qu'il a connaissance du décès, utiliser l'adresse de l'autre preneur d'assurance comme adresse de correspondance unique. Les preneurs d'assurance ont toujours la possibilité de faire changer l'adresse de correspondance unique moyennant un avis écrit à l'assureur, daté et signé par eux deux.

L'envoi d'une lettre recommandée se prouve par la production du récépissé de la poste. L'existence et le contenu de tout document et de toute correspondance se prouvent par la production de l'original ou, à défaut, de sa copie dans les dossiers de l'assureur.

## 7.10. Modification des Conditions générales

L'assureur peut modifier les Conditions générales pour des raisons justifiées (par exemple dans le cadre d'une modification de la législation), dans le respect des éventuelles restrictions impératives en la matière, dans les limites de la bonne foi et sans porter atteinte aux caractéristiques essentielles du contrat. L'assureur en informe le preneur d'assurance par écrit et lui communique la nature et les raisons des modifications apportées, ainsi que la date à laquelle les nouvelles Conditions générales prennent effet.

## 7.11. Cadre légal

### 7.11.1. Législation applicable

Le contrat est régi par la législation belge relative aux assurances-vie individuelles et aux assurances complémentaires. Si le preneur d'assurance est établi en dehors de la Belgique, les parties optent expressément, si la loi l'autorise ainsi, pour l'application du droit belge. Une clause éventuellement contraire à une disposition impérative n'affecte pas la validité du contrat. Cette clause est alors remplacée par la disposition impérative méconnue et sera censée avoir été établie dès la conclusion du contrat en conformité avec cette disposition impérative.

### 7.11.2. Régime fiscal applicable

Pour de plus amples renseignements concernant le régime fiscal applicable, le preneur d'assurance peut s'adresser à l'assureur. La responsabilité de l'assureur ne peut cependant aucunement être engagée si certains avantages fiscaux escomptés n'étaient ou ne pouvaient être obtenus ou si une pression (para) fiscale inattendue grevait le contrat.

## 7.12. Protection de la vie privée

Vos données personnelles sont traitées par ERGO Insurance SA, boulevard Bischoffsheim, 1-8 à 1000 Bruxelles ('ERGO Life'), à des fins de gestion des clients, de gestion et d'exécution des polices, gestion des données de personnes qui présentent un risque aggravé, gestion de crédits, de comptabilité et de facturation, de réassurance ainsi que de marketing et de publicité personnalisée. Vos données personnelles peuvent également être transmises aux 'catégories suivantes de tiers:

- Tribunal et services de police;
- Individus et organisations en relation directe avec ERGO Life;
- Autres services ou entreprises auxiliaires d'ERGO Life;
- Banques et compagnies d'assurances;
- Conseillers professionnels de la personne enregistrée;
- Employeur ou relation professionnelle de la personne enregistrée;
- Organismes de sécurité sociale;
- Pouvoirs publics;
- Réassureurs.

ERGO Life attache une grande importance à la protection de la vie privée et met tout en oeuvre pour protéger et pour traiter les données personnelles qui vous concernent conformément aux dispositions de



la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel (La loi sur la vie privée). Vous avez le droit de consulter toutes les données qui vous concernent et le cas échéant, de les faire modifier ou supprimer selon les conditions prévues par la loi. Vous pouvez toujours gratuitement vous opposer à l'utilisation de vos données à des fins de marketing direct. Pour exercer ces droits, vous pouvez vous adresser à l'adresse e-mail suivante: info@ergo.be.

### 7.13. Plaintes et litiges

Si un intéressé a une plainte relative au contrat et n'obtient pas satisfaction, il peut s'adresser au Service complaints de l'assureur (par mail: complaints@ergo.be ou par téléphone: 02/278.27.06) et éventuellement au Service Ombudsman Assurances, square de Meeûs 35 à 1000 Bruxelles. L'intéressé conserve aussi la possibilité d'entamer une procédure judiciaire. Les litiges entre les parties relèvent de la compétence des tribunaux belges.

Des litiges d'ordre médical peuvent également, pour autant que les parties marquent explicitement leur accord écrit à ce sujet au plus tôt au moment où le litige naît, être tranchés par expertise médicale à l'amiable (arbitrage), où les parties désignent chacune un médecin. A défaut d'accord entre ces médecins, ceux-ci ou, en cas de désaccord, le Président du Tribunal de Première Instance compétent désigne(nt) un médecin 'tiers'. Le collège ainsi formé décide par majorité des voix et sa décision est sans appel. Sous peine de nullité de leur décision, les médecins ne peuvent cependant s'écarter des dispositions des Conditions générales. Chaque partie règle les honoraires du médecin qu'elle a désigné. Les honoraires de l'éventuel médecin 'tiers' sont à charge des parties, par parts égales.