

BELFIUS BUSINESS CREDIT PROTECT

CONDITIONS GENERALES

CHAPITRE 1 : DISPOSITIONS COMMUNES

Article 1.1 : Références

Ces conditions générales portent la référence 883032021F

Article 1.2 : Définitions

Pour l'application du présent contrat, on entend par :

La Compagnie : Belfius Insurance SA, entreprise d'assurances agréée sous le numéro de code 0037, avec siège à 11, Place Charles Rogier, B-1210 Bruxelles, l'assureur auprès duquel le contrat a été souscrit.

Le preneur d'assurance : la personne physique qui conclut le contrat avec la Compagnie et qui assume le paiement des primes.

L'assuré : la personne physique sur la tête de laquelle l'assurance est conclue.

Le bénéficiaire : la personne en faveur de laquelle sont stipulées les prestations d'assurance-.

La prime : le montant payable par le preneur d'assurance en contrepartie des engagements de la Compagnie. Ce montant ne comprend pas la taxe sur les opérations d'assurance visée à l'article 1.12.

La proposition d'assurance : un formulaire émanant de la Compagnie, à remplir par le preneur, et destiné à éclairer la Compagnie sur la nature de l'opération et sur les faits et circonstances qui constituent pour lui des éléments d'appréciation du risque.

La police présignée : une police d'assurance signée préalablement par la Compagnie et contenant une offre de contracter aux conditions qui y sont décrites.

Article 1.3 : Objet du contrat Belfius Business Credit Protect

Le contrat d'assurance a pour objet, moyennant versement des primes par le preneur d'assurance, de garantir le paiement au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) des prestations fixées aux conditions particulières.

Le contrat BELFIUS BUSINESS CREDIT PROTECT se compose de deux garanties différentes : l'assurance de solde restant dû qui est l'assurance principale décès et l'assurance complémentaire facultative invalidité. Les caractéristiques de ces deux garanties sont définies aux chapitres 2 et 3 ci-après.

Article 1.4 : Bases légales du contrat et hiérarchie des conditions

Les différentes garanties du contrat sont régies par les dispositions de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances. L'assurance principale décès et l'assurance complémentaire invalidité sont également régies par l'Arrêté Royal du 14 novembre 2003 relatif à l'activité d'assurance sur la vie. Les

droits et obligations des parties sont déterminés exclusivement par le contenu du contrat et de ses avenants.

Le contrat est constitué par les conditions générales, les conditions particulières et les clauses particulières relatives aux différentes garanties souscrites. Les clauses particulières prévalent sur les conditions particulières et générales. Les conditions particulières prévalent sur les conditions générales.

Article 1.5 : Obligation de déclaration

Le contrat est établi sur base des déclarations exactes et sincères du preneur d'assurance et de l'assuré concernant toutes les circonstances connues d'eux et qu'ils doivent raisonnablement considérer comme constituant pour la Compagnie des éléments d'appréciation du risque. Dans ce cadre, le contrat est notamment établi sur base de documents et d'informations médicales fournis sincèrement et sans réticence par le preneur d'assurance et l'assuré en vue d'éclairer la Compagnie sur les risques qu'elle prend en charge.

Lorsqu'une omission ou inexactitude intentionnelles dans la déclaration induisent la Compagnie en erreur sur l'appréciation du risque, le contrat d'assurance est nul. Les primes échues jusqu'au moment où la Compagnie a eu connaissance de l'omission ou l'inexactitude lui sont dues. Cette dernière renonce cependant, dès la prise d'effet du contrat, à invoquer pour l'assurance principale décès, les omissions ou inexactitudes non intentionnelles dans les déclarations du preneur d'assurance ou de l'assuré. En cas d'inexactitude sur l'âge de l'assuré les prestations de chacune des parties sont augmentées ou réduites en fonction de l'âge réel de l'assuré qui aurait dû être pris en considération.

Article 1.6 : Date de prise d'effet du contrat

Le contrat prend effet à la date indiquée de commun accord aux conditions particulières, mais pas avant :

- la signature du contrat par le preneur d'assurance ;
- le paiement de la première prime ;
- la réception par la Compagnie de l'ensemble des documents requis, dûment complétés et signés et ne comportant aucune rature ou rajout manuscrit.

Dans le cas d'une police présignée, le preneur d'assurance a le droit de résilier le contrat dans les 30 jours à compter de la prise d'effet du contrat. Dans ce cas, la Compagnie rembourse la prime payée, déduction faite des sommes consommées pour la couverture du risque. La Compagnie dispose également du droit de résilier le contrat dans les trente jours de la réception de la police présignée, et ce avec effet huit jours après la notification.

Dans le cas d'une proposition, le preneur d'assurance a le droit de résilier le contrat dans les 30 jours à compter de la prise d'effet du contrat et la Compagnie dispose d'un délai de 30 jours pour notifier au candidat-preneur soit une offre d'assurance, soit la subordination de l'assurance à une demande d'enquête, soit le refus d'assurer. A défaut, la Compagnie s'oblige à conclure le contrat sous peine de dommages et intérêts. La proposition n'engage ni le candidat-preneur d'assurance ni l'assureur à conclure le contrat.

Si le contrat est souscrit en garantie d'un crédit, le preneur d'assurance a le droit de résilier le contrat dans les 30 jours à compter du moment où il prend connaissance que le crédit sollicité n'est pas accordé. Dans ce cas, la Compagnie

rembourse la prime payée, déduction faite des primes consommées pour la couverture du risque.

En cas de police présignée, la Compagnie a le droit de résilier le contrat dans les 30 jours après sa réception. La résiliation devenant effective 8 jours après sa notification au preneur d'assurance.

Article 1.7 : Paiement des primes

Les primes sont payables par anticipation aux échéances mentionnées aux conditions particulières. Le paiement de ces primes étant facultatif, le sort des garanties souscrites en cas de non-paiement est précisé aux articles 2.6 et 3.6. Toutes les primes et frais actuels et à venir de la (des) garantie(s) souscrite(s) sont à charge du preneur d'assurance et doivent être payés en même temps. Les primes sont payables par le preneur d'assurance sur présentation des avis d'échéance émis par la Compagnie. En outre, la Compagnie se réserve le droit de réclamer au preneur d'assurance tous frais et indemnités découlant de dépenses particulières occasionnées par le fait du preneur d'assurance, telles que l'envoi d'un courrier recommandé.

Article 1.8 : Bénéficiaires

Le preneur d'assurance désigne librement les bénéficiaires. Il peut révoquer ou modifier cette désignation à tout moment par écrit à la Compagnie, sauf si le bénéficiaire a accepté expressément le bénéfice du contrat dans un avenant signé par lui-même, le preneur d'assurance et la Compagnie. Après le décès du preneur d'assurance, l'acceptation du bénéfice prendra effet dès que le bénéficiaire l'aura notifiée par écrit à la Compagnie.

Article 1.9 : Liquidation des prestations assurées

Dès que la Compagnie aura constaté le bien-fondé de la prétention à une garantie assurée, les sommes devenues exigibles seront payées au(x) bénéficiaire(s) contre quittance de règlement valablement signée par celui-ci (ceux-ci).

Article 1.10 : Avance sur contrat et participations bénéficiaires

Ce contrat ne permet pas l'attribution d'une avance sur contrat.

Les prestations assurées de ce contrat n'octroient pas de participations bénéficiaires.

Article 1.11 : Modification du contrat

La Compagnie ne peut apporter unilatéralement aucune modification aux conditions générales ou particulières du contrat. Le preneur d'assurance peut à tout moment demander une adaptation du contrat par l'établissement d'un avenant; toutefois, l'augmentation des risques assurés est soumise aux conditions en vigueur au moment de l'adaptation et à une nouvelle acceptation du risque. Si la modification demandée a pour effet de diminuer les prestations assurées stipulées au profit du (des) bénéficiaire(s) acceptant(s) éventuel(s), le preneur d'assurance doit fournir l'accord écrit de celui-ci (ceux-ci).

Article 1.12 : Taxes – Fiscalité – Droits de succession

Ce contrat fait l'objet d'une taxe annuelle sur les opérations d'assurance. La taxe est calculée sur les primes versées (voir conditions particulières). Le présent contrat permet de bénéficier des avantages fiscaux sur les montants versés si les dispositions et les réglementations légales belges sont

respectées. Si une prime a bénéficié d'une déduction ou d'une réduction fiscale, les prestations liquidées en cas de rachat du contrat ou en cas de décès de l'assuré seront imposées. Moyennant le respect des dispositions et des réglementations légales belges, les prestations perçues sont assujetties à l'impôt des personnes physiques conformément aux tableaux ci-après.

Contrat d'assurance vie servant à la garantie d'un emprunt hypothécaire		
Moment de liquidation	Taxation	Tarif
Décès de l'assuré	IPP (1), taxation via rente de conversion (de 1% à 5%) durant 10 ou 13 ans.	Taux marginal (2)
Rachat avant la date d'expiration du contrat	IPP (1)	33 % (3)

Contrat d'assurance vie ne servant pas/plus à la garantie d'un emprunt hypothécaire		
Moment de liquidation	Taxation	Tarif
Décès de l'assuré	IPP (1)	10 % (4)
Rachat avant la date d'expiration du contrat	IPP (1)	33 % (3)

Taxation des prestations en cas d'invalidité		
	Taxation	Tarif
Invalidité physique	Néant	Néant
Invalidité économique - temporaire ou permanente sans perte de revenu - temporaire ou permanente avec perte de revenu	Néant IPP (1)	Néant Taux marginal (5)+ réduction (6)

- (1) Taxation à l'IPP (Impôt des Personnes Physiques) à majorer de l'impôt communal ;
- (2) La première année la Compagnie prélève un précompte professionnel de 11,11 % sur le montant de la rente de conversion ;
- (3) La Compagnie prélève un précompte professionnel de 33,31 % sur le montant de la valeur de rachat ;
- (4) La Compagnie prélève un précompte professionnel de 10,09 % sur le montant du capital décès ;
- (5) La Compagnie établit une fiche fiscale ;
- (6) Conformément à l'article 147 du code des impôts sur les revenus.

En cas de décès de l'assuré, les sommes dues au(x) bénéficiaire(s) sont déclarées par la Compagnie à l'Administration de la T.V.A., de l'enregistrement et des Domaines en vue d'une éventuelle perception de droits de succession ; si, suite au décès de l'assuré, le contrat est transféré à un cessionnaire, c'est la valeur de rachat qui fera l'objet de cette déclaration. En matière de taxes, de fiscalité et de droits de succession, les dispositions fiscales belges tant législatives que réglementaires sont applicables.

L'information susmentionnée est fournie à titre strictement indicatif, sous réserve d'éventuelles modifications de la réglementation et de la législation fiscale. Toute taxe ou impôt présents ou futurs applicables au contrat ou dus à l'occasion de son exécution sont à la charge du preneur d'assurance ou du (des) bénéficiaire(s) du contrat désigné(s) par le preneur d'assurance.

Article 1.13 : Fonds de garantie pour les services financiers

Ce produit est garanti par le Fonds de garantie pour les services financiers. En cas de faillite d'une entreprise d'assurances disposant d'un agrément en Belgique, la valeur de rachat éventuelle du contrat tombe sous le régime belge de protection à concurrence de 100.000 euros par personne et par entreprise d'assurances. Belfius Insurance est affiliée au système légal obligatoire belge. De plus amples informations sur ce régime de protection peuvent être trouvées sur le site Web www.fondsdegarantie.belgium.be

Article 1.14 : Changement de domicile - Notifications - Plaintes - Juridiction

Le preneur d'assurance qui change de domicile est tenu d'en aviser la Compagnie aussitôt. Tant que cette obligation n'aura pas été respectée, la Compagnie aura le droit de considérer la dernière adresse que le preneur d'assurance a communiquée comme domicile élu. Si la Compagnie demande des renseignements au sujet du domicile ou de la résidence réelle du preneur d'assurance, il est également tenu de les fournir à la Compagnie. Le preneur d'assurance est tenu de signaler immédiatement tout élément ayant un impact ou pouvant avoir un impact sur l'obligation de la Compagnie de communiquer des éléments contractuels dans le cadre de l'échange de renseignements au niveau international et à des fins fiscales.

Le preneur d'assurance autorise -la Compagnie à communiquer valablement par le canal des extraits bancaires relatifs à son compte à vue auprès de Belfius Banque SA (avis de paiement, attestations, communications,...). La procédure de datage électronique effectuée par le scanning des documents, sera considérée, jusqu'à preuve du contraire, comme étant équivalente au datage manuel des documents réceptionnés. Pour être valable, toute notification destinée à la Compagnie doit lui être adressée par écrit.

Gestion des plaintes

Chaque jour, nous nous donnons à 100% pour vous offrir le meilleur service et nous sommes particulièrement sensibles aux attentes de nos clients. Si vous n'êtes pas entièrement satisfait(e), surtout faites-le nous savoir.

En cas de plainte, nous vous conseillons tout d'abord de contacter soit votre conseiller financier ou votre chargé de relation, soit le Service Gestion des Plaintes de Belfius, par

courrier à Service Gestion des Plaintes (numéro de colis: 7908), Place Charles Rogier 11 à 1210 Bruxelles, ou par e-mail à complaints@belfius.be. Nous prendrons le temps de vous écouter et de chercher une solution avec vous.

Vous n'êtes pas satisfait(e) de la solution proposée par le Service Gestion des Plaintes de Belfius? Vous pouvez alors contacter le Négociateur de Belfius, par courrier à Négociation (numéro de colis: 7913), Place Charles Rogier 11, à 1210 Bruxelles, ou par e-mail à negotiation@belfius.be.

À défaut de solution, vous pouvez vous tourner vers l'Ombudsman des Assurances, Square de Meeûs 35 à 1000 Bruxelles, ou par e-mail à info@ombudsman.as. Plus d'infos: ombudsman.as

Dans tous les cas, vous conservez le droit d'entamer une procédure en justice auprès des tribunaux belges compétents.

Le présent contrat est régi par le droit belge sauf disposition contraire de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.

Article 1.15 : Protection de vos données à caractère personnel

Belfius Insurance SA et Belfius Banque SA, dans la mesure où elle intervient comme votre intermédiaire d'assurances, traitent vos données à caractère personnel à différentes finalités, dont la conclusion et l'exécution de contrats d'assurance, le respect des obligations légales, l'évaluation de la relation clientèle, le marketing direct et la lutte contre la fraude. Ces données ne sont pas conservées plus longtemps qu'il ne faut pour le traitement pour lequel elles ont été collectées.

Les données à caractère personnel du preneur d'assurance et de l'assuré relatives aux finalités précitées peuvent également être communiquées à d'autres entreprises du groupe Belfius et à des prestataires de service spécialisés, comme des experts, des réparateurs, des entreprises de réassurance et Datassur GIE.

Le preneur d'assurance et l'assuré ont le droit de consulter leurs données à caractère personnel dont nous disposons et, le cas échéant, de les faire rectifier ou supprimer. Ils peuvent aussi demander de transférer certaines de ces données à un tiers ou directement à eux-mêmes. En outre, ils peuvent demander de limiter le traitement.

Pour le traitement des données à caractère personnel pour lequel le preneur d'assurance et l'assuré ont donné leur consentement, ils ont le droit de retirer leur consentement à tout moment, sans porter préjudice à la légitimité du traitement sur la base du consentement donné avant son retrait.

Votre droit d'opposition

Le preneur d'assurance et l'assuré ont le droit de s'opposer au traitement de certaines données à caractère personnel et de s'opposer à tout moment à l'utilisation de leurs données à caractère personnel à des fins de marketing direct.

Vous trouverez de plus amples informations sur le traitement de vos données à caractère personnel, les finalités du traitement et l'exercice de vos droits dans la Charte sur la vie privée de Belfius Insurance SA et de Belfius Banque SA. Cette charte est disponible dans nos agences Belfius et peut également être consultée sur www.belfius.be/privacycharter.

Article 1.16: Information sur la vente à distance des services financiers

La langue utilisée pour toute communication entre la Compagnie et le preneur d'assurance se fera en français pendant la durée du contrat.

Droit de renonciation :

Tant le preneur d'assurance que la Compagnie peuvent résilier le contrat sans pénalité et sans motivation par lettre recommandée dans un délai de 30 jours calendrier. Ce délai commence à courir à compter du jour où la Compagnie informe le preneur d'assurance de la conclusion du contrat ou à compter du jour où le preneur d'assurance reçoit les conditions contractuelles et l'information précontractuelle sur un support durable, si ce dernier jour est postérieur à celui de la notification de la conclusion du contrat.

La résiliation par le preneur d'assurance prend effet immédiat au moment de la notification. La résiliation émanant de la Compagnie prend effet huit jours après sa notification.

Si le contrat est résilié par le preneur d'assurance ou par la Compagnie et que l'exécution du contrat avait déjà commencé, à la demande du preneur d'assurance, avant la résiliation, le preneur d'assurance est tenu au paiement de la prime au prorata de la période au cours de laquelle une couverture a été octroyée. Il s'agit de l'indemnité pour les services déjà fournis.

A l'exception du paiement pour les services déjà fournis et des frais pour l'examen médical, la Compagnie rembourse toutes les sommes qu'il a perçues au preneur d'assurance conformément au présent contrat. Il dispose à cette fin d'un délai de 30 jours calendrier qui commence à courir :

-au moment où le consommateur procède à la résiliation, à compter du jour où la Compagnie reçoit la notification de la résiliation ;

-au moment où la Compagnie procède à la résiliation, à compter du jour où il envoie la notification de la résiliation.

Législation qui sous-tend les relations précontractuelles :

La loi du 14 juillet 1991 sur les pratiques du commerce et sur l'information et la protection du consommateur, (le cas échéant, la loi du 27 mars 1995 relative à l'intermédiation en assurances et à la distribution d'assurances), la loi du 11 mars 2003 relative à certains aspects juridiques des services de la société de l'information et l'AR du 22 février 1991 portant règlement général relatif au contrôle des entreprises d'assurances sont d'application aux relations précontractuelles entre l'intermédiaire d'assurances et le consommateur.

CHAPITRE 2 : DISPOSITIONS DE L'ASSURANCE PRINCIPALE DECES

Article 2.1 : Définitions

L'assurance de solde restant dû : l'assurance temporaire décès à capital décroissant qui assure exclusivement un capital décès.

La préassurance : la période pendant laquelle le capital décès reste constant.

La valeur de rachat théorique : la réserve constituée auprès de la Compagnie par la capitalisation des primes payées, tenant compte des sommes consommées.

La valeur de rachat : 95 % de la valeur de rachat théorique. Ce taux s'accroît de 1 % par année au cours des 5 dernières années, de manière à atteindre 100 % à la fin de la dernière année d'assurance.

La valeur de conversion : prestations en cas de décès qui peuvent être assurées, avec le maintien du terme du contrat, par l'utilisation de la valeur de rachat théorique considérée comme prime unique d'inventaire, dans la combinaison d'assurance initiale.

La valeur de réduction : maintien des prestations assurées en cas de décès avec adaptation du terme du contrat, par la consommation correspondante de la valeur de rachat théorique jusqu'à épuisement de celle-ci.

Le rachat du contrat : l'opération par laquelle le preneur d'assurance résilie le contrat avec paiement par la Compagnie de la valeur de rachat.

La conversion du contrat : la continuation du contrat pour la valeur de conversion.

La réduction du contrat : la continuation du contrat pour la valeur de réduction.

Article 2.2 : Objet de l'assurance principale décès

L'objet de l'assurance principale décès est de garantir, en cas de décès de l'assuré, le paiement au(x) bénéficiaire(s) des prestations «décès» fixées aux conditions particulières. Si l'assuré est en vie au terme du contrat, celui-ci cesse ses effets et les primes versées restent acquises à la Compagnie pour le coût du risque couvert.

Article 2.3 : Territorialité

Sous réserve des dispositions prévues à l'article 2.9 du présent chapitre, le risque de décès est assuré dans le monde entier conformément aux conditions particulières.

Article 2.4 : Droit à la conversion, à la réduction ou au rachat

Le droit à la conversion, à la réduction ou au rachat existe dès que la valeur de rachat théorique -est positive.

Article 2.5 : Cessation de paiement des primes ou rachat du contrat à la demande du preneur d'assurance

Le preneur d'assurance peut à tout moment, au moyen d'un écrit daté et signé et adressé à la Compagnie :

- signifier - sa volonté de ne plus payer ses primes. La Compagnie procédera dans ce cas à la conversion de son contrat, sauf si le preneur d'assurance a expressément demandé que son contrat soit mis en réduction ;
- demander le rachat de son contrat.

La conversion ou la réduction du contrat prend effet à l'échéance qui suit la demande ou à celle de la première prime ou fraction de prime impayée. La conversion, la réduction ou le rachat à la demande du preneur d'assurance sera subordonnée à l'accord préalable du bénéficiaire acceptant éventuel. La date prise en compte pour le calcul de la valeur de rachat est celle de l'écrit daté et signé par le preneur d'assurance. Le rachat sort ses effets à la date à laquelle la quittance de règlement délivrée par la Compagnie est signée pour accord par le preneur d'assurance.

Article 2.6 : Défaut de paiement des primes

Le non-paiement d'une prime a pour conséquence la conversion du contrat ou sa résiliation, si la valeur de rachat théorique est négative ou nulle à la date de l'échéance de la première prime ou fraction de prime impayée.

La conversion ou la résiliation visées dans cet article ne sortent leurs effets qu'après expiration d'un délai de 30 jours à dater de l'envoi d'une lettre recommandée prévenant le preneur d'assurance et le(s) bénéficiaire(s) acceptant(s) éventuel(s) des conséquences du non-paiement.

Article 2.7 : Remise en vigueur

Un contrat converti, réduit ou racheté peut être remis en vigueur par le preneur d'assurance pour les montants assurés au jour précédant la date de la conversion, de la réduction ou du rachat. La remise en vigueur peut s'effectuer dans un délai de 3 mois à dater du rachat et de 3 ans à dater de la conversion ou la réduction. Pour un contrat converti ou réduit, la remise en vigueur s'effectue par l'adaptation de la prime compte tenu de la valeur de rachat théorique constituée au moment de la remise en vigueur du contrat. Pour un contrat racheté la remise en vigueur s'effectue par le remboursement de la valeur de rachat. Toute remise en vigueur peut être soumise à de nouvelles formalités médicales.

Article 2.8 : Paiement des prestations assurées

Les prestations dues par la Compagnie sont payées au(x) bénéficiaire(s) ou au bénéficiaire acceptant éventuel après signature de la quittance de règlement et remise des documents suivants :

1. en cas de rachat :

- l'exemplaire original signé du contrat et ses avenants éventuels ;
- un document officiel permettant de constater la date de naissance de l'assuré ;
- un certificat de vie de l'assuré

2. en cas de décès de l'assuré :

- l'exemplaire original signé du contrat et ses avenants éventuels ;
- un extrait de l'acte de décès de l'assuré mentionnant sa date de naissance ;
- le certificat médical ad hoc de la Compagnie, complété par un médecin, indiquant la cause originelle du décès ;
- la déclaration de décès ad hoc de la Compagnie complétée par le(s) bénéficiaire(s) ;
- le procès verbal en cas de décès par accident ;

- une copie de la carte d'identité du (des) bénéficiaire(s) ;
- lorsque le(s) bénéficiaire(s) n'a (ont) pas été désigné(s) nommément, un acte de notoriété établissant les droits du (des) bénéficiaire(s).

En cas de perte du contrat original, le(s) bénéficiaire(s) devra (devront) signer une déclaration de perte. La Compagnie peut exiger la légalisation des signatures revêtant la quittance de règlement. Est libératoire, le paiement fait par la Compagnie dans l'ignorance d'un testament ou de toute autre disposition par laquelle le preneur d'assurance a attribué ou cédé le bénéfice du contrat. La Compagnie peut compenser avec les prestations exigibles le montant des primes échues non payées et des taxes et frais éventuels.

Article 2.9 : Exclusions en cas de décès

Suicide de l'assuré

Le suicide de l'assuré est couvert s'il se produit après la première année suivant la date d'effet du contrat ou de remise en vigueur du contrat. En cas d'augmentation des prestations assurées au cours de l'année qui a précédé le suicide, cette augmentation n'est pas -assuré.

Fait intentionnel

Le décès de l'assuré provoqué par le fait intentionnel du preneur d'assurance ou du bénéficiaire, ou à leur instigation, n'est pas couvert.

Le décès de l'assuré résultant de sa propre condamnation judiciaire, n'est pas couvert. Le décès de l'assuré résultant d'un crime ou d'un délit intentionnel dont le preneur d'assurance ou un bénéficiaire est l'auteur ou le coauteur et dont il a pu prévoir les conséquences, n'est pas couvert. Les prestations assurées seront payées aux autres bénéficiaires pour autant qu'ils n'aient pas participé à l'acte intentionnel en tant qu'auteurs ou complices.

Navigation aérienne

1. Est couvert, sans surprime, le risque de décès par accident survenu à l'assuré à bord de tout appareil de navigation aérienne, autorisé au transport de personnes ou de choses :

a. à titre de passager :

toutefois, en ce qui concerne les appareils militaires, il ne peut s'agir que d'appareils de transport ou n'ayant d'autre but, au moment de l'accident, que de déplacer les occupants d'un endroit à l'autre ou d'effectuer une excursion aérienne en dehors de toute action belligérante ;

b. au cours du pilotage :

en tant que pilote professionnel pour autant qu'il s'agisse de lignes commerciales régulières dûment autorisées au transport de choses ou de personnes ;

2. Sont exclus sauf si acceptation explicite par la Compagnie et mention explicite de cette acceptation dans les conditions particulières :

a. les risques non couverts sous 1) ci-dessus ;

b. le risque de décès consécutif à la pratique de sports aériens tels que le deltaplane ou les ailes delta, le parachutisme, l'aérostas, le parapente, le saut à l'élastique, le benji ainsi que tous les autres sports aériens ou relatifs à la navigation aérienne, sauf en cas de force majeure dans une des circonstances explicitées sous 1) ci-dessus.

3. Est exclu, sans possibilité de couverture, le risque de décès par accident survenu à l'assuré :
- a. à bord d'un appareil de navigation aérienne utilisé à l'occasion de meetings, compétitions, exhibitions, essais de vitesse, démonstrations, raids, vols d'entraînement, records ou tentatives de records, ainsi que pendant tout essai en vue de participer à l'une de ces activités ;
 - b. à bord d'un appareil prototype.
 - c. Lors d'un vol spatial ou d'une activité de voyage dans l'espace. Le vol spatial ou le voyage dans l'espace comprennent toutes les sortes d'activités entreprises, exécutées ou occasionnées par des personnes, et ayant pour but d'aller dans l'espace (lancement y compris). L'espace commence à une distance de 80 km du sol.

Guerre

1. 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. Est également exclu le décès, quelle qu'en soit la cause lorsque l'assuré participe activement aux hostilités.
2. Lorsque le décès de l'assuré survient dans un pays étranger en état d'hostilités, il convient de distinguer deux cas :
 - a. si le conflit éclate pendant le séjour de l'assuré, le preneur d'assurance n'est pas couvert si l'assuré a participé activement aux hostilités ;
 - b. si l'assuré se rend dans un pays où il y a un conflit armé, le preneur d'assurance ne peut obtenir la couverture du risque de guerre que moyennant l'acceptation expresse par la Compagnie, le paiement d'une surprime et la mention expresse dans les conditions particulières. En tout état de cause est exclu le décès lorsque l'assuré participe activement aux hostilités.

Emeutes

Le risque de décès résultant directement ou indirectement d'une guerre civile, d'émeutes ou d'actes de violence collective, d'inspiration politique, idéologique ou sociale, accompagnés ou non de rébellion contre l'autorité ou tous pouvoirs institués, n'est pas couvert si l'assuré prend une part active et volontaire à ces événements, à moins qu'il ne se trouve dans un cas de légitime défense, ou qu'il n'y ait participé, en Belgique ou dans les pays limitrophes, qu'à titre de membre des forces chargées par l'autorité du maintien de l'ordre.

Modification de structure du noyau atomique

Le décès de l'assuré causé par des armes ou des engins destinés à exploser par une modification de structure du noyau atomique n'est pas couvert.

Transmutation de noyaux ou de la radioactivité

Le décès de l'assuré résultant d'effets directs ou indirects d'explosion, d'irradiation, de dégagement de chaleur provenant de la transmutation de noyaux ou de la radioactivité

n'est pas couvert. Est néanmoins couvert le décès causé par des sources de rayonnements ionisants utilisées ou destinées à être utilisées pour un traitement médical.

Article 2.10 : Montant à liquider en cas de décès non couvert

Dans les cas d'exclusions prévues à l'article 2.9, la Compagnie paie la valeur de rachat théorique calculée au jour du décès et limitée au capital assuré en cas de décès.

Dans le cas d'un acte intentionnel causé par un des bénéficiaires, le montant décrit ci-dessus sera payé aux autres bénéficiaires.

Article 2.11 : Terrorisme

Le décès de l'assuré à la suite d'une activité de terrorisme est couvert, selon les modalités et dans les limites prévues par la loi du 1er avril 2007 relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme.

La Compagnie est membre à cette fin de l'ASBL TRIP. L'exécution de tous les engagements de l'ensemble des entreprises d'assurances, membres de cette ASBL, est limitée à un montant indexé de 1 milliard d'euros par année civile pour les dommages causés par tous les événements reconnus comme relevant du terrorisme, survenus pendant cette année civile pour tous leurs ressortissants dans le monde entier.

En cas de modification légale ou réglementaire de ce montant de base, le montant modifié sera automatiquement applicable dès la prochaine échéance suivant la modification, sauf si le législateur a prévu explicitement un autre régime transitoire.

CHAPITRE 3 : DISPOSITIONS DE L'ASSURANCE COMPLEMENTAIRE INVALIDITE

Article 3.1 : Définitions

Accident : événement soudain entraînant une lésion corporelle et dont la cause ou l'une des causes est extérieure à l'organisme de l'assuré.

Maladie : altération de la santé d'origine non accidentelle, présentant des symptômes objectifs.

Invalidité physiologique : diminution de l'intégrité physique de l'assuré. Le taux d'invalidité est déterminé sur base du Barème Officiel Belge des Invalidités (B.O.B.I.) et de la jurisprudence belge en la matière.

Invalidité économique : diminution de la capacité de travail compte tenu de la perte effective de revenus de l'assuré sous réserve de ses possibilités de réadaptation dans une activité compatible avec ses connaissances- ou ses aptitudes ou sa position sociale.

Délai de carence : période pendant laquelle aucune prestation n'est due par la Compagnie. Ce délai prend cours le jour du début de l'invalidité totale.

Invalidité totale : lorsque le degré de l'invalidité économique ou physiologique s'élève à plus de 66 %.

Article 3.2 : Objet de l'assurance complémentaire invalidité

L'objet de l'assurance complémentaire invalidité est de garantir, en cas d'invalidité physiologique ou économique

totale (temporaire ou permanente) de l'assuré, le paiement au preneur d'assurance- des prestations «invalidité» fixées aux conditions particulières.

Article 3.3 : Etendue de la garantie

La Compagnie assure le risque d'invalidité physiologique et économique résultant de maladies ou d'accidents de toute nature (vie privée et vie professionnelle), à l'exclusion de ceux mentionnés à l'article 3.14. Toutefois, le degré d'invalidité physiologique est considéré comme étant le minimum pour la détermination du degré d'invalidité économique.

En cas d'invalidité totale de l'assuré, après expiration d'un délai de carence de 3 mois et conformément aux conditions particulières, la Compagnie verse au preneur d'assurance la rente d'invalidité assurée et l'exonère pendant la durée de l'invalidité totale du paiement des primes de l'assurance principale décès et de l'(des) assurance(s) complémentaire(s) souscrite(s).

Sauf dérogations prévues dans le présent chapitre, les dispositions communes et les dispositions de l'assurance principale décès sont également applicables à la présente assurance complémentaire invalidité.

Article 3.4 : Territorialité

Sous réserve des dispositions prévues à l'article 3.14 du présent chapitre, le risque d'invalidité est assuré dans le monde entier pour autant que l'assuré ait et maintienne son domicile légal et sa résidence principale sur le territoire belge.

- Si l'assuré transfère son domicile légal ou sa résidence principale hors du territoire belge l'assurance complémentaire invalidité est résiliée de plein droit avec effet au jour du changement de domicile légal ou de résidence principale. Dans ce cas la portion de prime payée pour la période restant à courir jusqu'à la prochaine échéance est ristournée par la Compagnie.

Article 3.5 : Date de prise d'effet de l'assurance complémentaire invalidité

La date de prise d'effet de l'assurance complémentaire invalidité est fixée aux conditions particulières et est obligatoirement identique à celle de l'assurance principale décès. La souscription de l'assurance complémentaire invalidité ne pourra pas s'effectuer ultérieurement à la date de prise d'effet de l'assurance principale décès.

Article 3.6 : Terme de l'assurance complémentaire invalidité

L'assurance complémentaire invalidité est souscrite jusqu'au terme fixé aux conditions particulières. Ce terme est atteint au plus tard lorsque l'assuré atteint l'âge de 65 ans. En outre, le terme de l'assurance complémentaire invalidité est atteint :

- au décès de l'assuré ;
- en cas de résiliation, de l'assurance principale décès ou de l'assurance complémentaire invalidité- par le preneur d'assurance ;
- en cas de cessation du paiement des primes de l'assurance complémentaire invalidité ;
- en cas de cessation du paiement des primes, - de résiliation, de rachat, de réduction ou de déchéance de l'assurance principale décès.

Article 3.7 : Mode de paiement des primes

Les primes de l'assurance complémentaire invalidité sont payables aux mêmes conditions que les primes de l'assurance principale décès. Toutefois, si l'assurance principale décès est financée par une prime unique, le preneur d'assurance a le choix entre tous les modes de fractionnement en vigueur au moment de la souscription, à l'exception de la prime unique.

Le preneur d'assurance peut à tout moment résilier l'assurance complémentaire invalidité indépendamment du sort réservé à l'assurance principale décès.

Article 3.8 : Dispositions en cas d'invalidité

En cas d'invalidité de l'assuré les formalités citées ci-après devront être remplies et la Compagnie devra être en possession des documents suivants dans un délai de 30 jours à dater de la survenance du sinistre :

- la déclaration de sinistre ad hoc de la Compagnie, dûment remplie et signée par l'assuré ;
- le certificat médical ad hoc de la Compagnie, dûment rempli et signé par un médecin au choix de l'assuré.

Ces documents mentionnent, entre autre, la nature, les causes, les circonstances et les conséquences de la maladie ou de l'accident ainsi que les degrés d'invalidité physiologique et/ou économique et la durée probable de l'invalidité. En cas de prolongation de l'invalidité ou de modification de son degré, un nouveau certificat médical doit être produit dans les 30 jours de la prolongation ou de la modification.

La Compagnie se réserve le droit d'exiger tous les renseignements qu'elle jugera nécessaires, et d'effectuer un contrôle sur la perte effective des revenus. L'assuré se soumettra aux soins et traitements qui lui seront prescrits. Les mesures nécessaires seront prises pour que les délégués de la Compagnie puissent voir l'assuré et que ses médecins-conseils puissent l'examiner en tout temps et en tout lieu. Ceux-ci doivent pouvoir remplir les missions jugées nécessaires par la Compagnie dans les 30 jours de la demande faite par cette dernière. En cas de séjour de l'assuré en dehors du territoire belge, la Compagnie doit être en mesure d'effectuer les contrôles médicaux nécessaires. La Compagnie peut exiger que le contrôle médical ait lieu en Belgique.

En cas de transgression des dispositions relatives à la déclaration de l'invalidité ou aux possibilités de contrôle médical de la Compagnie, aucune déchéance du droit aux prestations n'est encourue si le preneur d'assurance ou le bénéficiaire établissent que la transgression est due à un cas de force majeure ou qu'elle n'a causé aucun préjudice à la Compagnie. Lorsque la transgression n'est pas due à un cas de force majeure et qu'elle a causé un préjudice à la Compagnie, cette dernière peut réduire ses prestations à concurrence du préjudice qu'elle a subi. Toutefois, la Compagnie peut opposer la déchéance du droit aux prestations en cas de transgression commise dans une intention frauduleuse.

Article 3.9 : Constatation de l'invalidité et contestation

Sur base des documents fournis (cfr article 3.8), la Compagnie juge de la réalité, de la durée et du degré de l'invalidité et notifie sa décision au preneur d'assurance. Cette décision est considérée comme acceptée si le preneur d'assurance ne

signifie pas à la Compagnie son désaccord dans les 15 jours de la notification.

Toute contestation à ce sujet ou à un autre sujet médical est soumise contradictoirement à deux experts-médecins nommés et dûment mandatés, l'un par l'assuré, l'autre par la Compagnie. Faute d'arriver à un accord, les experts-médecins choisissent un troisième expert. Les trois experts-médecins statueront en commun, mais à défaut de majorité l'avis du troisième sera prépondérant. Si l'une des parties ne nomme pas son expert-médecin ou si les deux experts-médecins ne s'entendent pas sur le choix du troisième, la désignation en est faite par le Président du Tribunal de Première Instance du domicile de l'assuré, 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 ainsi que les frais d'éventuels examens médicaux spécialisés seront pris en charge, pour la moitié, par chaque partie impliquée. Les experts-médecins sont dispensés de toute formalité judiciaire. Leur décision est souveraine et irrévocable.

Article 3.10 : Modification du risque

Toute modification du risque tel que décrit dans la proposition d'assurance, notamment tout changement des ou dans les activités professionnelles de l'assuré et toute cessation de ses activités professionnelles doit être déclarée dans les 30 jours de sa survenance par écrit à la Compagnie.

En cas de cessation des activités professionnelles, y compris suite à la perte d'emploi ou suite à une prépension, le degré d'invalidité physiologique est le seul pris en compte pour la détermination du degré d'invalidité.

En cas de changement des ou dans les activités professionnelles et pour autant qu'il y ait aggravation du risque assuré, la Compagnie se réserve le droit dans les 30 jours de la réception de la déclaration :

- soit de résilier l'assurance complémentaire invalidité, s'il lui est impossible de garantir ce nouveau risque, avec effet au jour du changement et avec remboursement de la partie de prime payée pour le temps restant à courir ;
- soit de modifier les conditions de l'assurance complémentaire invalidité, ce que le preneur d'assurance peut refuser en notifiant par écrit à la Compagnie, dans les 30 jours de la réception de l'offre de la Compagnie -, la résiliation de l'assurance complémentaire invalidité qui prendra fin dans les 30 jours qui suivent.

Entretemps ou en l'absence de déclaration, les invalidités résultant de l'aggravation du risque suite au changement d'activité sont réglées dans la proportion existant entre la prime payée et celle due en fonction du nouveau risque, pour autant que le risque soit assurable.

Article 3.11 : Début et fin du droit aux prestations en cas d'invalidité

Le droit aux prestations prévues aux conditions particulières s'ouvre si les deux conditions citées ci-après sont réunies :

- lorsque l'assuré est atteint d'une invalidité économique ou physiologique dont le degré s'élève au moins à 66 % ;
- à l'expiration d'un délai de carence de 3 mois.

Le droit aux prestations cesse lorsqu'une des conditions citées ci-après est remplie :

- lorsque le degré d'invalidité économique et physiologique devient inférieur à 66 % ;
- au terme fixé aux conditions particulières et au plus tard lorsque l'assuré atteint l'âge de 65 ans ;
- lorsque l'assurance principale décès cesse ses effets ;
- au décès de l'assuré.

Article 3.12 : Rechute

Lorsque l'assuré subit, pour la même cause, une rechute constatée médicalement dans les 60 jours qui suivent la fin du droit aux prestations, l'invalidité est considérée comme une continuation de l'invalidité première pour le décompte du délai de carence.

Article 3.13 : Mode de paiement des prestations assurées

Les prestations assurées- stipulées aux conditions particulières sont payables mensuellement à terme échu pendant la durée de l'invalidité totale. La rente d'invalidité est payable la première fois par un prorata initial le dernier jour de la première échéance périodique suivant la fin du délai de carence, et la dernière fois par un prorata final lorsque le droit aux prestations cesse.

Article 3.14 : Exclusions en cas d'invalidité

Sont exclues de toute indemnisation les invalidités résultant des événements exclus de l'assurance principale décès (cfr article 2.9) ainsi que :

1) les sinistres résultant :

- de la participation volontaire de l'assuré à des crimes ou délits ;
 - d'une tentative de suicide de l'assuré ou du fait intentionnel de l'assuré, du preneur d'assurance ou du bénéficiaire, sauf en cas de sauvetage de personnes ou de biens en péril ;
 - de toxicomanie, d'alcoolisme, d'abus de médicaments par l'assuré et de leurs suites ;
 - de l'état d'ivresse, de l'intoxication alcoolique de l'assuré, ou qui sont dus à l'influence de stupéfiants, d'hallucinogènes ou d'autres drogues pris par l'assuré ;
 - d'affections de l'assuré, non contrôlables par examen médical ou liées à des affections nerveuses ou mentales ne présentant pas de symptôme(s) objectif(s) qui en rendent le diagnostic indiscutable ;
 - directement ou indirectement de tout fait ou succession de faits de même origine, dès lors que ce fait ou ces faits 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 tremblement de terre ou d'un autre cataclysme naturel ;
 - de paris ou de défis.
- 2) les sinistres résultant de la pratique, même occasionnelle, de certains sports dangereux comme : -
- les sports aéronautiques sous toutes leurs formes ;

- l'alpinisme sous toutes ses formes ;
- l'acrobatie sous toutes ses formes ;
- la spéléologie, la plongée sous-marine et le plongeon ;
- les sports nautiques à moteur, la voile et le yachting non-côtier ;
- le canoë-kayak (hors Europe et USA) et le canyoning ;
- la discipline équestre steeple chase ;
- le saut à ski, le ski freestyle, le ski raid et le ski hors piste ;
- les sports automobiles et de moto .

3) les sinistres résultant de l'usage comme conducteur ou comme passager d'une moto(cyclette) de plus de 50 cm³ ;

4) les risques suivants, propres aux activités professionnelles de l'assuré :

- travaux pouvant entraîner une chute de plus de 4 mètres ;
- manipulations de machines et d'engins ;
- descentes en puits, mines ou carrières en galeries ;
- travaux sur installations électriques et travaux sous eau ;
- activités sur un chantier de construction ou de démolition ;
- manipulation d'engins et de produits explosifs et / ou corrosifs ;
- l'exercice du métier de journaliste et photographe en mission ou en poste à l'étranger, hormis dans l'Union Européenne, l'Amérique du Nord, le Japon, l'Australie et la Nouvelle-Zélande.

Certains risques exclus ci-dessus (points 2 à 4) peuvent éventuellement faire l'objet d'une convention de couverture moyennant accord de la Compagnie, paiement d'une surprime et stipulation explicite aux conditions particulières.

5) l'exercice des activités professionnelles suivantes (activités jamais assurables en invalidité) :

- militaire de carrière et garde du corps ;
- cascadeur et dompteur ;
- membre de la police fédérale -dans le cadre d'une unité d'intervention ;
- sportif professionnel.

Article 3.15 : Rachat, conversion et réduction

L'assurance complémentaire invalidité ne comporte, ni valeur de rachat, ni valeur de conversion, ni valeur de réduction.

Article 3.16 : Abandon de recours

La Compagnie abandonne au profit du preneur d'assurance, de l'assuré ou du bénéficiaire tout recours contre les tiers, auteurs ou personnes civilement responsables de l'invalidité.