

Assurance décès

(valables à partir de février 2016)
TFG-02/2016

Sommaire

Conditions générales Assurance décès	3
Article 1 : Définitions	3
Article 2 : Description de la couverture	3
Article 3 : Communication de renseignements corrects	3
Article 4 : Territorialité et exclusions	4
Article 5 : Acceptation et prise d'effet de la couverture	4
Article 6 : Paiement de la prime	4
Article 7 : Bénéficiaires	4
Article 8 : Déclaration de sinistre et versements	5
Article 9 : Résiliation, rachat et réduction par le preneur d'assurance	5
Article 10 : Non-paiement d'une prime	6
Article 11 : Frais exceptionnels causés par le preneur	6
Article 12 : Conditions spécifiques pour les assurances sur 2 têtes	6
Article 13 : Spécifications du tarif	6
Article 14 : Réductions et participations aux frais spéciales	6
Article 15 : Cession des droits du Contrat	7
Article 16 : Prédécès du preneur d'assurance	7
Article 17 : Législation applicable et dispositions fiscales	7
Article 18 : Correspondance et preuve	7
Article 19 : Modification des Conditions Générales	7
Article 20 : Protection de la vie privée	7
Article 21 : Plaintes et litiges	8
Article 22 : Conflits d'intérêt	8
Conditions générales Assurance Complémentaire Du Risque d'Invalidité (ACRI)	9
Article 1 : Définitions	9
Article 2 : Description de la couverture	9
Article 3 : Communication de renseignements corrects	9
Article 4 : Couvertures en cas d'incapacité de travail	9
Article 5 : Territorialité et exclusions	10
Article 6 : Période de paiement	10
Article 7 : Déclaration de sinistre et versements	10
Article 8 : Bénéficiaires	11
Article 9 : Paiement de la prime	11
Article 10 : Modification des conditions générales ou du tarif	11
Article 11 : Résiliation, rachat et réduction par le preneur d'assurance	11
Article 12 : Non-paiement d'une prime	11
Article 13 : Déclaration de toute modification d'activité professionnelle	11
Conditions générales Assurance Complémentaire Du Risque d'Accidents (ACRA)	13
Article 1 : Définitions	13
Article 2 : Description de la couverture	13
Article 3 : Territorialité et exclusions	13
Article 4 : Déclaration de sinistre et versements	13
Article 5 : Bénéficiaires	13
Article 6 : Paiement de la prime	13
Article 7 : Modification des conditions générales ou du tarif	13
Article 8 : Résiliation, rachat et réduction par le preneur d'assurance	13
Article 9 : Non-paiement d'une prime	13

Article 1 : Définitions

Dans les présentes Conditions Générales et dans les Conditions Particulières, il y a lieu d'entendre par :

Contrat (d'assurance)

L'assurance convenue, telle que décrite de manière générale dans les présentes Conditions Générales et, concernant la (les) couverture(s) souscrite(s), telle que décrite plus spécifiquement dans les Conditions Particulières. Ces deux documents forment un ensemble et doivent être lus conjointement.

Compagnie

Delta Lloyd Life SA, Av. Fonsny 38, 1060 Bruxelles.

Preneur (d'assurance)

La personne physique ou morale qui a souscrit l'assurance avec la compagnie

Assuré(s)

La (les) personne(s) physique(s) sur la tête de laquelle la couverture prévue par le contrat est conclue.

Bénéficiaire(s)

La (les) personne(s) mentionnée(s) dans les Conditions Particulières qui bénéficient des prestations d'assurance prévues dans le contrat d'assurance.

Prime

Le prix demandé par la Compagnie pour assurer les prestations choisies. A cette prime s'ajoutent les taxes prévues par la législation belge.

Valeur de rachat théorique

La réserve qui résulte de la capitalisation des primes versées et de la retenue des frais et impôts éventuels ainsi que du coût de risque déjà consommé.

Résiliation (par le preneur d'assurance)

La résiliation du contrat implique la fin du contrat avec remboursement des primes versées en retenant les frais et impôts éventuels ainsi que le coût de risque déjà consommé.

Rachat (par le preneur d'assurance)

Opération consistant à mettre fin au contrat avant le terme prévu.

Réduction (par le preneur d'assurance)

Consiste à mettre fin au paiement des primes en maintenant les capitaux assurés. La valeur de rachat théorique sera utilisée pour maintenir les capitaux assurés jusqu'à épuisement de la réserve.

Agent d'assurances non-lié

Un agent d'assurances non-lié est un agent d'assurances qui, en raison de plusieurs conventions, exerce une activité d'intermédiation en assurances au nom et pour compte de plusieurs entreprises d'assurances sans être pour autant soumis à une obligation contractuelle de travailler exclusivement avec celles-ci. Il offre dès lors librement les divers produits de ces différentes compagnies. Il agit sous sa propre responsabilité pour ce qui concerne la mise en œuvre des règles MiFID. Dans ce même cadre, il assume également la responsabilité entière et inconditionnelle de toute action effectuée ou toute omission commise par ses sous-agents d'assurances lorsqu'ils agissent pour son compte. En tant qu'agent d'assurances non-lié, son conseil est indépendant.

Agent d'assurances lié

Un agent d'assurances lié est un agent d'assurances qui, en raison d'une ou de plusieurs conventions, exerce une activité d'intermédiation en assurances au nom et pour le compte d'une ou de plusieurs entreprises d'assurances. Il a une obligation contractuelle de travailler exclusivement avec une seule entreprise d'assurances ou avec plusieurs entreprises d'assurances pour des contrats d'assurance non concurrents entre eux.

L'agent d'assurance lié (et d'éventuels sous-agents d'assurance agissant pour son compte) agit (ssent) sous la responsabilité de la ou les entreprises d'assurances avec laquelle (lesquelles) il est lié. En tant qu'agent d'assurances lié, son conseil n'est pas indépendant.

Courtier d'assurances

Un courtier est un intermédiaire en assurances qui n'est pas tenu par le choix de la compagnie d'assurances. Il a la liberté d'offrir divers produits de différentes compagnies. Il agit sous sa propre responsabilité. Il assume la responsabilité entière et inconditionnelle de toute action effectuée ou toute omission commise par ses sous-agents d'assurances lorsqu'ils agissent pour le compte dudit courtier. Son conseil est indépendant.

Intermédiaires d'assurances

Les intermédiaires d'assurances inscrits dans le registre de la FSMA peuvent avoir l'un des statuts suivants : courtier d'assurances, agent d'assurances (lié ou non-lié) ou sous-agent d'assurances. Le statut de l'intermédiaire aura notamment une influence sur la responsabilité assumée par celui-ci et sur son lien de dépendance éventuel avec une ou plusieurs compagnies d'assurances.

Article 2 : Description de la couverture

Cette assurance est une assurance en cas de décès, avec ou sans assurances complémentaires. Si un assuré vient à décéder avant le terme du contrat, mentionné dans les Conditions Particulières, la Compagnie verse le capital assuré au moment du décès au(x) bénéficiaire(s) après déduction des éventuels retenues légales, frais, indemnités et autres sommes qui seraient encore dues à la Compagnie ou à des tiers.

Cette assurance ne participe pas aux bénéfices de la Compagnie.

Article 3 : Communication de renseignements corrects

Le contrat d'assurance est conclu de bonne foi sur la base des renseignements fournis par le preneur d'assurance et l'assuré. Lors de la conclusion, l'augmentation ou la remise en vigueur des couvertures, le preneur d'assurance et l'assuré doivent communiquer à la Compagnie, 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 la Compagnie. La Compagnie peut exiger tous les renseignements qu'elle juge nécessaires.

En cas de communication inexacte de la date de naissance d'un assuré, la Compagnie peut adapter les capitaux assurés (ou le versement si un assuré est décédé) sur base 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 (voir ci-dessus) durant la première année après la conclusion du contrat (ou la remise en vigueur ou l'entrée en vigueur d'une augmentation en ce qui concerne cette augmentation), la Compagnie peut réduire les capitaux assurés (ou le versement si un assuré est décédé) au pro rata de la surprime que la Compagnie aurait appliquée, si elle avait eu connaissance des informations exactes. Si la Compagnie apporte la preuve de ce qu'elle aurait refusé l'assurance, si elle avait eu connaissance des informations exactes, elle peut résilier le contrat. Dans ce cas, les primes déjà payées seront remboursées au preneur d'assurance.

Toute fraude, omission volontaire ou déclaration volontairement inexacte entraîne la nullité de la (des) couverture(s) concernée(s). Les primes échues au moment où la Compagnie en prend connaissance lui reviennent.

Couverture du risque de terrorisme

On entend par Terrorisme : une action ou une menace d'action clandestine organisée qui a pour objectif de promouvoir une cause idéologique, politique, ethnique ou religieuse, menée individuellement ou par un groupe, au cours de laquelle il est fait usage de violence sur des personnes ou la valeur économique d'un bien matériel ou immatériel est partiellement ou totalement détruite, ou d'impressionner l'opinion publique, de créer un climat d'insécurité ou de faire pression sur les autorités, ou encore d'entraver le bon fonctionnement d'un service ou d'une entreprise.

La Compagnie couvre les dommages causés par le terrorisme et est membre de l'ASBL TRIP (www.tripvzw.be). Conformément à la loi du 1er avril 2007 relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme, les engagements de l'ensemble des compagnies d'assurance qui sont membres de l'ASBL sont limités à 1 milliard d'euros par année civile pour les dommages causés par tout événement reconnu comme acte de terrorisme, survenu au cours de l'année civile en question.

Ce montant est adapté le 1er janvier de chaque année en fonction de l'évolution de l'indice des prix à la consommation, en se référant à l'indice de décembre 2005. En cas de modification légale ou réglementaire du montant de base, le nouveau montant s'appliquera automatiquement à partir de la première échéance suivant la modification, à moins que le législateur ne prévoie explicitement une autre disposition transitoire.

Si le total des indemnités calculées ou estimées excède le montant visé à l'alinéa précédent, une règle de proportionnalité est appliquée : les indemnités à payer sont limitées à concurrence du rapport entre le montant visé à l'alinéa précédent ou les moyens encore disponibles pour l'année civile en question et le total des indemnités à payer imputé à ladite année civile.

Conformément à la loi susmentionnée du 1er avril 2007, le Comité décide si un événement répond à la définition de terrorisme. Afin que le montant cité aux alinéas 2, 3 et 4 ci-dessus ne soit pas dépassé, ce Comité fixe, six mois au plus tard après l'événement, le pourcentage de l'indemnisation que les entreprises d'assurances membres de l'ASBL doivent prendre en charge en conséquence de l'événement. Le Comité peut revoir ce pourcentage. Le Comité prend, au plus tard le 31 décembre de la troisième année suivant l'année de survenance de l'événement, une décision définitive quant au pourcentage d'indemnisation à payer.

L'Assuré ou le(s) Bénéficiaire(s) ne peut faire valoir auprès de la Compagnie son droit à l'indemnisation qu'après que le Comité a fixé le pourcentage. La Compagnie paie le montant assuré conformément au pourcentage fixé par le Comité.

Article 4 : Territorialité et exclusions

L'assurance est valable dans le monde entier. La Compagnie n'accorde pas de couverture pour le risque de décès si celui-ci est causé par, favorisé par ou lié à :

- a. un suicide durant la première année suivant:
 - la date d'entrée en vigueur du contrat ou sa date d'émission si celle-ci est postérieure à la date d'entrée en vigueur.
 - la date de prise d'effet d'une éventuelle remise en vigueur ou la date d'émission de l'avenant de remise en vigueur si cette date d'émission est postérieure.Ce même délai est applicable à toute augmentation des garanties; il commence à courir à la date d'entrée en vigueur ou de prise d'effet de l'augmentation.
- b. un fait intentionnel du preneur d'assurance ou d'un bénéficiaire ou à leur instigation.
- c. une condamnation judiciaire, un duel, un crime ou un délit à caractère intentionnel, commis par l'assuré.
- d. un fait de guerre (sauf après accord de la part des Autorités de Contrôle et moyennant une convention particulière).

Cette exclusion est applicable à tout décès, quelle qu'en soit la cause, lorsque l'assuré participe activement aux hostilités. Le décès dû à un fait de guerre se produisant pendant un séjour à l'étranger est couvert:

 - si le conflit, imprévisible, éclate pendant le séjour de l'assuré: pour autant que le bénéficiaire apporte la preuve que l'assuré ne participait pas activement aux hostilités;
 - si l'assuré se rend dans un pays où il y a un conflit armé: moyennant mention expresse dans les Conditions Particulières et pour autant que le bénéficiaire apporte la preuve que l'assuré ne participait pas activement aux hostilités. Dans ce cas, la Compagnie percevra un supplément de prime.
- e. un accident d'aéronef (sauf convention contraire):
 - lorsque l'appareil est utilisé à l'occasion de compétitions, exhibitions, essais

Conditions générales Assurance décès

- de vitesse, raids aériens, vols d'entraînement ou d'essai, records ou tentatives de records;
- lorsque l'appareil est un prototype ou un appareil militaire autre que de transport;

Si le décès d'un assuré résulte d'un des risques non couverts, la Compagnie paiera la valeur de rachat théorique du contrat. Ces prestations sont versées au(x) bénéficiaire(s) désigné(s), à l'exclusion cependant de celui dont le fait intentionnel ou l'instigation serait la cause du décès de l'assuré.

Article 5 : Acceptation et prise d'effet de la couverture

Les couvertures et toute augmentation de leur montant assuré nominal sont soumises aux critères d'acceptation généraux que la Compagnie applique pour des raisons juridiques et fiscales et de technique des assurances (résultat favorable de formalités médicales et/ou d'examen médicaux, caractère complémentaire de certaines couvertures, couvertures maximales, limitations fiscales, disposition des éléments de calcul nécessaires, etc.).

Les couvertures ne sont assurées que si elles sont explicitement reprises dans les Conditions Particulières et ce, pour les montants et selon les modalités qui y sont explicitement repris. Les couvertures prennent cours à la date d'effet mentionnée dans les Conditions Particulières, mais au plus tôt à la date de paiement de la première prime (y compris l'éventuelle prime unique) et après la signature du contrat par les deux parties.

Si cependant une préassurance gratuite est explicitement reprise dans les Conditions Particulières, la condition de paiement de la première prime n'est bien évidemment pas exigée pendant la période de préassurance mentionnée aux Conditions Particulières mais le devient à la fin de cette période, date de la première échéance.

En cas d'augmentation ou de remise en vigueur d'une ou plusieurs couvertures, l'augmentation ou la remise en vigueur intervient à la date indiquée dans les nouvelles Conditions Particulières (ou dans un avenant qui confirme l'augmentation ou la remise en vigueur), mais au plus tôt à la date de paiement de la (première) prime majorée (y compris l'éventuelle prime unique).

Article 6 : Paiement de la prime

Les primes sont payables anticipativement, taxes comprises, pour la durée stipulée dans les Conditions Particulières.

Le paiement de la prime est facultatif. En cas de non-paiement de la prime ou d'une fraction de la prime, la Compagnie applique la procédure et les conséquences figurant aux présentes Conditions Générales. Le paiement des primes se fait en principe directement sur le compte bancaire indiqué par la Compagnie avec mention des références communiquées. La Compagnie peut refuser tout autre mode de paiement. Le paiement des primes à un intermédiaire qui n'a pas été mandaté à cet effet n'a pas d'effet libératoire vis-à-vis de la Compagnie.

Article 7 : Bénéficiaires

Le Preneur d'assurance a le droit de désigner un ou plusieurs Bénéficiaires. Il peut modifier ou révoquer cette désignation. Cette modification ou révocation doit être demandée par le Preneur d'assurance par le biais d'une requête écrite, datée et signée adressée à son intermédiaire d'assurances, accompagnée d'une copie recto/verso de la carte d'identité, et le cas échéant de l'accord du Bénéficiaire acceptant. Cette modification ou révocation est confirmée par un avenant au Contrat.

Le Bénéficiaire doit être identifiable au moment où les prestations assurées deviennent exigibles.

Si aucun Bénéficiaire n'a été désigné, si celui-ci est prédécédé ou si la désignation d'un Bénéficiaire ne peut pas sortir d'effet ou a été révoquée, les prestations assurées sont dues au Preneur d'assurance ou à sa succession.

Tout Bénéficiaire peut accepter le bénéfice. Pour être opposable à la Compagnie, cette acceptation doit être confirmée par un avenant signé par le Preneur d'assurance, le Bénéficiaire qui accepte et la Compagnie. Après l'acceptation, le Preneur d'assurance ne peut plus révoquer la clause bénéficiaire et ne peut plus désigner de nouveau Bénéficiaire sans l'accord du Bénéficiaire acceptant.

Article 8 : Déclaration de sinistre et versements

Le décès d'un assuré doit être déclaré à la Compagnie au plus tard dans les 30 jours. En cas de déclaration tardive, la Compagnie peut réduire son intervention du montant du préjudice qu'elle 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 mentionner le lieu, la date, l'heure et les circonstances du décès.

A côté de la déclaration, les documents suivants doivent être remis à la Compagnie:

- un certificat de décès ;
- un certificat médical rédigé sur formulaire délivré par la Compagnie et mentionnant la cause du décès ;

La Compagnie peut réclamer toutes autres pièces justificatives qui lui seraient nécessaires pour l'appréciation des obligations et l'identification du (des) bénéficiaire(s) (telles que l'exemplaire original du contrat et ses avenants éventuels, la preuve du paiement de la dernière prime, un acte de notoriété ou tout autre document qui identifie le (les) bénéficiaire(s), etc. ...).

Tous les intéressés à l'intervention de la Compagnie sont tenus d'autoriser et de demander à tous les médecins qui ont administré des soins au défunt de communiquer au médecin-conseil de la Compagnie tous les renseignements qu'elle sollicite. Si une de ces obligations n'est pas remplie, la Compagnie peut refuser son intervention.

Après déclaration du sinistre et sur la base des renseignements fournis et des résultats d'examen éventuels, Delta Lloyd Life confirme si son intervention est accordée et elle communique sa position au(x) bénéficiaire(s). Elle est censée être acceptée si le(s) bénéficiaire(s) n'a (n'ont) pas signalé à Delta Lloyd Life par lettre recommandée, dans les 30 jours après cet avis, qu'il(s) n'est (ne sont) pas d'accord.

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

La Compagnie verse les sommes dues, après imputation des éventuels retenues légales, frais, indemnités et autres sommes qui seraient encore dues à la Compagnie ou à des tiers (comme un créancier gagiste), dans les 30 jours après réception des documents sollicités et après réception d'une quittance de règlement dûment complétée et signée. Lorsqu'un montant est dû à plusieurs personnes, la Compagnie peut exiger que les intéressés désignent une personne pourvue de procurations dûment authentifiées l'autorisant à recevoir le versement conjointement en leur nom.

La Compagnie n'octroie pas d'intérêts pour un retard de paiement suite à une circonstance indépendante de sa volonté, comme lorsque les prestations ne sont pas réclamées, les documents sont incomplets ou ne sont pas en ordre, etc.

Article 9 : Résiliation, rachat et réduction par le preneur d'assurance

Le preneur d'assurance a le droit de résilier le contrat dans les 30 jours à compter de sa prise d'effet ou, s'il est mentionné sur la proposition d'assurance que le contrat sert à couvrir un crédit, dans les 30 jours à compter du moment où il a connaissance que le crédit sollicité n'est pas accordé.

La demande de résiliation se fait par lettre recommandée en ajoutant la preuve de paiement de la prime.

Sauf pour les contrats à primes périodiques payables pendant une période supérieure à la moitié de la durée du contrat ou si certaines dispositions légales ou réglementaires l'interdisent, le preneur d'assurance a le droit de racheter le contrat. Dans ce cas la Compagnie versera la valeur de rachat théorique en retenant une indemnité de rachat. Cette indemnité de rachat est égale à 5 % de la valeur de rachat théorique, avec un minimum de 75,00 euros (indexés à l'indice de santé ; base 1998 = 100). Le pourcentage de 5 % diminue de 1 % par an pendant les 5 dernières années pour atteindre 0 % au terme du contrat.

Le rachat doit être demandé par le preneur d'assurance et adressé à l'intermédiaire d'assurances de celui-ci par le biais d'une requête écrite, datée et signée, et accompagnée d'une copie recto/verso de sa carte d'identité, et le cas échéant de l'accord du bénéficiaire acceptant et/ou du cessionnaire. En cas de rachat total, cet écrit doit être accompagné des Conditions Particulières et de tous les avenants.

La date d'effet du rachat est la date suivante à la date de réception par la Compagnie de cette lettre recommandée. Le rachat implique, dès sa date d'effet, la cessation de toutes les couvertures.

Sauf pour les contrats à primes périodiques payables pendant une période supérieure à la moitié de la durée du contrat ou si certaines dispositions légales ou réglementaires l'interdisent, le preneur d'assurance a le droit de réduire le contrat. La réduction se fait en maintenant les capitaux assurés et en utilisant la valeur de rachat théorique jusqu'à son épuisement et en retenant une indemnité de réduction de 75,00 euros (indexés à l'indice de santé ; base 1998 = 100). La réduction doit être demandé par le preneur d'assurance et adressé à l'intermédiaire d'assurances de celui-ci par le biais d'une requête écrite, datée et signée, et accompagnée d'une copie recto/verso de sa carte d'identité.

Il est automatiquement mis fin à toutes les couvertures complémentaires dès le lendemain de la date de réception de cette lettre recommandée par la Compagnie.

Le preneur d'assurance a le droit de remettre en vigueur un contrat racheté ou réduit pour les prestations assurées à la date de la réduction ou du rachat. La Compagnie se réserve le droit de subordonner cette remise en vigueur aux résultats favorables de sa procédure d'acceptation dont les frais éventuels sont à la charge du preneur d'assurance. La Compagnie restaure l'assurance dans sa forme originelle à la demande du preneur d'assurance, qui envoie un écrit à l'intermédiaire d'assurances de celui-ci, à condition qu'au cours des 3 mois suivant le rachat:

- la demande écrite de remise en vigueur ait été transmise à la Compagnie;
- toutes les primes arriérées, majorées des intérêts et des frais administratifs aient été payées;
- la valeur de rachat ait été remboursée à la Compagnie.

En cas de réduction, la remise en vigueur peut intervenir dans les trois ans, moyennant une adaptation de la prime, compte tenu de l'âge de l'assuré à cette date.

Article 10 : Non-paiement d'une prime

En cas de non-paiement d'une prime, ou d'une fraction de prime, et après l'échéance de cette prime, la Compagnie envoie une lettre recommandée au preneur d'assurance pour lui rappeler les conséquences d'un non-paiement. Si la prime n'est pas payée dans les 30 jours suivant cette lettre recommandée, le contrat sera réduit, ou si le contrat ne donne pas droit à la réduction, résilié.

Une déclaration écrite du preneur d'assurance informant la Compagnie qu'il cesse le paiement des primes ou qu'il demande le rachat ou la réduction, dispense la Compagnie de l'envoi de la lettre recommandée et interrompt le délai à la date de cette lettre.

Article 11 : Frais exceptionnels causés par le preneur

Lorsque la Compagnie doit envoyer une lettre recommandée à cause du non-paiement d'une prime (voir supra), la Compagnie se réserve le droit de faire participer le preneur d'assurance aux frais à concurrence d'un montant de 10,00 euros (indexé à l'indice de santé; base 1998 = 100).

Lorsqu'il est explicitement demandé par le preneur d'assurance d'adapter le contrat, la Compagnie se réserve le droit de faire participer le preneur d'assurance aux frais à concurrence d'un montant de 40,00 euros (indexé à l'indice de santé; base 1998 = 100).

Lorsqu'une prime est inférieure à 50,00 euros (indexés à l'indice de santé; base 1998 = 100) et qu'elle n'est pas payée par domiciliation, la Compagnie se réserve le droit de faire participer le preneur d'assurance aux frais à concurrence d'un montant de 1,00 euro par prime (indexé à l'indice de santé; base 1998 = 100).

Ces frais devront être en principe payés sur le compte de la Compagnie par le preneur d'assurance. La Compagnie se réserve cependant le droit de déduire ces frais directement de la valeur de rachat théorique du contrat.

Article 12 : Conditions spécifiques pour les assurances sur 2 têtes

- En cas d'une assurance sur 2 têtes, dans laquelle le capital assuré est payé lors du premier décès d'un des deux assurés (pour autant que cet assuré décède avant le terme du contrat et pour autant que toutes les conditions de ce contrat soient respectées), les deux assurés sont mentionnés dans les Conditions Particulières.
- Le contrat d'assurance prend immédiatement fin lors du premier décès d'un des deux assurés. En aucun cas, un capital est versé au moment du décès de l'autre assuré. En cas de décès simultané des deux assurés, il sera considéré que l'assuré le plus âgé est décédé en premier lieu.
- Les couvertures prévues dans un contrat sur 2 têtes auquel il a été mis fin avant le terme pour toute autre cause qu'un décès, peuvent être poursuivies (par un des deux ou les deux assurés) à titre individuel en souscrivant un nouveau contrat aux conditions tarifaires appliquées par la Compagnie à ce moment. Pour autant que les couvertures assurées et la date terme de ces couvertures soient identiques au contrat original et que la demande se fasse par écrit dans les 30 jours à dater de la prise de fin du contrat original, la Compagnie n'exigera pas de nouvelles formalités médicales.

Article 13 : Spécifications du tarif

La Compagnie garantit les bases tarifaires pendant toute la durée du contrat, sauf si les Conditions Particulières font explicitement référence au §2 du présent article.

Pour certains produits, le tarif de la Compagnie se base sur des statistiques de mortalité récemment observés. Pour les contrats relatifs à ces produits, la Compagnie se réserve le droit d'adapter le tarif pendant la durée du contrat. Cette adaptation ne pourra cependant être effectuée qu'à un niveau collectif - pour tous les contrats d'un même tarif - et uniquement pour des raisons objectives, c'est à dire si la législation ou les autorités de contrôle compétentes rendaient cette révision obligatoire ou si les statistiques de mortalité ou les taux de placement réels divergeaient sensiblement de ceux qui ont servi de base à la détermination du tarif.

La révision du tarif peut avoir un impact positif ou négatif sur celui-ci. Le preneur d'assurance sera averti par écrit dans le cas où cette révision entraînerait une augmentation de la prime ou une diminution des garanties assurées. La Compagnie considérera que le preneur d'assurance accepte l'adaptation tarifaire s'il n'a pas réagi dans les 30 jours. Dans le cas où ce paragraphe (§2) est d'application, les Conditions Particulières y font explicitement référence.

Article 14 : Réductions et participations aux frais spéciales

Réduction "Donneur d'organe"

Une réduction de 5 % est accordée sur la prime de l'assurance principale des contrats auxquels ces Conditions Générales sont d'application si toutes les conditions précisées ci-après sont remplies.

Cette remise ne s'applique en aucune manière sur les garanties additionnelles. Ces conditions sont :

- Le contrat a une durée d'au moins 10 ans ;
- Le capital décès initialement assuré s'élève au moins à 100 000 euros;
- L'assuré procure à la Compagnie avant l'émission du contrat une attestation délivrée par la commune confirmant que l'assuré est enregistré en tant que donneur d'organe.

Dans le cas d'une assurance sur 2 têtes, cette attestation doit être fournie pour les deux assurés.

Toutefois, l'assuré doit avertir la Compagnie s'il modifie cette volonté et n'est donc plus enregistré en tant que donneur d'organe, auquel cas la réduction n'est plus octroyée pour toutes primes futures.

En outre la Compagnie se réserve le droit de demander à l'assuré la confirmation de son enregistrement avant chaque paiement de prime.

S'il apparaît lors du décès de l'assuré que celui-ci n'était plus enregistré en tant que donneur d'organe, le capital versé par la Compagnie sera diminué de 5 %.

Chèques santé

La Compagnie participe aux frais d'examen médicaux effectués par l'assuré en versant sur son compte bancaire une indemnité de 30 euros si toutes les conditions ci-dessous sont remplies :

- Le contrat auquel s'appliquent ces Conditions Générales a une durée d'au moins 10 ans ;
- Le capital décès initialement assuré s'élève au moins à 100 000 euros;
- L'assuré a procuré à la Compagnie un document, dont le modèle est fourni par la Compagnie, complété et signé par un médecin par lequel ce dernier déclare avoir fait subir à l'assuré un ou plusieurs des examens préventifs reconnus par la Compagnie. Les résultats de cet (ou ces) examen(s) ne doivent pas être communiqués à la Compagnie.
- Ce document a été transmis à la Compagnie dans les 3 mois de l'examen (des examens);
- Au moment de l'examen (des examens) le contrat est toujours pleinement en vigueur et n'a pas connu de diminution;

- À la date de l'examen (ou des examens), un an au moins s'est écoulé depuis la date d'effet du contrat.

L'indemnité s'élève à 30 euros par période de 3 ans. La première période de 3 ans commence au 40^{ième} anniversaire de l'assuré.

Si l'assuré n'a subi aucun examen préventif au cours d'une certaine période ou qu'il n'a pas pu procurer le document exigé (dans les temps), le droit à toute indemnité expire dans cette période.

L'indemnité est déterminée par assuré. Ceci implique que si une personne est assurée via plusieurs contrats auprès de la Compagnie, l'indemnité ne pourra être accordée que sur base d'au maximum un seul contrat.

Dans le cas d'assurance sur 2 têtes, l'indemnité peut être accordée aux deux assurés.

Toutes charges fiscales ou parafiscales qui pourraient éventuellement être d'application sur cette indemnité sont à charge de l'assuré.

Article 15 : Cession des droits du Contrat

Le Preneur d'assurance peut, le cas échéant moyennant approbation du Bénéficiaire acceptant, céder les droits du Contrat à un tiers.

La cession des droits du Contrat doit être demandée par le Preneur d'assurance par le biais d'une requête écrite, datée et signée, adressée à son intermédiaire d'assurances, accompagnée d'une copie recto/verso de la carte d'identité du Preneur d'assurance, et le cas échéant de l'accord du Bénéficiaire acceptant.

Pour être opposable à la Compagnie, cette cession doit être confirmée par un avenant signé par le Preneur d'assurance, le cessionnaire et la Compagnie.

Article 16 : Prédécès du preneur d'assurance

En cas de prédécès du Preneur d'assurance, tous les droits et obligations du Contrat sont transférés au seul Bénéficiaire à condition que ce dernier ait été désigné nominativement aux Conditions Particulières. Dans tous les autres cas, tel qu'en cas de prédécès du Bénéficiaire, tous les droits et obligations sont transférés à l'Assuré.

Article 17 : Législation applicable et dispositions fiscales

Le contrat d'assurance est régi par les dispositions légales et réglementaires belges relatives aux assurances-vie et aux assurances complémentaires en général et aux assurances relatives à un engagement individuel (de pension) en particulier. 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.

Le régime fiscal applicable dépend de la situation personnelle du preneur d'assurance et/ou du bénéficiaire et peut être sujet à des modifications en fonction de la législation applicable :

- en ce qui concerne les taxes sur primes, la législation belge et/ou la législation du pays de résidence du preneur d'assurance;
- en ce qui concerne l'attribution d'avantages fiscaux sur les primes, la législation du pays de résidence du preneur d'assurance et/ou de l'assuré; dans certains cas, la législation du pays où des revenus imposables sont perçus s'applique;
- en ce qui concerne les prestations d'assurance, la législation belge et/ou la législation du pays de résidence du bénéficiaire;
- en ce qui concerne les droits de succession, la législation du pays de résidence du défunt et/ou du bénéficiaire.

La Compagnie peut mettre à charge du preneur d'assurance ou du (des) bénéficiaire(s) tous impôts, cotisations et charges de quelle nature que ce soit qui peuvent grever les primes, la réserve, le rendement sur la réserve ou tout versement.

La Compagnie considère toujours que le preneur d'assurance a, lors de l'instauration, de l'application, de l'exécution, de la modification ou de la cessation du contrat d'assurance, respecté toutes les conditions, formalités et procédures légales y afférentes dans ses rapports avec l'assuré et les tiers. De manière plus générale, la Compagnie peut se faire indemniser par le preneur d'assurance de toute forme de dommage et de tous les frais qu'elle encourt pour cause de non-respect de la législation applicable par le preneur d'assurance.

Article 18 : Correspondance et preuve

Sauf mentions contraires ou dispositions (légales) impératives, toute communication d'une partie à l'autre peut se faire par voie ordinaire ou électronique. En cas de communication électronique du preneur d'assurance, la Compagnie se réserve donc le droit de répondre également de façon électronique. Tout avis et toute correspondance entre parties se fait valablement à la dernière adresse (de correspondance) qu'elles se sont mutuellement communiquée. L'envoi d'une lettre recommandée peut être avéré par la production du récépissé de la poste.

L'existence et le contenu de tout document et de toute correspondance sera prouvé par la production de l'original ou, à défaut, de sa copie dans les dossiers de la Compagnie.

Article 19 : Modification des Conditions Générales

La Compagnie peut modifier les Conditions Générales pour des raisons justifiées (par exemple dans le cadre d'une modification de la législation) et dans les limites de la bonne foi. La Compagnie en informe par écrit le preneur d'assurance et lui communique la date à laquelle les nouvelles Conditions Générales prennent effet.

Article 20 : Protection de la vie privée

Dans le cadre de la loi du 8 décembre 1992 sur la protection de la vie privée, les données à caractère personnel mentionnées au Contrat peuvent être traitées par la Compagnie, en tant que responsable du traitement, en vue de et dans le cadre de la fourniture et de la gestion de services d'assurance en général. Le Preneur d'assurance peut s'opposer expressément à toute forme de marketing direct. Le preneur d'assurance peut consulter le Registre public des traitements automatisés (tenu auprès de la Commission de la protection de la vie privée) et a un droit d'accès et de rectification des données à caractère personnel. La Compagnie ne communiquera ces données à des tiers qu'en cas d'obligation légale et/ou si la gestion du dossier le nécessite, ainsi qu'à Datassur G.I.E. (Square de Meeûs, 29, à 1000 Bruxelles) pour la gestion des risques.

L'assuré(e) autorise expressément de procéder au traitement des données médicales le concernant, dans la mesure où cela s'avère nécessaire pour des questions d'acceptation, de gestion et d'exécution des contrats d'assurance. Le traitement des données médicales de l'assuré(e) est à charge du service d'acceptation médicale et du service juridique de Delta Lloyd Life SA.

L'assuré(e) permet expressément que ses données soient réceptionnées le cas échéant par son intermédiaire d'assurances qui les transmettra ensuite à Delta Lloyd Life SA.

Article 21 : Plaintes et litiges

Si un intéressé a une plainte relative à la gestion ou à l'exécution du contrat d'assurance par la Compagnie et n'obtient pas satisfaction, il peut s'adresser à :

- Delta Lloyd Life, Quality Team, Avenue Fonsny, 38 à 1060 Bruxelles, plaintes@deltalloydlife.be en première instance
- l'Ombudsman des assurances, Square de Meeûs 35, à 1000 Bruxelles, www.ombudsman.as, en dernier ressort.)

sans préjudice du droit pour le Preneur d'assurance d'intenter une action en justice. Les éventuelles contestations en justice relatives au Contrat relèvent exclusivement 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.

Article 22 : Conflits d'intérêt

Delta Lloyd Life SA a identifié des situations où, potentiellement, des conflits d'intérêt peuvent survenir dans le cadre de ses activités entre des intérêts d'un client, les intérêts de Delta Lloyd Life SA (en ce compris ses dirigeants, employés, agents liés, etc.) ou les intérêts d'un autre client. Un résumé de la politique de gestion des conflits d'intérêts de Delta Lloyd Life SA est disponible sur le site www.deltalloydlife.be à la rubrique des documents légaux.

Les versions les plus récentes des documents (Conditions Générales, la (des) Fiche(s) d'information Financière y compris la politique de conflits d'intérêts de Delta Lloyd Life SA) sont disponibles sur le site www.deltalloydlife.be à la rubrique des documents légaux ou sur simple demande du preneur d'assurance.

Article 1 : Définitions

Dans les présentes Conditions Générales et dans les Conditions Particulières, il y a lieu d'entendre par :

Accident

Un événement soudain, provoquant une blessure corporelle et dont la cause ou au moins une des causes est extérieure c.-à-d. indépendamment de l'état mental ou physique de la victime. Sont assimilés aux accidents :

- le sauvetage de personnes (et de biens) qui sont en danger
- les piqûres d'insectes ou les morsures d'animaux
- la chute involontaire dans l'eau ou l'inhalation involontaire de gaz ou de vapeurs dont la fuite était imprévisible
- la foudre

Accident dans la vie privée

Tout accident qui n'est pas prévu dans la Loi du 10 avril 1971 sur les Accidents de Travail.

Maladie

Une détérioration de l'état de santé qui n'est pas due à un accident, constatée par un diagnostic médical, et qui présente des symptômes objectifs. A l'exception des grossesses déjà existantes au moment de la souscription, une grossesse pathologique est considérée comme une maladie.

Degré d'invalidité physiologique

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. Le degré d'invalidité physiologique pris en considération est le degré d'invalidité physiologique réel moins le degré d'invalidité physiologique qui découle de ou qui est lié à une cause non couverte, un risque exclu et/ou une affection préexistante non couverte.

Degré d'invalidité économique

Le degré d'invalidité économique représente la mesure dans laquelle l'aptitude au travail de l'assuré est réduite suite à une invalidité physiologique. Le degré d'invalidité économique est fixé 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, compétences 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 économique pris en considération est le degré d'invalidité économique réel moins le degré d'invalidité économique qui découle de ou qui est lié à une cause non couverte, un risque exclu et/ou une affection préexistante non couverte.

Seuil d'incapacité de travail

Le seuil d'incapacité de travail est le degré d'invalidité économique minimal de 25% qui doit être constaté pour qu'il puisse être question d'incapacité de travail.

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 la Compagnie est déterminée sur la base du degré d'incapacité de travail, celui-ci étant le plus élevé des degrés d'invalidité économique et d'invalidité physiologique. Si le degré d'incapacité de travail est inférieur à 67%, il est question d'une incapacité de travail partielle. Si le degré d'incapacité de travail atteint au moins 67%, il est question d'une incapacité de travail totale.

Délai d'attente

Délai fixé dans les conditions particulières qui court à partir du début de l'incapacité de travail et qui doit être écoulé avant que le droit aux prestations assurées ne prenne cours.

Rechute

Il est question de rechute lorsqu'une incapacité de travail débute (et est constatée médicalement) dans le 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 d'attente. En cas de 'rente croissante en cours de sinistre', 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 'la croissance en cours de sinistre'.

Article 2 : Description de la couverture

La présente assurance, appelée 'Invalidité', est une assurance complémentaire à une assurance vie, appelée assurance principale. Les Conditions Générales et Particulières de l'assurance 'Invalidité' doivent être lues ensemble avec les Conditions Générales et Particulières de l'assurance principale. Les Conditions Générales et Particulières de l'assurance principale sont applicables à l'assurance 'invalidité', sauf dans les cas où ces Conditions Générales 'Invalidité' le stipulent autrement.

La Compagnie garantit, conformément aux Conditions Générales et Particulières, les prestations décrites à l'article 4 lorsque l'assuré est atteint par une incapacité de travail qui résulte, comme stipulée dans les Conditions Particulières :

- soit de maladie uniquement
- soit de maladie ou d'accident dans la vie privée
- soit de maladie ou d'accident de toute nature

Article 3 : Communication de renseignements corrects

Le contrat d'assurance est conclu de bonne foi sur la base des renseignements fournis par le preneur d'assurance et l'assuré. Lors de la conclusion, l'augmentation ou la remise en vigueur des couvertures, le preneur d'assurance et l'assuré doivent communiquer à la Compagnie, 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 la Compagnie. La Compagnie peut exiger tous les renseignements qu'elle juge nécessaires.

Lorsque l'omission ou l'inexactitude dans la déclaration ne sont pas intentionnelles, la Compagnie soit proposera une modification aux garanties complémentaires invalidité, soit résiliera les garanties complémentaires invalidité (lorsque la Compagnie n'aurait jamais, en connaissance de cause, assuré le risque). Dans ce cas, les primes déjà payées seront remboursées au preneur d'assurance.

Lorsque le Preneur d'assurance ou l'Assuré omet intentionnellement de communiquer de l'information ou communique intentionnellement de l'information fautive ou erronée au moment où la Compagnie doit mesurer le risque à assurer, les garanties complémentaires invalidité sont nulles et la Compagnie peut conserver les primes payées.

Article 4 : Couvertures en cas d'incapacité de travail

En général

Dans la mesure où l'assuré est atteint d'une incapacité de travail au plus tôt à la date d'effet de la couverture suite à une cause couverte, le(s) bénéficiaire(s) a (ont) droit au versement ou à l'attribution intégral(e) ou partiel(le) de la (des) rente(s) d'incapacité de travail et ce, dès l'expiration du délai d'attente, durant la période d'incapacité de travail et au plus tard jusqu'au terme de la période de paiement. Ces versements ou attributions sont dus par la Compagnie en

application d'une ou plusieurs des couvertures décrites ci-dessous, si et dans la mesure où elles sont reprises dans les Conditions Particulières.

Exonération de primes (EP)

La couverture 'exonération de primes' prévoit le remboursement au preneur d'assurance, pendant la durée de l'incapacité de travail et selon le degré d'invalidité, des primes de l'assurance principale et des assurances complémentaires, y compris les taxes.

Ce montant est payable à chaque échéance de paiement de la prime, après le début du droit aux prestations. A la première échéance de la prime suivant le début du droit aux prestations, la prime est payée proportionnellement à la durée de l'invalidité entre le début du droit aux prestations et l'échéance de la prime. A la première échéance de la prime suivant la fin du droit aux prestations, la prime est payée proportionnellement à la durée de l'invalidité après l'échéance de la prime précédente.

Rente revenu personnel (RRP)

Pendant toute la durée de l'incapacité de travail et ce, proportionnellement au degré d'incapacité de travail, la Compagnie verse une rente à l'assuré dont le montant annuel est repris dans les Conditions Particulières.

Les Conditions Particulières indiquent si la rente assurée

- est une 'rente constante', c.-à-d. que la rente mentionnée dans les Conditions Particulières demeure inchangée pour toute la durée du contrat d'assurance
- ou est une 'rente croissante en cours de sinistre', c.-à-d. que la rente mentionnée dans les Conditions Particulières augmente annuellement de 3% durant la période d'incapacité de travail. La première augmentation de la rente versée intervient un an après l'expiration du délai d'attente. Lorsque l'incapacité de travail couverte prend fin, la rente assurée est ramenée au niveau d'avant l'incapacité de travail.

Rente frais généraux (RFG)

Durant une période maximale de 2 ans suivant l'expiration du délai d'attente et ce, proportionnellement au degré d'incapacité de travail, la Compagnie verse une rente annuelle dont le montant est repris dans les Conditions Particulières. Le versement de cette rente s'effectue par tranches mensuelles à terme échu, pour la première fois avec un prorata de départ le dernier jour du mois au cours duquel le délai d'attente expire et pour la dernière fois avec un prorata de fin au moment où l'incapacité de travail couverte prend fin, mais jusqu'au plus tard 24 mois après le début du versement. Des périodes d'incapacité de travail successives qui entrent dans la définition de la rechute, sont considérées comme un même sinistre.

Article 5 : Territorialité et exclusions

Les couvertures en cas d'incapacité de travail sont valables dans le monde entier. Si l'assuré ne réside pas en Belgique, la Compagnie n'accorde cependant la couverture que dans la mesure où elle peut, selon sa propre appréciation, (continuer d') exercer le contrôle médical nécessaire sans difficultés ni frais exceptionnels.

La Compagnie n'accorde pas de couverture en cas d'incapacité de travail suite à un risque qui serait exclu dans le cadre de l'assurance principale ou si et dans la mesure où l'incapacité de travail:

- résulte d'un acte volontaire de l'assuré ou d'une tentative de suicide de la part de l'assuré;
- résulte de l'utilisation de drogues à des fins non médicales ou de toxicomanie;
- ne peut être établie par un examen médical ou est liée à une affection des nerfs ou de l'esprit qui ne présente aucun symptôme objectif pouvant déboucher sur un diagnostic indiscutable;
- résulte de tout fait ou d'une succession de faits ayant la même origine, pour autant que le ou les fait(s) ou que les dommages causés résultent ou soient la conséquence de propriétés radioactives, nocives, explosives ou autrement dangereuses de matières fissiles, de produits radioactifs ainsi

que du dommage causé directement ou indirectement par toute source de rayons ionisants;

- résulte d'une opération de chirurgie esthétique ou d'autres opérations chirurgicales, sauf dans les cas où elles sont médicalement nécessaires.

Sauf indication contraire explicite dans les Conditions Particulières, la couverture n'est jamais accordée lorsque, et dans la mesure où, l'incapacité de travail est causée ou aggravée par

- l'usage, en tant que pilote, conducteur ou passager, d'un moyen de transport à moteur ou tiré par des animaux durant des compétitions, concours, entraînements ou essais en vue de ce type de compétitions;
- l'exercice, dans l'esprit de compétition (y compris l'entraînement), du cyclisme, de l'équitation et des sports d'hiver, ou d'une course de vitesse, de paris ou de défis;
- l'exercice, en professionnel, de n'importe quel sport;
- l'exercice des sports suivants: alpinisme, sports de combat (boxe, catch, jiu-jitsu, karaté, lutte, ...), saut en parachute, saut à l'élastique, saut de trampoline, «skeleton», saut à ski, saut d'obstacles, nage, plongée sous-marine avec appareil de respiration autonome, rugby, planeur, deltaplane, l'ULM et rafting;
- des explorations archéologiques, spéléologiques ou des fonds marins;
- les risques suivants, propres aux activités professionnelles de l'assuré:
- la chute d'une hauteur de plus de 10 mètres;
- la descente dans des puits, des mines ou carrières souterraines et des travaux à des installations électriques à haute tension;
- la manipulation d'appareils à explosion ou de matières explosives et de produits mordants;
- une grossesse ou un accouchement. Si l'incapacité de travail perdure plus de 90 jours après l'accouchement (ou la fin de la grossesse), l'incapacité de travail (ainsi que le délai d'attente repris dans les Conditions Particulières) est censée débiter au 91ème jour. L'incapacité de travail sera néanmoins prise normalement en considération si elle a nécessité une hospitalisation de plus de 14 jours.

Article 6 : Période de paiement

Les Conditions Particulières indiquent le délai d'attente qui doit être écoulé avant que le droit aux prestations d'assurance prenne cours. Le délai d'attente court à partir de la date du début de l'incapacité de travail. Le délai d'attente repris dans les Conditions Particulières s'applique à toutes les couvertures reprises dans les Conditions Particulières. Le délai d'attente s'applique à toute augmentation des prestations assurées qui provient d'une nouvelle cause d'incapacité de travail.

Les Conditions Particulières peuvent prévoir le 'rachat du délai d'attente'. Dans ce cas, le droit à la (aux) rente(s) d'incapacité de travail naît dès le premier jour d'incapacité de travail à condition que l'incapacité de travail soit totale et ininterrompue durant le délai d'attente.

Dès que l'assuré atteint l'âge de 60 ans, un délai d'attente de 365 jours s'applique si l'incapacité de travail est provoquée par une maladie. Les rentes d'incapacité de travail sont versées ou attribuées au plus tard jusqu'au terme inscrit dans les Conditions Particulières pour la couverture concernée ou jusqu'au décès antérieur de l'assuré.

Article 7 : Déclaration de sinistre et versements

Tout sinistre qui peut donner lieu à une (majoration ou prolongation de l') intervention de la Compagnie doit lui être déclaré au plus tard dans les 30 jours. En cas de déclaration tardive, Delta Lloyd Life peut réduire son intervention du montant du préjudice qu'elle 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. En cas d'accident, la déclaration doit mentionner la nature, le lieu, la date et l'heure de l'accident et les circonstances dans lesquelles il est survenu, ainsi que l'identité et l'adresse des témoins éventuels. La Compagnie peut solliciter tous documents complémentaires à cette fin. Tous les intéressés à l'intervention de la Compagnie sont tenus d'apporter toute collaboration possible afin que les examens et les contrôles jugés utiles par la Compagnie puissent être effectués le plus rapidement possible et sont tenus d'autoriser et de demander à tous les médecins qui administrent ou qui ont administré des soins à l'assuré de communiquer au médecin-conseil de la Compagnie tous les renseignements que la Compagnie sollicite, tout ceci tant lors de la survenance de l'incapacité de travail que dans le cadre du suivi médical ultérieur. 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, la Compagnie peut refuser ou interrompre totalement ou partiellement son intervention.

Après déclaration du sinistre et sur la base des renseignements fournis et des résultats d'examen éventuels, la Compagnie confirme si son intervention est accordée, ainsi que la date du début de l'incapacité de travail et le degré d'incapacité de travail (et le cas échéant, le caractère permanent de l'incapacité de travail totale et le moment auquel le caractère permanent de l'incapacité de travail totale est établi) et communique sa position au(x) bénéficiaire(s). Elle est censée être acceptée si l'assuré n'a pas signalé par lettre recommandée, dans les 16 jours après cet avis, qu'il n'est pas d'accord.

En cas d'attribution ou de versement d'une rente d'incapacité de travail, tant l'assuré que la Compagnie ont toujours le droit de soumettre le degré d'incapacité de travail à une révision. Toute modification de l'état de santé de l'assuré qui entraîne ou qui pourrait entraîner une diminution du degré d'incapacité de travail doit être communiquée spontanément à la Compagnie dans les 30 jours. Sinon, la Compagnie exige le remboursement de toutes sommes versées ou attribuées 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 la Compagnie sont intentionnellement omis ou non signalés, la Compagnie peut refuser son intervention ou y mettre fin et réclamer le remboursement de toutes sommes versées ou attribuées indûment, majorées des intérêts légaux. La Compagnie se réserve en outre le droit de résilier les assurances complémentaires. Les primes payées restent acquises à la Compagnie.

Article 8 : Bénéficiaires

Sauf stipulé autrement dans les Conditions Particulières, l'assuré est le bénéficiaire de la couverture RRP et le preneur d'assurance est le bénéficiaire des couvertures EP et RFG.

Article 9 : Paiement de la prime

Le montant de la prime est déterminé aux Conditions Particulières. La prime est perçue en même temps et selon les mêmes modalités que la prime afférente à l'assurance principale. A tout instant et indépendamment de l'assurance principale, le preneur d'assurance peut mettre fin au paiement de la prime de l'assurance complémentaire.

Article 10 : Modification des conditions générales ou du tarif

La Compagnie se réserve le droit de modifier les conditions générales et/ou le tarif dans les limites imposées par les dispositions de la loi sur les assurances

terrestres. Lorsque la Compagnie modifie ses conditions générales, le preneur d'assurance en sera informé par écrit. Si la Compagnie change son tarif, elle a le droit d'appliquer le nouveau tarif à partir de la prochaine date d'échéance, après en avoir averti le preneur d'assurance par écrit. Le preneur d'assurance peut résilier cette garantie complémentaire dans un délai de trente jours suivant la réception de cette communication.

Article 11 : Résiliation, rachat et réduction par le preneur d'assurance

Le preneur d'assurance a le droit de mettre fin à tout moment aux assurances complémentaires, indépendamment de l'assurance principale. La résiliation, le rachat ou la réduction de l'assurance principale implique la mise à fin de toutes les assurances complémentaires. Les assurances complémentaires n'ont jamais de valeur de réduction ni de rachat.

Article 12 : Non-paiement d'une prime

En cas de non-paiement de la prime pour un contrat avec des garanties complémentaires, une lettre recommandée est envoyée au preneur d'assurance afin de l'inviter à payer. Si le preneur d'assurance ne donne pas suite à cette lettre recommandée, les garanties complémentaires seront annulées. Cela se fait 30 jours après que la Compagnie en ait informé le preneur d'assurance par lettre recommandée. Pendant cette période, le preneur d'assurance a la possibilité d'effectuer le paiement.

Article 13 : Déclaration de toute modification d'activité professionnelle

Lors de l'acceptation du risque d'incapacité de travail et pour le calcul de la prime y afférente, la Compagnie tient compte de l'activité professionnelle exercée par l'assuré.

Toute modification de la nature de l'activité professionnelle doit être signalée par écrit dans les 30 jours à la Compagnie.

Si le changement d'activité professionnelle impliquait un changement du risque tel que la Compagnie aurait accordé la couverture incapacité de travail sous d'autres conditions, elle propose, dans le mois à compter de l'avis susvisé, d'adapter les conditions de la couverture avec effet à la date de l'aggravation du risque ou à la date à laquelle la Compagnie a eu connaissance de la diminution du risque.

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

Si un sinistre survenait avant que l'aggravation du risque n'ait été communiquée à la Compagnie, le versement est réglé sur la base des prestations qui auraient été assurées avec la prime réellement payée, en tenant compte des caractéristiques modifiées du risque. Si, cependant, la Compagnie peut fournir la preuve qu'elle n'aurait pas accordé la couverture d'incapacité de travail dans les circonstances modifiées, elle peut limiter la prestation au remboursement

de toutes les primes payées pour le risque concerné. Si le fait de ne pas communiquer l'aggravation du risque relève d'une intention frauduleuse, la Compagnie peut refuser toute prestation et toutes les primes échues au moment où elle prend connaissance de l'omission frauduleuse lui revient à titre de dédommagement.

Article 1 : Définitions

Dans ces Conditions Générales et dans les Conditions Particulières on entend par:

Accident

Un événement soudain, provoquant une blessure corporelle et dont la cause ou au moins une des causes est extérieure c.-à.-d. indépendamment de l'état mental ou physique de la victime. Sont assimilés aux accidents:

- le sauvetage de personnes (et de biens) qui sont en danger;
- les piqûres d'insectes ou les morsures d'animaux;
- la chute involontaire dans l'eau ou l'inhalation involontaire de gaz ou de vapeurs dont la fuite était imprévisible;
- la foudre.

Ne sont pas considérés comme un accident:

- le suicide;
- les maladies et leurs conséquences, les attaques d'apoplexie, d'épilepsie ou analogues, quelle qu'en soit la cause, ainsi que les lésions corporelles provoquées par ces attaques.

Article 2 : Description de la couverture

La présente assurance, appelée 'Accidents', est une assurance complémentaire à une assurance vie, appelée assurance principale. Les Conditions Générales et Particulières de l'assurance 'Accidents' doivent être lues ensemble avec les Conditions Générales et Particulières de l'assurance principale. Les Conditions Générales et Particulières de l'assurance principale sont applicables à l'assurance 'Accidents', sauf dans les cas où ces Conditions Générales 'Accidents' le stipulent autrement.

Par cette assurance complémentaire, la Compagnie s'engage à verser le capital stipulé aux Conditions Particulières aux bénéficiaires, lorsque l'assuré est victime d'un accident entraînant sa mort dans un délai maximal de 365 jours. La couverture n'est valable que si l'accident se produit au plus tôt à la date d'effet de la couverture (ou de l'augmentation de la couverture (en ce qui concerne l'augmentation) ou de la remise en vigueur de la couverture) et avant la date terme de la couverture 'Accidents' mentionnée aux Conditions Particulières.

Article 3 : Territorialité et exclusions

Cette couverture est en principe valable dans le monde entier. Sont exclus de la présente assurance complémentaire:

- l'accident survenu alors que l'assuré était en état d'ébriété ou sous l'influence de stupéfiants, à moins que l'assuré ou ses ayants droit n'apportent la preuve de l'absence de lien entre l'accident et cet état;
- l'accident survenu durant la participation à des courses de vitesse avec des véhicules ou lors de l'entraînement en vue de ce type de compétition; ou bien durant l'exercice d'un sport ou d'un entraînement avec but lucratif;
- l'accident résultant d'un acte audacieux de l'assuré, de témérité ou de tout acte dangereux qui ne se justifie pas par une nécessité contraignante;
- le décès qui est directement ou indirectement la conséquence d'une maladie ou d'infirmités existantes déjà avant l'accident;
- l'accident causé directement ou indirectement par un fait de guerre, une révolte, une manifestation, un duel, une lutte, une rixe ou une querelle;
- l'accident qui découle directement ou indirectement d'une réaction atomique, de la radioactivité et de rayons ionisants;
- l'accident découlant d'un risque non couvert par l'assurance principale, ou qui, dans l'assurance principale, est couvert par un accord particulier;

Article 4 : Déclaration de sinistre et versements

Tout accident provoquant ou susceptible de provoquer le décès de l'assuré doit être communiqué à la Compagnie au plus tard dans les 30 jours. En cas de déclaration tardive, la Compagnie peut réduire son intervention du montant du préjudice qu'elle 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. Cette déclaration doit mentionner le lieu, la date et l'heure du décès ainsi que les circonstances dans lesquelles il est survenu.

Article 5 : Bénéficiaires

Sauf stipulé autrement dans les Conditions Particulières, les bénéficiaires sont identiques aux bénéficiaires de l'assurance principale.

Article 6 : Paiement de la prime

Le montant de la prime est déterminé aux Conditions Particulières. La prime est perçue en même temps et selon les mêmes modalités que la prime afférente à l'assurance principale. A tout instant et indépendamment de l'assurance principale, le preneur d'assurance peut mettre fin au paiement de la prime de l'assurance complémentaire.

Article 7 : Modification des conditions générales ou du tarif

La Compagnie se réserve le droit de modifier les conditions générales et/ou le tarif dans les limites imposées par les dispositions de la loi sur les assurances terrestres. Lorsque la Compagnie modifie ses conditions générales, le preneur d'assurance en sera informé par écrit. Si la Compagnie change son tarif, elle a le droit d'appliquer le nouveau tarif à partir de la prochaine date d'échéance, après en avoir averti le preneur d'assurance par écrit. Le preneur d'assurance peut résilier cette garantie complémentaire dans un délai de trente jours suivant la réception de cette communication.

Article 8 : Résiliation, rachat et réduction par le preneur d'assurance

Le preneur d'assurance a le droit de mettre fin à tout moment à cette assurance complémentaire, indépendamment de l'assurance principale. La résiliation, le rachat ou la réduction de l'assurance principale implique la mise à fin de cette assurance complémentaire. Cette assurance complémentaire n'a jamais de valeur de réduction ni de rachat.

Article 9 : Non-paiement d'une prime

Si la prime reste impayée plus de 30 jours après son échéance, il est automatiquement mis fin aux couvertures complémentaires.

En cas de non-paiement de primes pour un contrat avec des garanties complémentaires, une lettre recommandée est envoyée au preneur d'assurance afin de l'inviter à reprendre ses paiements. Si le preneur d'assurance ne donne pas suite à cette lettre recommandée dans les 30 jours suivant l'envoi, les garanties complémentaires seront annulées.

Delta Lloyd Life S.A.
Avenue Fonsny, 38
1060 Bruxelles

Tél. : +32 (0)2 238 88 11
Fax : +32 (0)2 238 88 99
TVA BE 0403 280 171
RPM Bruxelles
www.deltalloydlife.be

Delta Lloyd Life SA, entreprise d'assurances agréée par la BNB (Boulevard de Berlaimont 14, 1000 Bruxelles) et la FSMA (Rue du Congrès 12-14, 1000 Bruxelles) sous le n° de code 167 pour les Branches vie 21, 22, 23 et 27, la Branche 26 capitalisation ainsi que les branches d'assurances relevant du groupe d'activités non vie sauf assistance (A.R. 29.3.79 - 18.1.82 - 17.10.88 - 30.3.93 - M.B. 14.7.79 - 23.1.82 - 4.11.88 - 7.5.93 - 10.8.03), dont le siège social est situé Avenue Fonsny 38, 1060 Bruxelles, Belgique - TVA BE 0403 280 171- RPM Bruxelles- Compte Bancaire : 646-0302680-54 - IBAN BE42 6460 3026 8054 - BIC BNAGBEBB.