

CHAPITRE 1 : DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 1.1 : Références

Ces conditions générales portent la référence 114538-ELITIS BLUECOVERIPT-20160500.

Article 1.2 : Définitions

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

La Compagnie : Fédérale Assurance, Association d'Assurances Mutuelles sur la Vie, Rue de l'Etuve 12, 1000 Bruxelles – Belgique, www.federale.be.

Entreprise d'assurances agréée sous le n° de code 0346, RPM Bruxelles TVA BE 0408.183.324, Compte financier BIC : BBRUBEBB IBAN : BE64 3100 7685 9452.

La Société : Elitis Protection SA, boulevard Baudouin 1er, 25 à 1348 Louvain-la-Neuve, enregistrée sous le n° FSMA 114538A, mandatée pour conclure et gérer au nom et pour compte de la Compagnie le présent contrat. www.elitisprotection.be

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

L'affilié : la personne physique sur la tête de laquelle l'assurance est conclue. L'affilié doit avoir la qualité de dirigeant d'entreprise indépendant auprès du preneur d'assurance.

Le bénéficiaire : la (les) personne(s) en faveur de laquelle (desquelles) sont stipulées les prestations d'assurance. Le(s) bénéficiaire(s) est (sont) désigné(s) par l'affilié.

La prime : le montant payable par le preneur d'assurance en contrepartie des engagements de la Société. Ce montant ne comprend ni la taxe sur les opérations d'assurance visée à l'article 1.13 ni le forfait de gestion.

Le forfait de gestion : forfait destiné à couvrir les frais de gestion de la Société.

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

Engagement Individuel de pension (E.I.P.) : le contrat est destiné à financer l'engagement de pension du preneur d'assurance au profit de l'affilié en cas de décès de ce dernier. Le contrat incorpore l'engagement de pension.

Article 1.3 : Objet du contrat Blue Cover

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. Les dispositions spécifiques de l'assurance décès se trouvent au chapitre 2.

Article 1.4 : Bases légales du contrat et hiérarchie des conditions

La garantie décès est régie par les dispositions de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances ainsi que 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 et les conditions particulières. 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'affilié concernant toutes les circonstances connues d'eux et qu'ils doivent raisonnablement considérer comme constituant pour la Société 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'affilié en vue d'éclairer la Société sur les risques à couvrir.

Lorsqu'une omission ou inexactitude intentionnelles dans la déclaration induisent la Société en erreur sur l'appréciation du risque, le contrat d'assurance est nul. Les primes échues jusqu'au moment où la Société 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'affilié. En cas d'inexactitude sur l'âge de l'affilié, les prestations de chacune des parties sont augmentées ou réduites en fonction de l'âge réel de l'affilié qui aurait dû être pris en considération.

Article 1.6 : Date de prise d'effet du contrat - Résiliation

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 Société de l'ensemble des documents requis, dûment complétés et signés et ne comportant aucune rature ou rajout manuscrit.

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 société rembourse la prime payée (y compris le forfait de gestion), déduction faite des primes consommées pour la couverture du risque.

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 Société rembourse la prime payée (y compris le forfait de gestion), déduction faite des primes consommées pour la couverture du risque.

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 de la garantie souscrite en cas de non-paiement est précisé à l'article 2.5. Toutes les primes et frais actuels et à venir de la garantie souscrite 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 Société. En outre, la Société 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 ou de l'affilié, telles que l'envoi d'un courrier recommandé.

Article 1.8 : Bénéficiaires

L'affilié désigne librement les bénéficiaires. Il peut révoquer ou modifier cette désignation à tout moment par écrit à la Société, sauf si le bénéficiaire a accepté expressément le bénéfice du contrat dans un avenant signé par lui-même, le preneur d'assurance et la Société.

Article 1.9 : Liquidation des prestations assurées

Dès que la Société 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 : Informations médicales

L'affilié autorise, dès à présent, son médecin traitant à transmettre, au médecin-conseil de la Compagnie, les certificats médicaux nécessaires à la conclusion et à l'exécution du contrat, y compris le certificat médical de décès avec mention de la cause originelle du décès, conformément à la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances. L'affilié dispense ou exonère à cette fin tous les médecins qui l'ont traité, les institutions de soins, les assureurs-loi ou tous autres organismes, du secret médical. L'affilié donne, dès à présent, son consentement écrit quant au traitement des données médicales le concernant, et notamment celles mentionnées dans le certificat médical attestant la cause de son décès, par le médecin-conseil de la Compagnie et par les personnes désignées à l'article 1.17. Les données médicales seront directement transmises à la Société à l'intention du médecin-conseil de la Compagnie.

Article 1.12 : Modification du contrat

La Société 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, notamment au point de vue de l'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 1.13 : 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). Les primes versées par le preneur d'assurance peuvent dans les limites de la législation en vigueur être déductibles au titre de charges professionnelles. Les prestations versées en cas de décès avant le terme du contrat font l'objet de prélèvements :

Cotisation INAMI	3,55% ⁽¹⁾
Cotisation de solidarité	Maximum 2% (0% - 2%) ⁽²⁾
Imposition à l'IPP au taux distinct	16,5% ou 10% ⁽³⁾

(1) Retenue INAMI de 3,55% si le bénéficiaire est le conjoint de l'affilié

(2) Cotisation de solidarité de maximum 2% (0% - 2%) si le bénéficiaire est le conjoint de l'affilié

(3) Imposition au taux distinct de 16,5% (10% si le capital est liquidé après 65 ans et si l'affilié-défunt est demeuré professionnellement actif jusqu'à cet âge).

L'impôt est majoré des additionnels communaux.

En cas de décès de l'affilié, les sommes dues au(x) bénéficiaire(s) sont déclarées à l'Administration générale de la documentation patrimoniale en vue d'une éventuelle perception de droits de succession ; si, suite au décès de l'affilié, 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.

Le traitement fiscal dépend de la situation individuelle de chaque affilié/preneur d'assurance/bénéficiaire et est susceptible d'être modifié ultérieurement.

Article 1.14 : Fonds spécial de protection

Le Fonds spécial de protection n'intervient pas pour les assurances d'engagement individuel de pension

Article 1.15 : Changement de domicile – Plaintes – Jurisdiction – Notifications

En vertu de la réglementation FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act), la Société est dans l'obligation de communiquer aux autorités fiscales compétentes les données des personnes physiques ou morales qui sont considérées comme "US Person". La Société prend toutes les dispositions administratives nécessaires pour satisfaire aux obligations légales.

Toute plainte éventuelle relative au contrat d'assurance peut être adressée par courrier à Elitis Protection, boulevard Baudouin 1er 25 – 1348 Louvain-la-Neuve ou par e-mail à info@elitisprotection.be. Si le preneur d'assurance ne trouve pas la solution auprès des contacts susmentionnés, il peut s'adresser à l'Ombudsman des Assurances, Square de Meeûs 35, 1000 Bruxelles, ou envoyer un e-mail à : info@ombudsman.as.

Cette procédure n'exclut pas la possibilité d'intenter une action en justice. Les tribunaux belges sont compétents pour les litiges éventuels en rapport avec le contrat d'assurance, sauf disposition contraire des articles 4, 5, 8 à 14 du règlement européen n° 12152012 du Conseil du 12 décembre 2012 sur la compétence judiciaire, la reconnaissance et l'exécution des décisions en matière civile et commerciale. Le présent contrat est régi par le droit belge sauf disposition contraire de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances (articles 313 à 319 compris).

La langue dans laquelle les informations (pré)contractuelles applicables sont rédigées et qui est/sera dans le futur utilisée pour toute communication avec le preneur d'assurance est le français ou le néerlandais au choix du preneur d'assurance. Vous pouvez vous adresser à la Société ou demander des documents en

français ou en néerlandais, selon votre choix. Sauf mention contraire, les communications ont lieu par écrit. Les notifications à adresser à la Société sont valablement faites à l'adresse de la Société. Toute notification d'une partie à l'autre est censée être faite deux jours après la date de son dépôt à la poste. Toute communication à la Compagnie est valablement faite à la Société.

Article 1.16 : Territorialité

Sous réserve des dispositions prévues à l'article 2.8., le risque de décès est assuré dans le monde entier conformément aux conditions particulières.

Article 1.17 : Renseignements sur la protection de la vie privée

Le preneur d'assurance et l'affilié autorisent la Société et le cas échéant la Compagnie, en tant que responsables du traitement, à traiter toutes les données à caractère personnel, dans la mesure où c'est légalement obligatoire ou autorisé, ou dans la mesure où c'est nécessaire ou recommandé en vue de la gestion et l'exécution des contrats conclus, l'évaluation de la relation client, l'évaluation du risque, la prévention des abus et la lutte contre la fraude.

La Société et le cas échéant la Compagnie peuvent conclure des contrats de prestations de services avec des tiers qui traiteront pour elles certaines données de la clientèle dans le cadre de leurs missions. La Compagnie et la Société prendront les mesures qui s'imposent pour que ces tiers préservent la confidentialité des données et pour garantir la sécurité de ces données, en particulier aussi lorsque cette collaboration implique le transfert de données à caractère personnel dans des pays situés hors de l'Union européenne, dont la législation n'offre pas un niveau de protection équivalent à celui qui est d'application en Belgique ou dans l'Union européenne.

Le preneur d'assurance et l'affilié donnent à la Société l'autorisation de communiquer leurs données à caractère personnel aux entreprises avec lesquelles elle est liée en vue de la transmission par téléphone, courrier, e-mail, fax etc. d'informations à des fins de marketing, promotion et autres sur leurs produits ou services. Le preneur d'assurance et l'affilié ont le droit de s'y opposer en envoyant un mail à info@elitisprotection.be ou en prenant contact avec leur courtier d'assurances. Le preneur d'assurance et l'affilié ont le droit d'accès et de correction de leurs données personnelles. Ils peuvent faire une demande par écrit auprès de la Société en joignant une copie de leurs cartes d'identité. Ils peuvent également consulter le Registre public auprès de la Commission pour la protection de la vie privée (La loi du 8/12/1992 relative à la protection de la vie privée en ce qui concerne le traitement des données personnelles).

Article 1.18 : Protection du consommateur

À la suite de l'entrée en vigueur de la réglementation Twin Peaks II (loi du 30 juillet 2013) qui a pour but de protéger les intérêts du client, la Société a intégré sur son site internet des informations concernant ses politiques de rémunération et d'identification, de gestion et de contrôle des conflits d'intérêts pouvant survenir au sein de la Société et/ou entre la Société et les tiers. Vous trouverez plus d'informations concernant ces politiques sur son site internet.

La Compagnie a également élaboré une politique interne visant à détecter, prévenir et gérer les éventuels conflits d'intérêts pouvant porter préjudice aux intérêts des preneurs d'assurance. Elle veille au respect des dispositions légales et réglementaires en la matière et applique des normes internes strictes. Les mesures applicables sont adaptées à la nature du service presté et ont trait, entre autres, aux principes d'une information claire à propos des conflits d'intérêts éventuels, la prévention d'abus d'influence et l'application stricte des dispositions légales et réglementaires. Le preneur d'assurance peut, sur simple demande adressée à la Société, obtenir de plus amples informations à propos de la politique de la Compagnie en matière de gestion des conflits d'intérêts. Les mêmes informations sont disponibles sur le site internet de la Compagnie.

Article 1.19 : Spécifications du tarif

Un tarif d'expérience détermine le coût de l'assurance. Le tarif n'est pas garanti et la Compagnie se réserve le droit d'adapter le tarif en cours de contrat.

Le tarif ne peut être révisé que collectivement, pour tous les contrats qui bénéficient d'un même tarif d'expérience. Il ne peut être revu que pour des raisons objectives, c'est-à-dire si la révision est imposée par la loi ou une autorité chargée du contrôle ou si la Compagnie s'aperçoit que de nouvelles statistiques de mortalité différent significativement de celles utilisées pour la détermination du tarif en vigueur. Une révision peut signifier une diminution ou une augmentation du tarif.

Le preneur d'assurance sera averti par écrit dans le cas où la révision entraînerait une augmentation de la prime ou une diminution des garanties assurées. La Société considérera que le preneur d'assurance accepte l'adaptation tarifaire s'il n'a pas réagi dans les 30 jours.

Article 1.20 : Politique de segmentation tarifaire

Pour établir la tarification de la couverture du risque, la Compagnie a tenu compte de critères de segmentation.

Vous trouverez plus d'informations concernant la politique de segmentation sur le site de la Société ou sur le site de la Compagnie.

Article 1.21 : Personnes présentant un risque de santé accru (loi Partyka)

Conformément aux dispositions légales et réglementaires, le candidat à l'assurance qui présente un risque de santé accru peut, sous certaines conditions, bénéficier d'une intervention dans la prime au moment de la souscription d'une assurance solde restant dû servant à garantir le remboursement du capital d'un crédit hypothécaire contracté en vue de la transformation ou de l'acquisition de l'habitation propre et unique.

CHAPITRE 2 : DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES DE L'ASSURANCE DÉCÈS

Article 2.1 : Définitions

L'assurance "temporaire décès à capital constant" est celle qui assure un capital décès constant pendant une durée déterminée.

L'assurance "temporaire décès à capital décroissant" (assurance de solde restant dû) est celle qui assure un capital décès décroissant pendant une durée déterminée qui correspond généralement à la durée du crédit hypothécaire.

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

La valeur de rachat : elle correspond à 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 Société de la valeur de rachat.

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

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

Article 2.2 : Objet de l'assurance décès

L'objet de l'assurance décès est de garantir, en cas de décès de l'affilié, le paiement au(x) bénéficiaire(s) des prestations "décès" fixées aux conditions particulières. Si l'affilié 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 : 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.

Cependant, la conversion, la réduction et le rachat ne s'appliquent pas aux contrats d'assurances temporaires en cas de décès dont les primes sont payables pendant une période supérieure à la moitié de la durée du contrat.

Article 2.4 : 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, signé et adressé à la Société :

- signifier sa volonté de ne plus payer ses primes. La Société 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 seront subordonnés à l'accord préalable du (des) bénéficiaire(s) acceptant(s) éventuel(s). 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 Société est signée pour accord par le preneur d'assurance.

Article 2.5 : 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.

La conversion et le rachat ne s'appliquent pas aux contrats d'assurances temporaires en cas de décès à capital constant ou décroissant dont les primes sont payables pendant une période supérieure à la moitié de la durée du contrat. Ces contrats sont résiliés 30 jours après l'envoi de la lettre recommandée.

Article 2.6 : 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 de 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 2.7 : Paiement des prestations assurées

Les prestations dues par la Compagnie sont payées par la Société 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'affilié ;
- un certificat de vie de l'affilié.

2. en cas de décès de l'assuré :

- l'exemplaire original signé du contrat et de ses avenants éventuels ;
- un extrait de l'acte de décès de l'affilié mentionnant sa date de naissance ;
- le certificat médical ad hoc de la Société, complété par un médecin, indiquant la cause originelle du décès ;
- la déclaration de décès ad hoc de la Société 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) ;
- si le(s) bénéficiaire(s) n'a (ont) pas été désigné(s) nommément, un certificat ou un acte d'hérédité établissant les droits du (des) bénéficiaire(s) sera requis et, dans l'hypothèse où la prestation d'assurance doit être versée à la succession, qui ne fait pas mention de dettes sociales ou fiscales dans le chef du (des) bénéficiaire(s) ou de l'affilié.

La Société s'engage à informer immédiatement la Compagnie du décès de l'affilié.

En cas de perte du contrat original, le(s) bénéficiaire(s) devra (devront) signer une déclaration de perte. La Société peut exiger la légalisation des signatures revêtant la quittance de règlement. Est libératoire le paiement fait par la Société 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 Société peut compenser avec les prestations exigibles le montant des primes échues non payées et des taxes et frais éventuels.

Article 2.8 : Exclusions en cas de décès

Suicide de l'assuré

Le suicide de l'affilié 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 couverte.

Fait intentionnel

La Société n'a pas l'obligation de verser des prestations d'assurance au(x) bénéficiaire(s) ayant causé intentionnellement ou ayant instigué la mort de l'affilié. Dans ce cas, l'assureur peut agir comme si cette (ces) personne(s) n'est (ne sont) pas bénéficiaire(s).

Navigation aérienne

1) Est couvert, sans surprime, le risque de décès par accident survenu à l'affilié 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 ; en tant qu'amateur, et ce, dès le début de l'instruction au pilotage, pour autant qu'il s'agisse d'avions standards de tourisme.

2) Sont exclus sauf convention contraire :

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

b) le risque de décès consécutif à la pratique d'un des sports aériens suivants : L'aérostat, le deltaplane ou les ailes delta, l'U.L.M. ou le D.P.M., le parapente, le saut à l'élastique, le benji ainsi que le parachutisme sauf dans le cas de force majeure survenu dans les conditions précisées sous 1) ci-dessus.

3) Est exclu, sans possibilité de couverture, le risque de décès par accident survenu à l'affilié :

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.

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'affilié participe activement aux hostilités.

2) Lorsque le décès de l'affilié 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'affilié, le preneur d'assurance obtient la couverture du risque de guerre pour autant que l'affilié ne participe pas activement aux hostilités ;

b) si l'affilié 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 Société, le paiement d'une surprime, la mention expresse dans les conditions particulières et pour autant que l'affilié ne participe pas activement aux hostilités.

Pour les assurés qui participent aux missions étrangères des forces armées belges, les risques visés aux points 1) et 2) ci-dessus peuvent être couverts par convention particulière, aux conditions communiquées par la Société aux assurés qui lui en font la demande.

Émeutes

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, est couvert pour autant que l'affilié ne prenne aucune 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.

Transmutation de noyaux ou de la radioactivité

Le décès de l'affilié 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 2.9 : Montant à liquider en cas de décès non couvert

Dans les cas d'exclusions prévues à l'article 2.8, la Société paie la valeur de rachat théorique calculée au jour du décès. Dans le cas d'un acte intentionnel causé par un des bénéficiaires, les prestations assurées seront payées aux autres bénéficiaires pour autant qu'ils n'aient pas participé à l'acte intentionnel ou l'aient instigué.

Article 2.10 : Terrorisme

Le décès résultant d'un acte de terrorisme tel que défini par la loi du 1er avril 2007 relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme, est couvert. Dans ce cas, les modalités et limites suivantes sont d'application :

- la Compagnie est affiliée à la personne morale ASBL TRIP (Terrorism Reinsurance and Insurance Pool – www.tripasbl.be) constituée conformément à l'article 4 de la loi du 1er avril 2007 précitée. Par conséquent, la couverture décès tombe sous la limitation légale prévue par année civile pour tous les engagements de l'ensemble des entreprises d'assurances membres de l'ASBL pour les dommages causés par tous les événements reconnus comme relevant du terrorisme ;
- la limite annuelle précitée s'élève à 1 milliard d'euros. Chaque 1er janvier, ce montant est adapté à l'évolution de l'indice des prix à la consommation, l'indice de base étant celui de décembre 2005. En cas d'adaptation légale ou réglementaire du montant de base, le montant modifié sera automatiquement appliqué dès la première échéance du contrat suivant la modification, sauf si le législateur a prévu explicitement un autre régime transitoire ;
- si le total des indemnités calculées ou estimées excède le montant cité dans le précédent alinéa, une règle proportionnelle est appliquée : les indemnités à payer sont limitées à concurrence du rapport entre le montant cité dans le précédent alinéa (ou les moyens encore disponibles pour l'année civile concernée) et les indemnités à payer imputées à cette même année civile ;
- l'application de la loi du 1er avril 2007, la hauteur des engagements des entreprises d'assurances ainsi que les délais et pourcentages d'indemnisations sont soumis aux décisions du Comité constitué conformément aux articles 5 et suivants de la loi du 1er avril 2007. Si une modification de la législation met fin à l'obligation de couvrir les dommages causés par le terrorisme, les dispositions qui précèdent ne seront plus d'application et le risque de terrorisme ne sera plus couvert à partir de la date de la prise d'effet de la modification. La Société se réserve également le droit d'adapter d'office toute autre disposition concernant le risque de terrorisme en fonction des modifications de la législation concernée.