

Engagement Individuel de Pension pour indépendants

Pension Libre Complémentaire pour Indépendants

Conditions Générales

Assurances Complémentaires

Les présentes conditions générales régissent les dispositions propres applicables aux assurances complémentaires.

Article 1

DISPOSITIONS GENERALES

Les conditions générales de l'assurance principale sont applicables à l'assurance complémentaire dans la mesure où les clauses qui sont propres aux assurances complémentaires n'y dérogent pas.

Les assurances complémentaires n'ont d'effet que si elles sont indiquées aux conditions particulières du contrat d'assurance principal.

Article 2

QUE FAUT-IL ENTENDRE PAR ?

L'ACCIDENT

Tout événement soudain et fortuit qui produit une lésion corporelle objectivement constatable et dont une des causes est extérieure à l'organisme de l'assuré et indépendante de sa volonté ou de celle du bénéficiaire.

Sont assimilés à des accidents :

- la noyade ;
- les lésions subies lors du sauvetage de personnes ou de biens en péril ;
- les intoxications et brûlures résultant, soit de l'absorption involontaire de substances toxiques ou corrosives soit du dégagement fortuit de gaz ou de vapeurs.

Le suicide, la tentative de suicide et le décès de l'assuré suite à une euthanasie ne sont pas des accidents. N'est pas non plus un accident le décès suite à une euthanasie pratiquée sur l'assuré en raison d'une affection qui est la conséquence d'un accident.

LA MALADIE

Toute altération non accidentelle de la santé de l'assuré présentant des symptômes objectifs et reconnue par un médecin légalement autorisé à pratiquer son art, soit en Belgique, soit dans le pays où se trouve l'assuré au moment de la constatation de la maladie.

L'INVALIDITE ECONOMIQUE

Diminution de la capacité de travail réellement éprouvée par l'assuré résultant de l'invalidité physiologique dont il est atteint. Le degré en est fixé par la compagnie sur base des constatations médicales détaillées effectuées par son médecin-conseil ou par d'autres médecins désignés par ce dernier. Il est apprécié en tenant compte de la profession exercée par l'assuré en ordre principal et habituel ainsi qu'en raison des possibilités de réadaptation de l'assuré dans une ou plusieurs autres activités professionnelles compatibles avec ses connaissances, ses aptitudes physiques et sa situation économique existant avant la survenance de son invalidité. En tout état de cause, cette appréciation sera indépendante de tout autre critère économique.

L'INVALIDITE PHYSIOLOGIQUE

Diminution de l'intégrité physique de l'assuré dont le degré est déterminé :

- par référence au Barème Officiel Belge des Invalidités et à la jurisprudence belge en la matière ;
- par décision médicale dûment approuvée par le médecin-conseil de la Compagnie.

LE DELAI DE CARENCE

Période fixée dans les conditions particulières pendant laquelle les prestations ne sont pas dues. Cette période doit être observée pour chaque période d'invalidité.

Le délai de carence débute à la date fixée par décision médicale comme étant celle du début de l'invalidité.

LE DELAI D'ATTENTE

Période fixée dans les conditions particulières pendant laquelle les prestations ne sont dues à partir du premier jour d'invalidité que pour autant que cette invalidité ait une durée au moins égale au délai fixé aux conditions particulières.

Le délai d'attente débute à la date fixée par décision médicale comme étant celle du début de l'invalidité.

LE DELAI DE STAGE

Période pendant laquelle aucun sinistre ne donne pas lieu à indemnisation.

Le délai de stage débute à la date d'effet de la garantie.

Article 3

QUE PREVOIT L'ASSURANCE COMPLEMENTAIRE DU RISQUE D'ACCIDENT (DECES ET INVALIDITE TOTALE ET PERMANENTE) ?

L'assurance complémentaire du risque d'accident garantit le paiement d'un capital si l'assuré est victime d'un accident entraînant dans les 365 jours soit le décès soit une invalidité économique ou physiologique permanente dépassant 66 %.

Le capital accident assuré est fixé aux conditions particulières selon le choix du preneur d'assurance et ne donne pas lieu à de la participation bénéficiaire en cas de décès.

Article 4

QUE PREVOIT L'ASSURANCE COMPLEMENTAIRE DU RISQUE D'INCAPACITE DE TRAVAIL (EXONERATION, RENTE-REVENUS ET RENTE-FRAIS PROFESSIONNELS) ?

4.1. L'exonération du paiement des primes

En cas d'invalidité permanente ou temporaire, la compagnie prend à sa charge les versements réguliers du plan et de toutes les primes d'assurance complémentaire proportionnellement au degré d'invalidité et conformément aux règles d'intervention décrites au point 4.4.

La prise en charge des primes par la compagnie prend effet à la première échéance qui suit l'apparition de l'invalidité. S'il y a lieu, un prorata de prime est restitué au preneur d'assurance.

4.2. La rente-revenus

La garantie rente-revenus en cas d'incapacité de travail vise à permettre au bénéficiaire de maintenir un revenu pendant une période déterminée à la suite d'une perte de revenus professionnels occasionnée par l'invalidité économique subie par l'assuré.

En cas d'invalidité permanente ou temporaire, la compagnie verse mensuellement à l'assuré une rente à terme échu proportionnellement au degré d'invalidité et conformément aux règles d'intervention décrites au point 4.4.

Le montant annuel de la rente-revenus est fixé aux conditions particulières selon le choix du preneur d'assurance. Toutefois, la prestation est, dans tous les cas, limitée à 100 % de la moyenne des trois derniers revenus professionnels annuels bruts de l'assuré diminuée des interventions légales.

La souscription de la garantie rente-revenus nécessite la souscription de la garantie complémentaire exonération du paiement des primes.

Lors de la souscription, le preneur d'assurance peut opter pour une rente-revenus croissante annuellement de 3 % de manière géométrique pendant la période d'invalidité. La première augmentation prend effet à la fin de la première année qui suit le début de l'invalidité, indépendamment du délai de carence ou d'attente.

4.3. La rente-frais professionnels

La garantie rente-frais professionnels en cas d'incapacité de travail vise à permettre au bénéficiaire de conserver partiellement ses revenus professionnels à la suite d'une perte de revenus professionnels résultant de l'invalidité économique subie par l'assuré dirigeant qui est la conséquence d'un accident ou d'une maladie et dans le but notamment de permettre au bénéficiaire de continuer à couvrir ses frais professionnels fixes.

En cas d'invalidité permanente ou temporaire, la compagnie verse mensuellement au preneur d'assurance une rente à terme échu proportionnellement au degré d'invalidité et conformément aux règles d'intervention décrites au point 4.4. La durée maximale d'intervention pour la rente-frais professionnels est de 24 mois.

Le montant annuel de la rente-frais professionnels est fixé aux conditions particulières selon le choix du preneur d'assurance.

La souscription de la garantie rente-frais professionnels nécessite la souscription de la garantie complémentaire exonération du paiement des primes.

4.4. Quelles sont les règles d'intervention de la compagnie ?

La compagnie couvre uniquement l'invalidité économique dont est atteint l'assuré. Elle détermine le degré d'invalidité à appliquer en considérant le plus élevé des taux d'invalidité physiologique et économique de l'assuré. En outre, la compagnie n'accorde son intervention que si ce degré à appliquer est d'au moins 25 %.

Les prestations versées par la compagnie en exécution des garanties incapacité de travail «rente-revenus» et «rente-frais professionnels» constituent une réparation forfaitaire de la perte de revenus professionnels engendrée par l'invalidité économique que subit l'assuré. La référence à l'invalidité physiologique sert uniquement à déterminer le degré de l'invalidité et, par conséquent, le montant des prestations à accorder. Ceci ne modifie donc en rien le fait que cette garantie répare ou est censée réparer exclusivement l'invalidité économique subie par l'assuré.

Une invalidité dont le degré dépasse 66 % est considérée comme totale (100 %).

Si une modification dans l'état de santé de l'assuré entraîne un changement du taux d'invalidité, le pourcentage appliqué aux prestations sera modifié, en tenant compte du nouveau taux d'invalidité, à partir du jour où la compagnie en a été informée.

Aucune prestation n'est due durant le délai de carence ou le délai d'attente prévu aux conditions particulières. Ces délais s'appliquent également à toute augmentation des prestations entraînée par un nouvel accident ou une nouvelle maladie ayant pour conséquence d'aggraver l'invalidité existante reconnue.

Un délai de stage de 18 mois est d'application pour les invalidités résultant de maladies mentales ou de troubles psychiques.

En cas d'invalidité résultant d'un état de grossesse, un délai de stage de 9 mois est d'application. Pendant le congé légal de maternité, toutes les interventions légales sont déduites de l'intervention de l'assureur.

Le paiement des prestations invalidité prend fin, soit au décès de l'assuré, soit à la cessation de l'invalidité donnant droit à des prestations, soit lorsque la garantie complémentaire prend fin, soit à la fin de la période d'intervention choisie à la souscription et reprise dans les conditions particulières.

4.5. Que se passe-t-il en cas de préexistence d'une invalidité ?

L'ensemble des garanties s'exerce également sur les conséquences des maladies ou affections dont la première constatation médicale est antérieure à la souscription ou à l'augmentation de garanties si ces maladies ou affections ont été déclarées sur le questionnaire médical et si elles n'ont pas été exclues dans les conditions particulières.

Cependant, passé un délai de 2 ans après la souscription, la compagnie ne peut plus invoquer les omissions et inexactitudes non intentionnelles de l'assuré si elles se rapportent à une maladie ou à une affection dont les symptômes s'étaient déjà manifestés au moment de la conclusion du contrat et qui n'a pas été diagnostiquée dans ce même délai de 2 ans.

4.6. Que se passe-t-il en cas de rechute de l'invalidité ?

Si une nouvelle invalidité survient pour la même cause dans les 15 jours suivant la fin de l'invalidité, le délai de carence ou d'attente prévu aux conditions particulières ne sera pas appliqué.

Article 5

QUE PREVOIT L'ASSURANCE COMPLEMENTAIRE DU RISQUE DE MALADIES REDOUTEES ?

5.1. Principe

L'assurance complémentaire du risque de maladies redoutées prévoit le versement d'une rente payable mensuellement à terme échu pendant 12 mois maximum dès qu'il est diagnostiqué que l'assuré est atteint ou développe une maladie garantie et pour autant que ce dernier soit vivant au terme d'un délai de 30 jours après la déclaration du diagnostic. On entend par diagnostic la constatation clinique et paraclinique établie par un médecin.

Seules les personnes n'ayant jamais été atteintes par l'une des maladies redoutées couvertes peuvent adhérer à cette garantie.

Le montant annuel de la rente est fixé aux conditions particulières selon le choix du preneur d'assurance.

Les maladies couvertes au titre de la garantie maladies redoutées sont les suivantes :

■ Cancer

Maladie se manifestant par la présence d'une tumeur maligne caractérisée par le développement et la multiplication incontrôlée de cellules malignes et par l'invasion des tissus. Le diagnostic doit être confirmé par un examen histologique déterminé. Sont également considérés comme des cancers la leucémie et les affections malignes du système lymphatique telles que la maladie de Hodgkin.

Sont exclus :

- toute néoplasie intraépithéliale cervicale ;
- toute tumeur pré-maligne ;
- tout cancer non invasif ou in situ ;
- le cancer de la prostate de stade 1 (1a, 1b, 1c) ;
- les épithéliomes basocellulaires et spinocellulaires ;
- le mélanome malin stade IA (T1a N0 M0) ;
- toute tumeur maligne en présence de n'importe quel virus de l'immunodéficience humaine.

■ Crise cardiaque (infarctus du myocarde)

Nécrose d'une partie du muscle cardiaque résultant d'une mauvaise irrigation sanguine du cœur à l'endroit concerné.

Le diagnostic devra être affirmé sur l'ensemble de tous les critères suivants :

1. historique des douleurs typiques ressenties dans la poitrine ;
2. changements caractéristiques constatés sur le nouvel électrocardiogramme ;
3. niveau élevé des enzymes cardiaques spécifiques de l'infarctus, des troponines ou autres marqueurs biochimiques.

Sont exclus :

- l'infarctus du myocarde sans sus-décalage du segment ST avec élévation la seule de la troponine I ou T ;
- les autres syndromes coronariens aigus ;
- Infarctus du myocarde silencieux.

■ Accident vasculaire cérébral

Tout accident vasculaire cérébral produisant des séquelles neurologiques permanentes incluant un infarctus cérébral, une hémorragie ou une embolie provenant d'une source extra-crânienne. Il convient d'apporter la preuve de l'existence d'un dommage neurologique persistant pendant au moins 3 mois. Le diagnostic devra être confirmé par un spécialiste, se manifestant par les

symptômes cliniques caractéristiques et des résultats spécifiques démontrés au CCT scan ou IRM du cerveau.

Sont exclus :

- les accidents ischémiques transitoires ;
- lésion encéphalique traumatique ;
- attaques lacunaires sans déficit neurologique ;
- symptômes neurologiques causés par des migraines.

■ Insuffisance rénale grave

Insuffisance rénale terminale se présentant comme une déficience chronique irréversible du fonctionnement des 2 reins et nécessitant, soit un traitement par dialyse rénale effectuée régulièrement (hémodialyse ou dialyse péritonéale), soit une transplantation rénale. Le diagnostic doit être confirmé par un spécialiste.

■ Coronaropathies opérées

Opération à thorax ouvert visant à corriger le rétrécissement ou l'obstruction de 2 artères coronaires ou plus au moyen d'un pontage aorto-coronarien (PAC). La nécessité de l'intervention doit avoir été démontrée par angiographie coronarienne et la réalisation de l'intervention prouvée par un spécialiste.

Sont exclues :

- l'angioplastie ;
- toute autre technique d'intervention intra-artérielle ;
- la chirurgie mini-invasive.

5.2. Quelles sont les règles d'intervention de la compagnie ?

La prestation est acquise après un délai de trente jours suivant la réception de la déclaration par l'assuré du diagnostic de la maladie. Ce délai sert à la reconnaissance de la maladie par la compagnie. La prestation n'est due que si l'assuré est vivant au terme de ce délai de trente jours.

Le paiement des prestations maladies redoutées prend fin en cas de guérison ou au décès de l'assuré.

Le paiement des primes relatives à cette garantie prend fin dès le premier versement de la prestation et la garantie prend fin au terme de la période d'intervention.

Un délai de stage de 90 jours est d'application.

Article 6

QUELLES SONT LES CONDITIONS COMMUNES AUX ASSURANCES COMPLEMENTAIRES ?

6.1. Que se passe-t-il si les versements du plan sont indexés ?

Les garanties de l'assurance complémentaire exonération du paiement des primes et rente-revenus croissent dans la même proportion que l'assurance principale sous l'effet de la clause d'indexation qui lui serait applicable. Toutefois, durant la période d'invalidité, le contrat ne sera pas indexé.

Le capital assuré dans le cadre de l'assurance complémentaire accident n'est soumis à aucune indexation.

6.2. Quand les garanties complémentaires sortent-elles leurs effets ?

Les garanties complémentaires prennent effet à la date indiquée aux conditions particulières.

Au cas où les garanties complémentaires choisies dans la proposition d'assurance sont soumises à une acceptation médicale particulière, la compagnie émettra dans un premier temps le contrat sans les garanties complémentaires. Dès que les garanties sont acceptées par la compagnie, celles-ci sont ajoutées au contrat par avenant et prennent effet à la date indiquée aux conditions particulières de cet avenant. Si le preneur d'assurance n'accepte pas les conditions de couverture et décide de mettre fin au contrat, il sera procédé au remboursement des primes déjà versées si la résiliation a lieu dans les 4 mois de la prise d'effet du contrat et si les primes n'ont pas déjà fait l'objet d'une déduction fiscale. Au-delà de ce délai, il sera procédé au rachat du contrat.

Lorsque le paiement des primes est prélevé par domiciliation, le paiement des primes correspond au prélèvement effectif de la prime sur le compte bancaire.

6.3. Que se passe-t-il en cas de non-paiement des primes ?

Les primes sont payables intégralement aux dates convenues aux conditions particulières par avis d'échéance envoyé par la compagnie ou par prélèvement bancaire selon le choix du preneur d'assurance. En cas de non-paiement, même partiel, des primes des assurances complémentaires, la compagnie adresse au preneur une lettre recommandée de mise en demeure. Les frais de lettre recommandée sont à charge du preneur d'assurance. Si les primes restent impayées 30 jours après la mise en demeure, la compagnie résilie de plein droit toutes les garanties complémentaires et les primes perçues restent acquises à la compagnie pour prix du risque couvert.

Si les primes des assurances complémentaires sont payées partiellement, le paiement est affecté en totalité à l'épargne constituée du contrat principal et les primes des assurances complémentaires sont considérées comme non payées.

6.4. Que se passe-t-il en cas de modification du risque en cours de contrat et en cas de modification de tarif ?

Tout changement dans les activités professionnelles de l'assuré doit être déclaré par le preneur d'assurance et par écrit à la compagnie dans les 30 jours de la survenance. Dans ce cas, la compagnie se réserve expressément le droit de résilier les garanties des assurances complémentaires ou d'en modifier les conditions endéans les 30 jours de la réception de la déclaration.

Dans le cadre de l'article 138 bis-4 par. 2 et 3 de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre, la compagnie se réserve le droit de modifier, pour les contrats en cours, le tarif des garanties dès l'échéance annuelle suivante, après en avoir avisé le preneur d'assurance par simple lettre expédiée au moins 3 mois avant cette échéance. Le preneur a le droit de modifier ou de résilier la garantie faisant l'objet d'une modification de tarif.

6.5. Quand les garanties complémentaires prennent-elles fin ?

Le terme des garanties complémentaires est fixé aux conditions particulières et ne peut être postérieur au terme du paiement des versements planifiés du contrat principal et au plus tard au 65ième anniversaire de l'assuré.

Le preneur d'assurance a le droit de mettre fin, à tout moment et indépendamment du sort réservé à l'assurance principale, au paiement des primes des assurances complémentaires.

En outre, les garanties complémentaires cessent en cas de résiliation, de terme, de rachat total du contrat principal, et en cas de décès de l'assuré. Les primes perçues restent acquises à la compagnie pour prix du risque couvert.

6.6. Quelles sont les formalités en cas de sinistre ?

6.6.1. Déclaration de sinistre

Tout accident et/ou toute maladie ayant causé le décès de l'assuré ou susceptible de causer une invalidité de l'assuré, ou toute maladie redoutée garantie doit être déclaré à la compagnie au plus tard dans un délai de 15 jours au moyen du formulaire de la compagnie dénommé «déclaration de sinistre», prévu à cet effet.

Dans le cas de l'invalidité suite à une maladie ou un accident, le délai prend cours à partir de la fin du délai de carence ou d'attente. Pour la garantie du risque d'accident, le délai prend cours à partir de la date de l'accident. En cas de survenance d'une maladie redoutée, le délai prend cours à partir du premier diagnostic.

L'assuré ou le(s) bénéficiaire(s) joi(gne)nt à la déclaration tout document, certificat et rapport de nature à prouver l'existence et le degré de gravité du sinistre et notamment en cas de décès les formalités prévues aux conditions générales de l'assurance principale.

L'assuré ou le(s) bénéficiaire(s) fourni(ssen)t à la compagnie, dès que possible, les renseignements et documents qu'elle juge nécessaires ; la compagnie pourra faire procéder à ses propres frais à un examen post-mortem. En particulier, pour la garantie rente-revenus, la compagnie exigera une preuve des revenus professionnels annuels bruts de l'assuré des 3 dernières années qui précèdent la date du sinistre.

L'assuré se soumet dans les 30 jours, aux contrôles médicaux et autres formalités que lui demande la compagnie. Celle-ci peut demander que les contrôles médicaux soient effectués par un médecin

désigné par elle et qu'ils aient lieu en Belgique.

Toute aggravation, atténuation du taux d'invalidité ou cessation de l'invalidité doit être signalée à la compagnie dans un délai de 30 jours. En cas d'omission, les rentes indûment perçues et les primes exonérées seront restituées à la compagnie.

La compagnie se réserve le droit de limiter ou de refuser son intervention ou de demander aux bénéficiaires de lui rembourser les sommes indûment payées, en fonction du préjudice qui résulte pour elle du non-respect, dans les délais indiqués ci-dessus des engagements qui précèdent, sauf si ce non-respect résulte d'un cas de force majeure.

A tout moment la compagnie peut faire contrôler l'exactitude des déclarations qui lui sont faites et des réponses fournies à ses demandes de renseignements. De même si une instruction judiciaire est en cours, la compagnie peut subordonner sa décision à la décision judiciaire.

La compagnie s'engage à ne pas résilier les garanties des assurances complémentaires après sinistre.

6.6.2. Contestations éventuelles

Les contestations éventuelles d'une décision communiquée par la compagnie doivent lui parvenir par écrit dans les 30 jours qui suivent la communication.

Passé ce délai, la décision est considérée comme acceptée. En particulier les contestations d'ordre médical sont soumises dans le même délai au médecin choisi par l'affilié et au médecin-conseil de la compagnie.

En cas de désaccord, ces médecins désignent de commun accord un troisième médecin pour les départager.

Faute d'entente sur cette désignation, le choix est fait par le Président du Tribunal de Première Instance de Bruxelles, à la demande de la partie la plus diligente. L'avis du troisième médecin est prépondérant.

Chaque partie supporte les frais et honoraires de son médecin. Les frais de désignation et les honoraires du troisième médecin sont supportés pour moitié par chacune des parties.

Article 7

QUELLE EST L'ETENDUE DES GARANTIES ?

Les prestations prévues par les présentes assurances complémentaires sont acquises dans le monde entier quelles que soient les causes du sinistre à l'exception des seuls cas repris ci-après.

Toutefois en dehors de l'Espace Economique Européen, le droit aux garanties ne lui reste acquis que moyennant accord de la compagnie lorsque l'assuré n'a pas sa résidence habituelle en Belgique ou lorsqu'il séjourne plus de 6 mois par an à l'étranger et que si la compagnie peut exercer, directement ou indirectement, les contrôles médicaux requis sans autres frais que ceux qu'il exposerait pour les mener à bonne fin en pareil cas sur le territoire belge.

La compagnie ne garantit pas les événements exclus dans le cadre de la garantie principale.

En cas d'événement de guerre couvert dans le cadre de la garantie principale, seul le décès par accident est garanti pour autant que les bénéficiaires prouvent que l'assuré n'a pris aucune part active à cet événement.

Les risques non couverts sont ceux résultant :

- d'une tentative de suicide ou d'un fait intentionnel de l'assuré ;
- d'une émeute ou d'un événement de guerre sauf si l'assuré prouve qu'il n'a pas pris une part active et volontaire à ces événements ;
- de la guerre étrangère ou civile ;
- de luttes, duels, rixes (sauf cas de force majeure), d'attentats ou d'agressions auxquels participe l'assuré ;
- de cures de toute nature, notamment marines ou de rajeunissement, d'amaigrissement, de désintoxication. Les séjours en établissement de cure, de repos ou de convalescence sont pris en compte lorsqu'ils sont consécutifs à un événement garanti et après accord du médecin-conseil de l'organisme assureur ;
- des maladies mentales ou affections psychiques ne donnant pas lieu à hospitalisation d'au moins 7 jours ;

- des pathologies rachidiennes sauf, si ces pathologies sont en rapport avec une fracture, une tumeur, ou si elle sont accompagnées de signes neurologiques objectifs ;
- de l'aggravation volontaire du risque ou d'un fait intentionnel de l'assuré ;
- d'un état d'ébriété ou de l'intoxication par des stupéfiants, hallucinogènes ou autres drogues pris par l'assuré ;
- de la toxicomanie y compris l'alcoolisme et l'usage abusif des médicaments ;
- de tous actes, expéditions ou exercices notoirement périlleux ou téméraires, tels que ceux accomplis à l'occasion d'un pari ou d'un défi, mais à l'exception de ceux accomplis en vue du sauvetage de personnes ou de biens ;
- de l'influence de facteurs pathologiques préexistants, comme une maladie ou les suites d'un accident dont l'assuré n'aurait pas signalé l'existence à la compagnie lors de la souscription des assurances complémentaires ;
- d'une affection psychosomatique, allergique ne présentant pas de symptôme clinique objectif ;
- d'un traitement esthétique, d'une stérilisation, d'insémination artificielle, d'une fécondation in vitro. Le traitement esthétique est toutefois couvert s'il s'agit de chirurgie réparatrice à la suite d'un accident ou d'un cancer ou moyennant l'accord exceptionnel du médecin-conseil de la compagnie sur base d'un rapport médical justificatif ;
- de l'effet direct ou indirect de la désintégration du noyau atomique, de l'accélération artificielle de particules atomiques, de rayons X ou de radio-isotopes ;
- des suites d'une maladie ou d'un accident si l'assuré n'a enregistré aucune perte de revenus professionnels ;
- d'un cataclysme de la nature (tremblement de terre, éruption volcanique, raz-de-marée, cyclone, etc ...) ;
- de la présence de l'assuré à bord de tout appareil de locomotion aérienne (avion, hélicoptère, aérostat, planeur, ULM, deltaplane ...) sauf à bord d'avions de lignes commerciales ;
- de la pratique d'un sport en tant qu'amateur rémunéré ou professionnel rémunéré ;
- de la pratique de sports réputés dangereux tels que :
 - les sports et loisirs aéronautiques (parachutisme, parapente, paramoteur...), l'alpinisme et l'escalade,
 - la plongée sous-marine à une profondeur de plus de 40 mètres, la spéléologie,
 - les sports suivants pratiqués en compétition : sports de combat ou de défense, sports de neige, sports nautiques, sports équestres et sports motorisés,
 - le quad, le benji et tout autre risque résultant d'un saut dans le vide avec un élastique,
- de l'usage d'un véhicule automoteur à 2 ou 3 roues autre que le cyclomoteur (moteur d'au moins 50 CC ou dont la vitesse dépasse 40 Km/h). Cette exclusion n'est d'application que pour les assurés de moins de 30 ans.

Peuvent être couverts **moyennant convention spéciale** figurant aux conditions particulières les professions et activités professionnelles à risque suivantes :

- les métiers d'Arts, les marchands ambulants, les agents de sécurité ;
- les activités exercées de manière saisonnière (camping, ...) ;
- les sports professionnels.

Parmi les risques non couverts ci-dessus, les risques suivants peuvent être couverts moyennant convention spéciale :

- la présence à bord d'appareils de locomotion aérienne ;
- la pratique des sports réputés dangereux ;
- l'usage d'un véhicule automoteur à 2 ou 3 roues.

Article 8

POURSUITE INDIVIDUELLE DE L'ASSURANCE COMPLEMENTAIRE DU RISQUE D'INCAPACITE DE TRAVAIL SOUSCRITE DANS LE CADRE D'UN ENGAGEMENT INDIVIDUEL DE PENSION

8.1. Le principe

L'assuré qui perd le bénéfice de l'assurance complémentaire Rente-revenus en cas d'Incapacité de travail a le droit, hormis cas de fraude et ceux prévus par la loi, de poursuivre celle-ci selon les Conditions Générales et Particulières d'un plan d'assurance individuel similaire en vigueur. Ce plan d'assurance individuel et similaire sera conclu avec la compagnie.

Si au moment de la perte du bénéfice de l'assurance complémentaire Rente-revenus en cas d'Incapacité de travail, l'assuré en question a été affilié de manière ininterrompue durant deux années à l'assurance complémentaire Rente-revenus en cas d'incapacité de travail ou à d'autres contrats

d'assurance incapacité de travail successifs, à l'exception d'une assurance mutuelle, la poursuite à titre individuel a lieu :

- sans devoir subir un examen médical supplémentaire ni devoir remplir un nouveau questionnaire médical ;
- sans devoir subir un nouveau délai d'attente ;
- sans limitation de la garantie ni imposition d'une prime en raison de l'évolution de l'état de santé de la personne assurée au cours de son affiliation à l'assurance complémentaire du risque d'incapacité de travail.

Si l'ancienneté de deux années n'est pas acquise, la compagnie peut subordonner la souscription d'un plan individuel à des conditions particulières sur base de l'introduction d'une proposition d'assurance dûment complétée.

8.2. La procédure à respecter

Par le preneur

Le preneur ou, en cas de faillite ou de liquidation, le curateur ou le liquidateur du preneur a l'obligation d'informer l'assuré, par écrit ou par voie électronique, au plus tard dans les 30 jours suivant la perte du bénéfice de l'assurance complémentaire Rente-revenus en cas d'incapacité de travail :

- du moment précis de cette perte ;
- de la possibilité de poursuivre l'assurance du risque d'incapacité de travail à titre individuel ;
- du délai pendant lequel l'assuré peut exercer son droit de continuation, ainsi que du droit de prolonger ce délai, comme décrit ci-dessous ;
- des données de contact nécessaires de la compagnie.

Par l'assuré

L'assuré doit introduire sa demande de continuation par écrit ou par voie électronique auprès de la compagnie endéans les 30 jours à compter du jour de réception du courrier par lequel le preneur ou, en cas de faillite ou de liquidation, le curateur ou le liquidateur du preneur, informe l'assuré qu'il peut décider de poursuivre individuellement son assurance du risque d'incapacité de travail. L'assuré dispose du droit de prolonger ce dernier délai de trente jours, à condition d'en informer la compagnie par écrit ou par voie électronique. Ce délai expire en tout cas après 105 jours à compter de la perte du bénéfice de l'assurance complémentaire Rente-revenus en cas d'incapacité de travail.

L'assuré dispose d'un délai de 30 jours à dater du jour de la réception des informations de la compagnie sur les conditions de poursuite à titre individuel (envoi d'une proposition d'assurance, offre de prix, description de la garantie ...), pour accepter de souscrire un contrat individuel. Le droit à la poursuite à titre individuel s'éteint à l'expiration de ce délai.

8.3. La prime du plan d'assurance individuel poursuivi

Pour le calcul de la prime du plan d'assurance individuel poursuivi, il est tenu compte de :

- l'âge atteint de l'assuré au moment de la poursuite à titre individuel ;
- des éléments d'évaluation du risque tels qu'ils existaient lors de la souscription de l'assurance complémentaire Rente-revenus en cas d'incapacité de travail, s'ils furent évalués à cette date ;
- du régime de sécurité sociale et du statut auxquels l'assuré est assujéti ainsi que de sa profession.

8.4. La constitution d'une réserve individuelle

Pendant la durée de l'assurance complémentaire Rente-revenus en cas d'incapacité de travail, l'assuré dispose de la possibilité de constituer une réserve individuelle auprès d'un assureur de son choix, moyennant versement par l'assuré de primes supplémentaires à l'assureur choisi.

Pour l'assuré qui fait usage de cette possibilité, cela a pour conséquence que la prime du plan d'assurance individuel poursuivi dont question ci-dessus, sera calculée en tenant compte de l'âge atteint au moment où l'assuré aura commencé à payer les primes supplémentaires dans le cadre de la réserve individuelle, pour autant que ces primes aient été payées année par année sans interruption.

Le preneur Informe l'assuré de cette possibilité de constitution d'une réserve individuelle dès l'entrée en vigueur de la présente assurance complémentaire Rente-revenus en cas d'incapacité de travail.

Si le preneur a omis de transmettre l'information requise mentionnée ci-dessus à l'assuré ou quand

il ne sera pas en mesure d'apporter la preuve de la bonne exécution de cette obligation légale, il sera tenu de verser à l'assureur la différence entre la prime calculée sur base de l'âge atteint au moment de l'exercice du droit à la poursuite individuelle et la prime calculée sur base de l'âge de l'assuré au moment de la souscription de l'assurance complémentaire Rente-revenus en cas d'incapacité de travail.

Toute plainte au sujet du contrat peut être adressée à :

Generali Belgium
Service Gestion des Plaintes
Avenue Louise 149, 1050 Bruxelles
gestion.plaintes@generali.be

Si le preneur d'assurance estime ne pas avoir obtenu la solution adéquate, il peut s'adresser à l'Ombudsman des Assurances, à l'adresse actuelle Square de Meeûs 35 à 1000 Bruxelles (www.ombudsman.as), sans préjudice de la possibilité d'intenter une action en justice.



Avertissement

Toute escroquerie ou tentative d'escroquerie envers l'entreprise d'assurances entraîne non seulement la résiliation du contrat d'assurance, mais fait également l'objet de poursuites pénales sur la base de l'article 496 du Code pénal. En outre, l'intéressé peut être repris dans le fichier du groupement d'intérêt économique **Datassur**. En vertu de la loi sur la protection de la vie privée, il en sera informé et aura, le cas échéant, la possibilité de faire rectifier les informations le concernant.

SPÉCIFIQUEMENT