

# Conditions Générales

## Assurance Vie Individuelle

---

Les présentes conditions générales décrivent le fonctionnement de votre contrat d'assurance vie individuelle. Afin de vous familiariser avec celui-ci, nous vous précisons ci-après quelques termes juridiques et techniques essentiels.

### Article 1

#### QUE FAUT-IL ENTENDRE PAR ?

##### LA COMPAGNIE :

l'entreprise belge d'assurances Generali Belgium SA agréée sous le code n° 0145, auprès de laquelle le contrat est souscrit.

##### LE PRENEUR D'ASSURANCE :

la personne (physique ou morale) qui conclut le contrat auprès de la compagnie et qui paie les primes.

##### L'ASSURE(E) :

la ou les personne(s) sur la(les)quelle(s) repose le risque de survenance de l'événement assuré.

##### LE(S) BENEFICIAIRE(S) :

la(les) personne(s) (physique(s) ou morale(s)) en faveur de laquelle(desquelles) sont stipulées les prestations d'assurances.

##### LES BASES TECHNIQUES :

les bases techniques sont composées des lois de mortalité, du taux d'intérêt technique et de l'ensemble des chargements.

#### Quel est l'objet de l'assurance ?

### Article 2

#### OBJET DE L'ASSURANCE

En contrepartie du versement des primes, la compagnie garantit au(x) bénéficiaire(s) le paiement des prestations prévues :

- soit en cas de décès de l'assuré ;
- soit en cas de vie de l'assuré ;
- soit au moment convenu ;

dans les circonstances et selon les modalités énoncées aux conditions particulières.

#### Quelles sont les bases du contrat ?

### Article 3

#### DISPOSITIONS FONDAMENTALES

Le contrat prend effet à la date indiquée de commun accord aux conditions particulières, moyennant délivrance de la police et paiement de la première prime dont ladite police donne quittance, et, pour les assurances autres que celles souscrites sans sélection de risque, à condition que l'assuré n'ait été atteint, depuis la signature de la proposition d'assurance, d'aucune maladie ou lésion corporelle.

Le contrat est régi par les dispositions légales et réglementaires belges relatives à l'assurance vie, par les conditions générales en vigueur à sa date d'effet, ainsi que par ses conditions particulières (et ses annexes éventuelles). Les conditions particulières complètent et précisent les conditions générales et, en cas de discordance, prévalent sur elles. Pour les contrats dont la date d'effet est postérieure à la date d'émission et en cas de révision des conditions générales entre ces deux dates, la compagnie enverra les nouvelles conditions générales au preneur d'assurance. Ce dernier disposera alors d'un délai de 30 jours pour les refuser.

Le contrat est établi sur base des informations fournies sincèrement et sans réticence par le preneur d'assurance et l'assuré en vue d'éclairer la compagnie sur les risques qu'elle prend en charge.

Toute omission ou inexactitude de la part du preneur d'assurance ou de l'assuré dans le but d'induire la compagnie en erreur sur les éléments d'appréciation des engagements rend l'assurance nulle.

Si l'omission ou la fausse déclaration a été faite sans mauvaise foi, le contrat devient incontestable après un an d'existence.

#### **Quels sont les bénéficiaires du contrat ?**

### **Article 4**

#### **BENEFICIAIRES**

Le preneur d'assurance désigne les bénéficiaires de son contrat et peut à tout moment modifier ce choix. Pour être opposable à la compagnie, cette modification doit lui être notifiée par un écrit daté et signé par le preneur d'assurance.

Tout bénéficiaire peut accepter le bénéfice du contrat, moyennant notification écrite à la compagnie. Dans ce cas le preneur d'assurance ne peut notamment plus, sans l'accord écrit du bénéficiaire qui a accepté :

- changer de bénéficiaire ;
- obtenir une avance ou le rachat du contrat ;
- obtenir une modification du contrat ayant pour effet de diminuer les prestations assurées par les primes déjà payées au moment de la modification et stipulées au profit du bénéficiaire acceptant.

#### **Dans quels cas les prestations peuvent-elles être limitées ?**

### **Article 5**

#### **ETENDUE DE LA GARANTIE EN CAS DE DECES**

Les prestations décès sont acquises dans le monde entier quelles que soient les causes et les circonstances du décès de l'assuré, à l'exception des seuls cas repris ci-après.

Les risques non couverts sont ceux résultant :

- du suicide ou d'une tentative de suicide de l'assuré. Toutefois, le suicide ou la tentative de suicide est couvert s'il se produit après la première année qui suit la date d'effet du contrat ou de sa remise en vigueur pour la partie de prestation faisant l'objet de la remise en vigueur. Ce même principe s'applique aux augmentations des prestations assurées ne résultant pas de la clause de péréquation ou de la clause de revalorisation ;
- du fait intentionnel du preneur d'assurance ou d'un des bénéficiaires ou à l'instigation de l'un d'eux ;
- d'une condamnation judiciaire, d'un crime ou d'un délit à caractère intentionnel ;
- du décès de l'assuré quelle qu'en soit la cause survenant à la suite d'émeutes, de troubles civils ou de tout acte de violence collectif d'inspiration politique, idéologique ou sociale accompagnés ou non de rébellion contre l'autorité ou tout pouvoir concédé ; toutefois, la prestation décès est acquise lorsque le décès de l'assuré a pour cause un acte de terrorisme à condition que l'assuré n'y a pas pris une part active et volontaire;
- du décès de l'assuré quelle qu'en soit la cause à la suite d'un événement de guerre entre Etats ou de guerre civile ou faits de même nature. Toutefois, si les circonstances le justifient, ce risque peut être couvert par une convention particulière dont les conditions sont admises par la Commission Bancaire, Financière et des Assurances.

Lorsque le décès de l'assuré survient durant un séjour à l'étranger, il convient de distinguer 2 cas :

- 1) si le conflit éclate pendant le séjour, les couvertures décès sont acquises pour autant que l'assuré ne participe pas activement aux hostilités ;
- 2) si l'assuré se rend dans un pays où il y a conflit armé, la couverture décès peut être acquise pour autant que le preneur d'assurance en informe la compagnie au minimum 30 jours avant le départ de l'assuré, que l'assuré ne participe pas activement aux hostilités et que la compagnie ait marqué son accord pour la couverture. L'accord peut être subordonné au paiement d'une surprime et toutes les conditions de l'accord doivent être mentionnées dans un avenant au contrat.

En cas de décès de l'assuré ou d'un des deux assurés suite à un risque non couvert, la compagnie paie la valeur de rachat théorique calculée au jour du décès, limitée au capital assuré en cas de décès. Lorsque le décès résulte du fait intentionnel d'un des bénéficiaires ou à son instigation, le paiement est effectué aux autres bénéficiaires.

## Article 6

### Comment effectuer le paiement des primes ?

#### PAIEMENT DES PRIMES

Les primes sont payables aux dates convenues aux conditions particulières. Leur paiement est facultatif. Les conséquences pour le contrat en cas de non-paiement sont précisées à l'article 12.

La police donnant quittance de la première prime, les paiements ultérieurs sont suffisamment constatés par la production soit d'une quittance signée par la direction de la compagnie, soit de la preuve d'un paiement effectué en faveur de la compagnie.

## Article 7

### Quelles sont les formalités à respecter pour le versement des prestations ?

#### PAIEMENT DES PRESTATIONS

La compagnie verse les prestations assurées au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) aux conditions particulières dès réception des pièces justificatives reprises ci-après :

dans tous les cas :

- la police et ses avenants éventuels ;
- éventuellement la preuve du paiement de la dernière prime ;
- une copie recto verso de la carte d'identité du(des) bénéficiaire(s) ;

en cas de vie des assurés au terme du contrat :

- un certificat de vie de l'assuré mentionnant sa date de naissance ;

en cas de décès de l'assuré ou d'un des deux assurés :

- un extrait de l'acte de décès de l'assuré mentionnant sa date de naissance ;
- un certificat médical rédigé sur formulaire délivré par la compagnie et mentionnant la cause du décès.

Dans les cas où le(s) bénéficiaire(s) n'a(ont) pas été désigné(s) nominativement : un acte de notoriété établissant les droits du(des) bénéficiaire(s). Cet acte doit mentionner les noms, prénoms, dates de naissance et adresses des bénéficiaires.

Si le bénéficiaire est mineur et n'a plus ni père ni mère : un document attestant de l'autorisation du juge de paix. Ce document doit mentionner le nom du tuteur légal et le numéro du compte bancaire du bénéficiaire mineur.

La compagnie peut en outre réclamer toute pièce complémentaire jugée nécessaire et procéder, à ses propres frais, à un examen post mortem.

Les prestations sont indivisibles en ce qui concerne la compagnie. Dès lors, en présence de plusieurs bénéficiaires, un mandat dûment signé devra être envoyé à la compagnie désignant le mandataire auquel celle-ci versera les prestations.

Le paiement est effectué contre quittance signée.

Au cas où la date de naissance serait différente de celle déclarée lors de la souscription du contrat, les prestations de la compagnie seraient modifiées en fonction de l'âge exact de l'assuré, c'est-à-dire en fonction de l'âge qu'il avait à son anniversaire le plus proche de la date d'effet du contrat.

## Article 8

### Quels sont les frais et les modifications qui peuvent être apportés au contrat ?

#### FRAIS, CHANGEMENT ET MODIFICATION DU CONTRAT

La compagnie ne peut apporter unilatéralement aucune modification aux conditions générales ou particu-

lières du contrat.

Le preneur d'assurance peut à tout moment demander une adaptation du contrat. Elle doit être notifiée par un écrit daté et signé du preneur d'assurance et est confirmée par l'établissement d'un avenant.

Toutefois, toute modification des prestations assurées est soumise aux conditions d'acceptation et aux bases techniques en vigueur au moment de la demande.

La compagnie se réserve le droit de demander des frais ou indemnités pour des dépenses particulières occasionnées par le fait du preneur d'assurance, de l'assuré ou du bénéficiaire. Ces dépenses particulières sont notamment les dépenses occasionnées par les recherches d'adresses, les recherches de bénéficiaires, les envois recommandés, les demandes de justificatifs et duplicata de toute sorte, les demandes de relevés de paiements et les paiements provenant de l'étranger.

En particulier, la compagnie peut porter en compte des frais pour les vérifications et recherches, qu'elle fera dans le cadre d'un contrat dit « dormant », en exécution de la Loi portant des dispositions diverses (I) (1) du 24 juillet 2008. Un contrat d'assurance « dormant » est un contrat d'assurance qui n'a pas fait l'objet de la part du bénéficiaire d'une intervention dans les six mois de la prise de connaissance de la survenance du risque par l'entreprise d'assurances. Ces frais ne peuvent pas excéder 5 % des prestations assurées sans pouvoir excéder 200 EUR. Ce montant maximum forfaitaire est fixé par l'Arrêté Royal du 14/11/2008 et peut être adapté par le Roi.

**Quelle est la signification des termes se rapportant au rachat, à la réduction ou à la diminution du contrat ?**

## Article 9

### RACHAT, REDUCTION ET DIMINUTION

Qu'entend-on par ?

**- Valeur de rachat de base :**

la valeur de rachat de base est la réserve du contrat constituée auprès de la compagnie par la capitalisation des primes payées, tenant compte des sommes consommées pour la couverture du risque et pour les frais.

Techniquement, celle-ci est égale à la différence entre la valeur actuelle d'inventaire des engagements de la compagnie et la valeur actuelle des primes de réduction relatives aux échéances futures.

**- Valeur de rachat théorique :**

la valeur de rachat théorique est égale à la valeur de rachat de base augmentée de la partie non consommée des chargements.

**- Valeur de rachat :**

la valeur de rachat est la prestation à verser par la compagnie en cas de rachat du contrat. Son montant est égal à la valeur de rachat théorique diminuée d'une indemnité de réduction et d'une indemnité de rachat. L'indemnité de réduction est égale à 5 pour mille de la valeur actuelle des primes de réduction restant à échoir (prime calculée au moyen des bases d'inventaire et du chargement d'acquisition). L'indemnité de rachat est obtenue en prenant 5 % de la valeur de rachat théorique diminuée de l'indemnité de réduction. Ce taux de 5 % décroît de 1 % par année au cours des 4 dernières années du contrat. Le montant de l'indemnité de rachat sera dans tous les cas au moins égal à 75 EUR. Ce montant forfaitaire est indexé en fonction de l'indice santé des prix à la consommation (base 1988 = 100). Pour l'assurance de type « Vie entière », ce taux de 5 % décroît de 1 % au cours des 5 années d'assurance précédant l'anniversaire de la date d'effet correspondant à l'âge technique de 65 ans de l'assuré. Lorsqu'il s'agit d'une assurance sur deux têtes, le 65ième anniversaire est fixé en fonction de l'âge moyen.

**- Valeur de réduction :**

prestation restant assurée dans les conditions du contrat en cas de cessation du paiement des primes. Celle-ci est calculée en tenant compte d'une indemnité de réduction. Cette indemnité est égale à 5 pour mille de la valeur actuelle des primes de réduction restant à échoir (prime calculée au moyen des bases d'inventaire et du chargement d'acquisition) augmenté de 75 EUR. Ce montant forfaitaire est indexé en fonction de l'indice santé des prix à la consommation (base 1988 = 100).

**- Rachat du contrat :**

résiliation du contrat par le preneur d'assurance.

- **Réduction du contrat :**

diminution de la valeur actuelle des prestations assurées consécutive à la cessation du paiement des primes.

- **Diminution du contrat :**

variation négative de la valeur actuelle des prestations à constituer consécutive à une transformation du contrat. Celle-ci est calculée en tenant compte d'une indemnité égale à l'indemnité de réduction définie ci-dessus multipliée par un facteur proportionnel à la diminution de prime.

**A partir de quand le droit à la réduction, au rachat ou à la résiliation existe-t-il ?**

**Article 10**

**DROIT A LA REDUCTION, AU RACHAT OU A LA RESILIATION**

Le droit à la réduction ou au rachat existe en tout temps pour autant que la valeur de rachat de base soit positive et pour autant qu'une législation ou une réglementation applicable au contrat ne l'interdise pas. Toutefois, le droit au rachat n'existe pas pour les contrats prévoyant uniquement des sommes assurées en cas de vie de l'assuré. La valeur de rachat ne sera pratiquement payée qu'à condition que le montant net à liquider s'élève à minimum 12,50 EUR. Toute demande de rachat partiel devra s'élever à 250 EUR minimum.

La valeur de rachat est liquidée jusqu'à concurrence du capital assuré en cas de décès. Le solde éventuel de la valeur de rachat théorique est affecté à la constitution, par prime unique d'inventaire, d'une assurance de capital différé payable en cas de vie de l'assuré au terme initialement prévu par le contrat.

Le droit à la résiliation existe durant une période de 30 jours à compter de la prise d'effet du contrat. Pour les contrats souscrits en couverture ou en reconstitution d'un crédit, ce droit subsiste durant une période de 30 jours à compter du moment où le preneur d'assurance a eu connaissance que le crédit sollicité n'a pas été accordé. La résiliation de la part du preneur d'assurance s'effectue par l'envoi d'un recommandé daté et signé avec effet immédiat au moment de la notification.

En cas de résiliation, la compagnie rembourse les primes payées, déduction faite des sommes consommées pour la couverture du risque.

**Quand et comment le rachat et la réduction sortent-ils leurs effets ?**

**Article 11**

**REDUCTION OU RACHAT A LA REQUETE DU PRENEUR D'ASSURANCE**

Le preneur d'assurance a le droit de demander la réduction ou le rachat du contrat dans les limites de l'article 10.

Le rachat doit être demandé par un écrit daté et signé par le preneur d'assurance, accompagné d'une copie recto-verso de sa carte d'identité.

Pour obtenir le rachat du contrat, le preneur d'assurance doit restituer la police et ses avenants et produire l'accord écrit des bénéficiaires acceptants éventuels.

Le calcul de la valeur de réduction s'opère en se plaçant à la fin de la période d'assurance correspondant à la dernière prime payée et la réduction prend effet à cette date. Toutefois, si une prime est impayée et si le preneur d'assurance a manifesté son intention de ne plus payer les primes, la date d'effet de la réduction est celle de sa décision.

Le calcul de la valeur de rachat s'opère en se plaçant à la date de la demande et le rachat prend effet à la date où le preneur d'assurance marque accord sur le paiement de la valeur de rachat. Toutefois, si au moment de la demande la prime est impayée, le contrat est réduit selon les modalités décrites à l'alinéa précédent et le calcul de la valeur de rachat s'opère en se plaçant à la date de la demande.

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

**Article 12**

**DEFAUT DE PAIEMENT DE PRIME**

Le non-paiement de la prime a pour conséquence la réduction du contrat, ou sa résiliation si la valeur de rachat de base est négative, à la date de l'échéance de la première prime impayée.

Si, à cette échéance, la valeur de rachat n'atteint pas 125 EUR, il sera procédé au rachat au lieu de la réduction, sauf opposition expresse du preneur d'assurance.

La réduction ou la résiliation visées dans ce paragraphe ne sortent leurs effets qu'après l'expiration d'un délai de 30 jours à dater de l'envoi, par lettre recommandée au dernier domicile connu du preneur d'assurance, d'une mise en demeure contenant rappel de l'échéance et indiquant la conséquence du non-paiement, sauf si le preneur d'assurance a entre-temps demandé par écrit le rachat ou déclaré cesser le paiement de la prime, auquel cas les dispositions de l'article 11 sont d'application.

La lettre recommandée ne peut être envoyée qu'au plus tôt 30 jours après l'échéance de la prime impayée. Il est suffisamment justifié de son envoi par la production du double de la lettre et du récépissé de la poste.

#### **Comment obtenir une avance sur contrat ?**

### **Article 13**

#### **AVANCE SUR CONTRAT**

Le preneur d'assurance peut obtenir, contre remise de la police, des avances jusqu'à concurrence de la valeur liquidée en cas de rachat diminuée des retenues légales éventuelles et aux conditions fixées par un acte d'avance. Le montant minimum d'avance qui pourra être accordé s'élève à 250 EUR. Cette possibilité d'avance sur contrat peut être annulée dans le cas où une réglementation spécifique l'interdit. Ces avances sont consenties moyennant paiement d'un intérêt fixe payable avec les primes du contrat et selon les mêmes modalités. Dès que le paiement des primes du contrat s'arrête, les avances doivent être remboursées intégralement.

Cette faculté d'octroi d'avance n'est pas accordée dans le cas de l'assurance «temporaire» en cas de décès.

En cas d'opération chirurgicale subie par l'assuré, la compagnie accorde, sur présentation des pièces justificatives et à condition que les frais de l'opération restant à sa charge s'élèvent au moins à 250 EUR, une avance sans intérêt destinée à payer ces frais mais limitée à la valeur de rachat. La demande d'avance doit être adressée à la compagnie dans les six mois qui suivent l'opération.

#### **Le contrat résilié, réduit ou racheté peut-il être remis en vigueur ?**

### **Article 14**

#### **REMISE EN VIGUEUR DU CONTRAT**

Le preneur d'assurance peut remettre en vigueur le contrat réduit, résilié ou racheté, pendant un délai de 3 mois pour le contrat résilié ou racheté et de 3 ans pour le contrat réduit, pour les montants assurés à la date de la réduction, de la résiliation ou du rachat et aux bases techniques en vigueur au moment de la demande.

Toute remise en vigueur est soumise aux conditions en usage à ce moment en matière d'acceptation des risques. Elle prend effet après notification par la compagnie au preneur d'assurance.

#### **Les contrats participent-ils aux bénéfices ?**

### **Article 15**

#### **PARTICIPATION AUX BÉNÉFICES**

Sauf si le contrat est exclu de toute participation dans les conditions particulières, il participe aux bénéfices suivant des règles et modalités déterminées annuellement par la compagnie et soumises annuellement à la Commission Bancaire, Financière et des Assurances.

Le montant de dotation annuelle de la participation aux bénéfices est calculé en prenant le taux net de participation aux bénéfices multiplié par la moyenne arithmétique entre la valeur de rachat de base au 31 décembre de l'année de répartition des bénéfices et la valeur de rachat de base un an plus tôt.

L'augmentation des prestations due à la participation aux bénéfices est calculée au moyen des bases techniques en vigueur au moment de l'attribution des bénéfices pour la souscription des contrats dans la combinaison choisie pour cette attribution.

#### **Les garanties du contrat sont-elles adaptées au coût de la vie ou revalorisées ?**

### **Article 16**

Les prestations et primes du contrat peuvent être adaptées annuellement soit par le système de péréquation soit par le système de revalorisation. Le choix du preneur d'assurance est mentionné aux conditions particulières du contrat.



## PEREQUATION

Si les conditions particulières du contrat le mentionnent, le preneur d'assurance a droit, chaque année, sans formalités médicales, à la péréquation des garanties du contrat.

Pour les contrats souscrits dans le cadre de l'épargne pension, la péréquation suit l'augmentation du montant maximum déductible.

Pour les autres contrats :

- si le preneur d'assurance a choisi la péréquation liée à la hausse de l'indice des prix à la consommation communiqué par le Service public fédéral Economie, la péréquation suit l'augmentation de l'indice entre celui de 2 mois précédents le mois de l'anniversaire du contrat et celui un an plus tôt, avec un minimum de 2,5 % ;
- si le preneur d'assurance a choisi la péréquation forfaitaire, la péréquation sera de 2,5 % ou 5 % selon son choix repris aux conditions particulières.

La péréquation a lieu, moyennant paiement de la prime majorée, à chaque anniversaire du contrat, pour autant qu'à ce moment :

- la durée du contrat restant à courir soit de 10 ans au moins, ce qui ne s'applique pas à l'assurance de type « Vie entière » ;
- pour l'assurance de type « Vie entière », l'assuré n'ait pas dépassé l'âge de 65 ans ;
- le contrat ne soit pas mis en valeur de réduction ;
- le contrat ne soit pas exonéré, en tout ou en partie, du paiement des primes.

L'augmentation des primes et garanties, calculée sur les bases techniques en vigueur à la date d'effet de la péréquation dépend entre autres de l'âge atteint par l'assuré à ce moment et de la durée de l'assurance restant à courir.

Pour les contrats qui ne sont pas souscrits dans le cadre de l'épargne pension, l'augmentation des garanties est arrondie à la dizaine d'euros supérieure. Si cette augmentation n'atteint pas 250 EUR (de capital en cas de décès pour les assurances du genre mixte ou « Vie entière », de capital terme pour les assurances dotales ou terme fixe ou de capital en cas de vie pour les assurances de capitaux différés), elle est portée d'office à ce montant.

Les garanties fournies par les assurances complémentaires croissent dans la même proportion que l'assurance principale sous l'effet de la clause de péréquation, tout en restant éventuellement inférieures à la somme assurée par celle-ci, en raison du plafond que se fixe la compagnie. Si un événement fait jouer une assurance complémentaire, les garanties se situent à leur niveau lors dudit événement.

Toute remise en vigueur de la péréquation suite à sa suppression à la demande du preneur d'assurance est soumise aux conditions d'acceptation et aux bases techniques en vigueur au moment de la demande. Néanmoins, si le preneur d'assurance refuse la péréquation pendant une année, il conserve le droit à la péréquation l'année suivante, sans aucune condition.

## REVALORISATION

Chaque année, avant la clôture de l'exercice et l'établissement du compte de Profits et Pertes, la compagnie se basant sur le coût réel d'administration, l'intérêt réel des placements et la mortalité constatée par rapport aux éléments correspondants ayant servi de base à l'établissement de ses bases techniques, détermine les bénéfices provenant des assurances revalorisables.

La compagnie affecte une part de ces bénéfices, à la revalorisation des réserves mathématiques de tous les contrats ayant pris cours avant le 1er janvier de l'année précédant celle au cours de laquelle la répartition intervient ou bien réintégré dans la catégorie avant la même date.

La revalorisation de chaque contrat s'effectue à l'échéance annuelle du contrat. Elle se traduit par une augmentation immédiate des sommes assurées et par une augmentation correspondante des primes.

Si le preneur d'assurance refuse le paiement d'une prime majorée, son refus entraîne automatiquement, à partir de ce moment, renonciation à la revalorisation correspondante et aux revalorisations futures.

Dès lors le contrat reste en cours comme si la revalorisation n'était pas intervenue et avec le même régime de participation aux bénéfices que celui en vigueur pour les assurances non revalorisables.

Les garanties fournies par les assurances complémentaires sont majorées à chaque revalorisation, dans la même proportion que l'assurance principale, tout en restant éventuellement inférieures à la somme assurée par celle-ci, en raison du plafond que se fixe la compagnie. Si un événement fait jouer une assurance complémentaire, les garanties se situent à leur niveau lors dudit événement.

Cessent de faire partie des assurances revalorisables, les contrats qui, à la date où la revalorisation est effectuée :

- sont mis en valeur de réduction ou font l'objet d'une avance en vertu d'une assurance complémentaire du risque d'invalidité ;
- sont exonérés, en tout ou en partie, du paiement des primes.

Les contrats ayant cessé de faire partie des assurances revalorisables peuvent y être réintégrés, sur demande du preneur d'assurance, et à partir de la date de cette demande. La compagnie se réserve toutefois le droit de ne pas accepter la réintégration.

## Article 17

### COMMENT ADRESSER LES INSTRUCTIONS RELATIVES AU CONTRAT ?

Toute instruction relative au contrat doit être adressée à la compagnie et notifiée par un écrit daté et signé.

Tout changement d'adresse n'est opposable à la compagnie que si celle-ci en a été informée par lettre recommandée.

La compagnie se réserve cependant le droit de ne pas y donner suite si elle a le sentiment que l'exécution de celle-ci impliquerait une contravention à une disposition légale ou réglementaire ou à une disposition du présent contrat. Dans cette hypothèse, la compagnie informe immédiatement le preneur d'assurance de sa décision.

### Quels sont les tribunaux compétents ? Et les taxes et impôts sur le contrat ?

## Article 18

### TAXES ET NOTIFICATIONS

Les droits de timbre et d'enregistrement, tous impôts et taxes, présents et futurs, applicables à toutes sommes dues de part et d'autre, en vertu du contrat, sont à la charge du preneur d'assurance ou des ayants droit.

L'ensemble des règles fiscales applicables au contrat, tant au niveau des primes versées qu'au niveau des prestations payées, sont décrites dans la brochure fiscale qui peut être obtenue sur simple demande du preneur d'assurance à la compagnie.

Toutes contestations auxquelles le contrat pourrait donner lieu sont de la compétence des tribunaux belges. La loi applicable au contrat est la loi belge.

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](mailto: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](http://www.ombudsman.as)), sans préjudice de la possibilité d'intenter une action en justice.

Les notifications à faire au preneur d'assurance sont valablement faites à sa dernière adresse signalée à la compagnie. Toute notification d'une partie à l'autre est censée faite à la date de son dépôt à la poste.

## Article 19

### DISPOSITIONS PROPRES A LA COUVERTURE CONTRE LES ACTES DE TERRORISME

#### Définition

Par terrorisme, on entend une action ou une menace d'action organisée dans la clandestinité à des fins idéologiques, politiques, ethniques ou religieuses, exécutée individuellement ou en groupe et attentant à des personnes ou détruisant partiellement ou totalement la valeur économique d'un bien matériel ou immatériel, soit en vue d'impressionner le public, de créer un climat d'insécurité ou de faire pression sur les autorités, soit en vue d'entraver la circulation et le fonctionnement normal d'un service ou d'une entreprise.

Les dommages causés par des armes ou des engins destinés à exploser par une modification de structure du noyau atomique ne sont pas couverts dans le présent contrat.



### Adhésion à TRIP

La compagnie couvre les dommages causés par le terrorisme. Celle-ci est membre à cette fin de l'ASBL Terrorism Reinsurance and Insurance Pool (TRIP). Conformément à la loi du 1er avril 2007 relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme, l'exécution de tous les engagements de l'ensemble des entreprises d'assurances membres de l'ASBL est limitée à 1 milliard d'euros par année civile pour les dommages causés par tous les événements reconnus comme relevant du terrorisme, survenus pendant cette année civile. Ce montant est adapté, le 1er janvier de chaque année, à l'évolution de l'indice des prix à la consommation, l'indice de base étant celui de décembre 2005. En cas de modification légale ou réglementaire de ce montant de base, le montant modifié sera automatiquement applicable dès la prochaine échéance suivant la modification, sauf si le législateur a prévu explicitement un autre régime transitoire.

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 cette année civile et les indemnités à payer imputées à cette année civile.

### Régime de paiement

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 à l'article «Adhésion à TRIP» 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 bénéficiaire ne peut prétendre, envers la compagnie, 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.

Si le Comité diminue le pourcentage, la réduction de l'indemnité ne sera pas applicable aux indemnités déjà payées, ni aux indemnités restant à payer pour lesquelles la compagnie a déjà communiqué sa décision à l'assuré ou au bénéficiaire.

Si le Comité relève le pourcentage, l'augmentation de l'indemnité s'applique pour tous les sinistres déclarés découlant de l'événement reconnu comme relevant du terrorisme.

Les dispositions du présent chapitre ne sont pas applicables à la valeur de rachat théorique des assurances-vie.



#### 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.