



■ Conditions générales

*AG Revenu Garanti – AG Revenu Garanti+
AG Revenu Garanti Keyman*

(Edition F)

■ Sommaire

Conditions générales (Edition F)

1. Qu'entend-on par les termes suivants ?	5
2. Objet de l'assurance	8
3. Les prestations et les modalités y afférentes	8
4. Formalités médicales	8
5. Affections préexistantes	9
6. Étendue géographique des garanties	9
7. Quand a-t-on droit aux prestations ?	9
8. A partir de quel moment couvrons nous le risque ?	10
9. Quels sont les risques exclus ?	10
10. Le terrorisme est-il couvert ?	12
11. Quelles sont les obligations du preneur d'assurance, de l'assuré ou de ses ayants droit ?	13
12. Sanctions en cas de non-respect des obligations du preneur d'assurance, de l'assuré ou ses ayants droit ?	15
13. Comment fixe-t-on l'incapacité ? Expertise médicale	15
14. Que se passe-t-il lors d'un changement du taux d'incapacité ?	16
15. Remise en vigueur	16
16. Adaptation des conditions d'assurance et de prime	16
17. Domiciliation du contrat	16
18. Résiliation du contrat	17
19. Poursuite individuelle d'un contrat d'assurance lié à l'activité professionnelle	17
20. Préfinancement de la poursuite individuelle d'un contrat d'assurance lié à l'activité professionnelle	17
21. Demande d'informations et plaintes	18
22. Contestations et loi applicable sur le contrat	18
23. Loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée	18

■ Conditions générales (Edition F)

1. Qu'entend-on par les termes suivants ?

1.1. Incapacité de travail, ci-après dénommée l'incapacité

La diminution de l'intégrité physique de l'assuré consécutive à une maladie ou à un accident entraînant une diminution des revenus professionnels ou de la capacité de gain de l'assuré. Lors de l'appréciation de l'incapacité de l'assuré sont prises en compte la profession exercée et les possibilités de reclassement dans une activité professionnelle qui soit compatible avec ses connaissances, ses aptitudes et

sa situation sociale dans des conditions économiques normales. La détermination du degré d'incapacité est donc indépendante de tout autre critère économique. Le taux d'incapacité pris en considération ne peut dépasser celui qui serait déterminé par les conditions du marché du travail en Belgique.

L'incapacité est considérée comme totale lorsque le taux d'incapacité de travail atteint au moins 67%.

1.2. Nous

AG Insurance sa, dont le siège social est établi à B-1000 Bruxelles, Boulevard Émile Jacqmain 53, TVA BE 0404.494.849.

1.3. Preneur d'assurance

La personne qui conclut le contrat d'assurance

1.4. L'assuré

La personne désignée comme telle par les conditions particulières.

1.5. Contrat d'assurance lié à l'activité professionnelle

Contrat d'assurance conclu par un preneur d'assurance au bénéfice d'une ou de

plusieurs personnes qui, au moment de la conclusion du contrat, sont professionnellement liées avec le preneur d'assurance.

1.6. Rechute

Une nouvelle incapacité consécutive à la même maladie, à la même affection ou au même accident.

1.7. Durée minimale

La durée minimale, telle que précisée aux conditions particulières, que l'incapacité doit atteindre pour que les prestations soient dues. Cette période commence le

jour fixé par le médecin comme étant le début de l'incapacité.

Lorsque l'incapacité se poursuit au-delà de cette durée minimale, les prestations

■ Conditions générales (*Edition F*)

sont dues depuis le premier jour de cette incapacité. Si une période d'incapacité de travail est suivie par une nouvelle période

consécutive à une autre maladie, à une autre affection ou à un autre accident, une nouvelle durée minimale est d'application.

1.8. Délai de carence

Le délai de carence est une période débutant le jour fixé par le médecin comme étant le début de l'incapacité de travail et se terminant après un certain nombre de jours défini dans les conditions particulières. Durant cette période, nous ne sommes redevables d'aucune prestation.

Si l'incapacité se poursuit au-delà de ce délai de carence, nous sommes redevables des prestations à partir du premier jour qui suit la fin de ce délai. Si une période d'incapacité de travail est suivie par une nouvelle période consécutive à une autre maladie, à une autre affection ou à un autre accident, un nouveau délai de carence est d'application.

1.9. Délai d'attente

La période qui débute à la prise d'effet de la garantie et durant laquelle l'assuré ne peut faire valoir aucun droit aux prestations.

1.10. Crime

Un crime est une infraction qui, conformément aux lois, est punie d'une peine criminelle. N'est considéré comme tel que le crime qui a fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée.

1.11. Délit

Un délit est une infraction qui, conformément aux lois, est punie d'une peine correctionnelle. N'est considéré comme tel que le délit qui a fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée.

1.12. Maladie

Toute altération de la santé de l'assuré d'origine non accidentelle, présentant des symptômes objectifs et organiques 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.

Les complications pathologiques de la grossesse sont, sur la base d'une attestation médicale, assimilées à une maladie. Par contre, le repos de maternité légal ou réglementaire n'est pas assimilé à une période d'incapacité de travail résultant d'une maladie.

■ Conditions générales (Edition F)

1.13. Accident

Un événement soudain et fortuit qui produit une lésion corporelle contrôlable et dont la cause ou l'une des causes est extérieure à l'organisme de l'assuré.

1.14. Sinistre

Tout événement susceptible de faire intervenir les garanties du contrat d'assurance.

1.15. Aggravation

Toute augmentation du taux d'incapacité.

1.16. Amélioration

Toute diminution du taux d'incapacité.

1.17. Affection préexistante

La diminution de l'intégrité physique consécutive à des accidents, maladies ou affections survenus avant la date de souscription du contrat ou dont la ou les causes sont antérieures à cette date et/ou dont les premiers symptômes se sont manifestés avant cette date mais qui n'a pas été déclarée par l'assuré lors de la souscription.

En tout cas, en ce qui concerne les contrats d'assurance non liés à l'activité professionnelle au sens de la Loi sur le Contrat d'assurance terrestre, n'est pas considérée comme une affection préexistante une maladie ou une affection qui n'a pas été diagnostiquée dans les deux années suivant la prise d'effet du contrat et dont les symptômes s'étaient déjà manifestés lors de la conclusion du contrat mais n'avaient, lors de la déclaration des risques et non intentionnellement, pas été déclarés ou l'avaient été de manière inexacte.

1.18. Acte intentionnel

L'acte commis volontairement et scientifiquement par l'assuré et qui a causé un dommage raisonnablement prévisible sans

que l'assuré ait nécessairement eu l'intention de causer le dommage tel qu'il s'est produit.

1.19. Résidence habituelle

Le lieu choisi par l'assuré comme centre permanent ou habituel de ses intérêts personnels et/ou patrimoniaux et déter-

miné par des circonstances de nature personnelle et/ou professionnelle qui révèlent des liens durables avec ce lieu ou la volonté de nouer de tels liens.

■ **Conditions générales** (*Edition F*)

1.20. Terrorisme

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 attenant 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.

2. Objet de l'assurance

Cette assurance garantit le paiement des prestations décrites aux conditions particulières et selon les modalités qui y figurent, lorsque l'assuré est frappé d'une incapacité de travail provoquée par une maladie ou un accident.

Cette assurance peut couvrir l'incapacité partielle et totale. Dans ce cas les prestations sont payables proportionnellement au taux d'incapacité.

L'assurance souscrite par l'employeur au profit de son travailleur ou par une personne morale au profit de son dirigeant visé à l'article 32, alinéa 1, 1° et 2° CIR/92 a pour but de compenser une perte de revenus du travail et constitue, par conséquent, un engagement individuel tel que visé à l'article 52, 3°, b, 4^{ème} tiret du Code des Impôts sur les Revenus 1992, à savoir un engagement qui doit être considéré comme un complément aux indemnités légales en cas d'incapacité de travail par suite d'un accident et/ou d'une maladie.

3. Les prestations et les modalités y afférentes

3.1 Rente en cas d'incapacité

Lorsque le droit aux prestations est ouvert au profit du bénéficiaire, nous payons durant la période d'incapacité et proportionnellement à son taux, une rente dont le montant annuel est déterminé aux conditions particulières. Cette rente est,

sauf convention contraire, payable par fractions mensuelles, à termes échus, la première fois par un prorata initial le dernier jour du mois de l'ouverture du droit aux prestations, et pour la dernière fois par un prorata final au moment où le droit aux prestations cesse.

3.2 Remboursement des primes

Lorsque le droit aux prestations est ouvert, nous remboursons au preneur d'assurance, durant la période d'incapa-

cité et proportionnellement à son taux, le montant de la prime taxes éventuelles comprises. Ce montant est payable selon les mêmes modalités que la rente décrite plus haut.

3.3 Réévaluation périodique

Au vu des progrès de la science médicale, nous nous réservons le droit de réévaluer périodiquement le taux d'incapacité, l'as-

suré s'engageant dès lors à fournir tous les renseignements médicaux utiles et à subir les examens médicaux nécessaires à cette fin.

■ Conditions générales (Edition F)

4. Formalités médicales

Nous avons défini une politique d'acceptation du risque « incapacité» prévoyant des formalités médicales.

Conformément à cette politique, lors d'une affiliation ou lors d'une augmentation des garanties, nous subordonnons dans certains cas son acceptation au résultat favorable d'un questionnaire médical ou d'un examen médical passé à nos frais devant un médecin.

En fonction du résultat de ces formalités médicales, nous pouvons accepter, refuser ou différer l'affiliation ou l'augmenta-

tion des garanties, réclamer une surprime et/ou exclure certaines affections.

Les exclusions d'ordre médical sont communiquées par lettre recommandée au candidat-assuré.

Les surprimes sont communiquées par lettre au preneur d'assurance. Cette lettre ne doit pas nous être retournée. Nous appliquons automatiquement les surprimes.

La politique d'acceptation médicale peut être revue à tout moment.

5. Affections préexistantes

Le droit aux prestations n'est jamais ouvert si l'incapacité résulte d'une affection préexistante.

Ce principe s'applique également aux augmentations, extensions ou remises en vigueur de garanties.

Le taux d'incapacité est diminué du taux des incapacités éventuelles existant au moment de la prise en cours des présentes garanties, de la remise en vigueur ou d'une augmentation des garanties, ou bien résultant d'un risque exclu.

6. Étendue géographique des garanties

Les garanties sont effectives dans le monde entier selon les modalités suivantes :

- L'assuré doit avoir sa résidence habituelle en Belgique et le contrôle prévu dans la présente convention doit pouvoir être exercé en Belgique ;

- Les garanties sont effectives si l'assuré séjourne dans un des pays suivant : Allemagne, Andorre, Autriche, Belgique, Bulgarie, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Etat de la Cité du Vatican, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Lichtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Monaco, Pays-Bas, Pologne, Portugal, Roumanie, Royaume-Uni, République de Chypre, République de San-Marin, Slovaquie, Slovénie, Suède, Suisse, République Tchèque ;

- En cas de séjour hors de l'un de ces pays, les garanties ne sont effectives que s'il s'agit d'un séjour de maximum trois mois ou de plusieurs séjours d'une durée cumulative de maximum trois mois par année calendrier, dans un ou plusieurs pays ;

- En cas de séjour hors de l'un de ces pays, de séjours de plus de trois mois ou de séjours multiples dans un ou plusieurs pays d'une durée cumulative de plus de trois mois par année calendrier, les garanties ne sont effectives qu'après notre accord écrit préalable.

■ Conditions générales (*Edition F*)

7. Quand a-t-on droit aux prestations ?

Le droit aux prestations s'ouvre si :

- Le taux d'incapacité est d'au moins 25 % ;
- Le délai de carence ou la durée minimale tel que précisé dans les conditions particulières, est écoulé ;
- Le délai d'attente de 18 mois, applicable en cas de troubles psychiques, de fibromyalgie ou de syndrome de fatigue chronique, est écoulé.

Le droit aux prestations est déterminé par la date fixée par décision médicale comme étant le début de l'incapacité.

En cas de rechute dans les trois mois qui suivent une diminution du taux d'incapacité sous le seuil de 25% suite à une amélioration :

- Nous considérons qu'il y a continuation de la même incapacité et qu'aucun nouveau délai de carence ou aucune durée minimale n'est applicable ;
- Nous ne tenons pas compte des éventuelles demandes d'augmentation de la rente assurée.

Toute augmentation des prestations causée par une nouvelle cause d'incapacité est soumise au délai de carence ou à la durée minimale prévu par les conditions particulières.

Durant un sinistre, ni la prime ni la rente assurée ne peuvent être adaptées.

Si l'incapacité est la conséquence d'une grossesse ou d'un accouchement, les prestations sont suspendues pendant une période qui correspond à la période de repos de maternité légal ou réglementaire qui est octroyée pour la naissance d'un enfant (ci-après dénommée la durée standard du repos de maternité). La dé-

termination de cette période ne prend pas en compte d'éventuelles prolongations et est effectuée sur la base du statut social de l'assuré.

En ce qui concerne les incapacités se produisant avant la date de l'accouchement et qui sont la suite d'une grossesse, le point de départ de la durée standard de repos de maternité s'apprécie en fonction de la date probable de l'accouchement. En ce qui concerne les incapacités se produisant après la date de l'accouchement et qui sont la suite d'une grossesse ou d'un accouchement (après plus de 180 jours de grossesse), le point de départ de la durée standard du repos de maternité s'apprécie en fonction de la date effective de l'accouchement.

Si l'incapacité est la suite :

- de troubles psychiques dont le diagnostic repose sur des signes physiologiques objectifs constatés par un médecin psychiatre,
- de fibromyalgie dont le diagnostic repose sur des signes physiologiques objectifs constatés par un médecin spécialisé,
- d'un syndrome de fatigue chronique dont le diagnostic repose sur des signes physiologiques objectifs constatés par un centre de référence reconnu,

les prestations ne sont dues que durant une période cumulée de deux ans sur toute la durée de la garantie et après application d'un délai d'attente de 18 mois.

Le droit aux prestations cesse :

- lorsque le taux d'incapacité tombe sous les 25% suite à une amélioration;
- au terme du présent contrat ;
- au décès de l'assuré.

8. A partir de quel moment couvrons-nous le risque ?

Le contrat prend effet à la date de prise en cours stipulée dans les conditions particulières, mais pas avant signature du contrat par les parties, ni avant paiement de la première prime.

Si dans un délai de 30 jours à compter

de la date d'émission, un exemplaire dûment signé du contrat n'a pas été renvoyé à nous, et que la première prime n'a pas été payée, le contrat émis sera considéré de plein droit, et sans mise en demeure, comme non-avenu.

■ Conditions générales (Edition F)

9. Quels sont les risques exclus ?

La garantie n'est jamais acquise lorsque l'incapacité :

- résulte directement ou indirectement d'une consommation abusive d'alcool, de la toxicomanie, d'un usage abusif de médicaments ou de toute autre drogue, stupéfiant ou substance psycho-active non prescrite médicalement ;
- survient alors que l'assuré est en d'intoxication alcoolique de plus de 1,5 g par litre de sang, en état d'ivresse ou dans un état analogue causé par l'usage de substances autres que des boissons alcoolisées sauf s'il parvient à apporter la preuve qu'il n'existe pas de relation de cause à effet entre cette situation et la maladie et/ou l'accident ;
- résulte d'un fait intentionnel de la part de l'assuré ou du bénéficiaire ;
- résulte de paris, de défis ou de négligences exposant sans raison valable l'assuré à un danger dont il aurait dû avoir conscience, à l'exception des actes qui ont été accomplis pour la sauvegarde de personnes ou de biens ;
- résulte de la participation volontaire de l'assuré à un crime ou à un délit ;
- est la conséquence d'une rixe, d'une agression ou d'un attentat sauf s'il est établi que l'assuré n'en était ni un provoquant, ni un instigateur ;
- résulte d'un événement de guerre, ou de faits de même nature ou d'une guerre civile. L'incapacité de travail, quelle qu'en soit la cause, est toujours exclue si l'affilié participe activement aux hostilités. En cas de séjour à l'étranger, l'incapacité de travail dûe à un événement de guerre est couverte:
 - si le conflit, imprévisible, éclate pendant le séjour de l'affilié;
 - si l'assuré se rend dans un pays où il y a un conflit armé pour autant que ceci soit stipulé explicitement aux conditions particulières (moyennant une surprime éventuelle).
- Dans ces deux cas, il incombe au bénéficiaire de nous fournir la preuve que l'affilié n'a pas participé activement aux hostilités;
- résulte de la participation de l'affilié à des émeutes ou troubles civils en général, sauf s'il y est intervenu en tant que membre des forces chargées du maintien de l'ordre ou pour défendre directement sa personne ou ses biens.
- résulte d'une tentative de suicide de l'assuré ;
- est la conséquence d'une opération de chirurgie ou d'un traitement esthétique ou plastique sauf si l'incapacité de travail résulte d'une opération de chirurgie reconstructrice suite à un accident, un cancer, des brûlures ou des lésions encourues lors d'un sinistre couvert par nous;
- résulte de la pratique d'un sport quelconque en tant que sportif professionnel ou semi-professionnel, en exécution d'un contrat d'emploi pour sportif rémunéré tel que défini par la loi du 24 février 1978 relative au contrat de travail pour les sportifs rémunérés ;
- est non contrôlable par un examen médical ou est liée à un trouble psychique ne présentant pas de symptômes objectifs et organiques, sauf si un diagnostic basé sur des troubles physiologiques est établi par un psychiatre.

Sauf convention contraire, la garantie n'est pas acquise lorsque l'incapacité résulte :

- d'un accident subi par le pilote, le copilote ou les passagers de n'importe quel engin à moteur, sans moteur ou à traction animale au cours de compétitions, de concours, d'exhibitions, de tentatives de record ou au cours d'entraînement ou d'essais en vue de telles épreuves ;
- de la pratique en compétition de l'équitation, de sport d'hiver ou du cyclisme.

■ Conditions générales (*Edition F*)

- me, y compris au cours d'entraînements en vue de telles épreuves;
- de la pratique de sports ou de loisirs aériens (p.ex. deltaplane, vol à voile, parapente, parachutisme, navigation aérostatique, ...);
 - de l'utilisation d'engins aériens de sport ou de loisir à moteur (p.ex. ULM, hélicoptère, avion de loisir ou de tourisme, ...) en tant que pilote, copilote ou passager ;
 - de la pratique de sports nautiques au cours de compétitions, de concours, d'exhibitions, de tentatives de record ou au cours d'entraînements ou d'essais en vue de telles épreuves (p. ex. natation, voile, planche à voile, surf, kitesurf, canoë, kayak, sports en eau vive, ...);
 - de la pratique de sports nautiques à moteurs (p. ex. jet-ski, jet-ski surf, ski nautique, wakeboard, ...);
 - de la pratique de sports moteurs ou de sports automobiles (p.ex. karting, rallye, raid, motocross, ...) en tant que pilote ou copilote ;
 - de l'utilisation d'engins motorisés tout-terrain de loisir (quad, moto tout-terrain, ...);
 - de la pratique de sports ou d'activités dangereux parmi lesquels : l'alpinisme, l'escalade, la spéléologie, les sports de combat et de défense, le rugby, le hockey sur glace, la plongée sous-marine, ...;
 - de la pratique de sports ou d'activités extrêmes parmi lesquels le benji, le base jump, le canyoning, ...
 - de tout fait ou succession de faits de même origine, dès lors que ce fait ou ces faits ou certains des sinistres causés proviennent ou résultent des propriétés radioactives, toxiques, explosives ou autres propriétés dangereuses des combustibles nucléaires, produits ou déchets radioactifs, ainsi que les dommages résultant directement ou indirectement de toute source de radiations ionisantes ;
 - d'un sinistre subi lors d'une mission à l'étranger organisée par une autorité régionale, nationale et ou internationale ;
 - de la réalisation des risques suivants, propres aux activités professionnelles de l'assuré :
 - risques inhérents à la manipulation ou au transport d'engins et produits explosifs, de produits corrosifs ou inflammables;
 - risques inhérents à une activité dans un chantier de construction ou de démolition, dans le montage des charpentes, ascenseurs et presses, ou sur un site d'exploitation ou de recherche pétrolière ;
 - risques inhérents aux descentes en puits, mines ou carrières en galeries, aux travaux sur installations électriques à haute tension;

10. Le terrorisme est-il couvert ?

10.1. Adhésion

Nous couvrons les dommages causés par le terrorisme. Nous sommes membres à cette fin de l'ASBL TRIP (Terrorism Reinsurance and Insurance Pool). Conformément à la loi du 1^{er} 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 1^{er} 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, cette modification sera automatiquement d'application sauf si un autre régime transitoire est prévu.

■ Conditions générales (Edition F)

10.2. Règle proportionnelle

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.

10.3. Régime de paiement

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

Lorsque le Comité constate que le montant de 1 milliard d'euros (indexé) cité ci-dessus ne suffit pas à indemniser l'ensemble des dommages subis ou lorsque le Comité ne dispose pas d'éléments suffisants pour déterminer si ce montant suffit, les dommages aux personnes sont indemnisés en priorité. L'indemnisation des dommages moraux intervient après toutes les autres indemnisations.

Toute limitation, exclusion et/ou tout étalement dans le temps de l'exécution des engagements de l'entreprise d'assurance, définis dans une loi, un arrêté royal ou toute autre réglementation, s'appliquera à votre contrat conformément aux modalités qui y sont prévues.

10.4. Armes nucléaires

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.

10.5. Modifications ultérieures

En cas de modifications de la législation relative à l'assurance contre les dommages

causés par le terrorisme, ces modifications seront automatiquement d'application sauf si un autre régime transitoire est prévu.

11. Quelles sont les obligations du preneur d'assurance, de l'assuré ou de ses ayants droit ?

11.1. Lors de la souscription du contrat

Tous les renseignements que nous demandons et toutes les circonstances connues du preneur d'assurance ou de l'assuré et dont il est raisonnable de penser qu'elles constituent pour nous des éléments d'appréciation du risque doivent nous être fournis.

En cas de non-respect de cette obligation, les dispositions des articles 6 et 7 de la Loi du 25 juin 1992 sur le Contrat d'assurance terrestre seront d'application sous réserve,

en ce qui concerne les contrats non liés à l'activité professionnelle, de l'article 138bis/5 de la même loi.

S'il est constaté que la date de naissance de l'assuré déclarée lors de la souscription du contrat n'est pas la date de naissance réelle, la rente assurée sera réduite ou augmentée dans la proportion de la prime stipulée au contrat par rapport à la prime correspondant à l'âge résultant de la date de naissance réelle.

■ Conditions générales (*Edition F*)

11.2. Au cours du contrat

11.2.1. Paiement des primes

La prime, majorée des taxes et contributions, est payable par anticipation aux échéances, sur demande de la compagnie.

Le paiement d'une prime n'oblige pas le preneur d'assurance au paiement des primes subséquentes.

En cas de défaut de paiement de la prime à l'échéance, nous pouvons suspendre la garantie du contrat ou résilier le contrat à condition que le preneur d'assurance ait été mis en demeure, soit par exploit d'huissier, soit par lettre recommandée à la poste.

La suspension de garantie ou la résiliation ont effet à l'expiration d'un délai de 15 jours à compter du lendemain de la signification ou du dépôt de la lettre recommandée à la poste.

Si la garantie a été suspendue, le paiement par le preneur d'assurance des primes échues, augmentées s'il y a lieu des intérêts, comme spécifié dans la dernière sommation ou décision judiciaire, met fin à cette suspension.

Lorsque nous avons suspendu notre obligation de garantie, nous pouvons encore résilier le contrat si nous nous en sommes réservé la faculté dans la mise en demeure visée à l'alinéa 3 ; dans ce cas, la résiliation prend effet au plus tôt à l'expiration d'un délai de 15 jours à compter du premier jour de suspension. Si nous ne nous sommes pas réservé cette faculté, la résiliation intervient après nouvelle mise en demeure conformément aux alinéas 3 et 4.

La suspension de la garantie ne porte pas atteinte à notre droit de réclamer les primes venant ultérieurement à échéance à condition que le preneur d'assurance ait été mis en demeure conformément à l'alinéa 3. Le droit de la compagnie est toutefois limité aux primes afférentes à deux années consécutives.

11.2.2. Déclaration

Toute modification de l'activité professionnelle, des activités sportives, du statut social ou du revenu professionnel de l'assuré tels qu'ils sont décrits dans les conditions particulières ainsi que tout déménagement du lieu de résidence habituelle vers l'étranger doivent être signalés par écrit à la compagnie dans les 30 jours de leur survenance.

11.3. En cas de sinistre

Tout accident ou maladie ayant entraîné ou étant susceptible d'entraîner une incapacité de travail doit nous être déclaré par écrit dès que possible et en tout cas dans un délai de 30 jours.

Toutefois, nous ne nous prévaudrons pas du non-respect de ce délai si la déclaration a été faite aussi rapidement que cela pouvait raisonnablement se faire.

A cette déclaration, sera joint un certificat du ou des médecins traitants de l'assuré ou, en cas de troubles psychiques, un certificat d'un médecin psychiatre, sur formulaire que nous délivrons, spécifiant les causes, la nature, le degré et la durée présumée de l'incapacité.

Nous nous réservons toutefois le droit de demander tous les renseignements que nous jugerons nécessaires. A cette fin, nous pouvons notamment demander un certificat médical rédigé par le ou les mêmes médecins concernant le degré et la durée de l'incapacité de travail.

L'assuré s'engage à demander à ses médecins traitants ou, le cas échéant, à son médecin psychiatre, toutes les informations qu'ils possèdent concernant son état de santé et à les communiquer à notre médecin conseil.

Les dispositions nécessaires doivent être prises afin que les médecins que nous mandatons soient en mesure d'exami-

■ Conditions générales (Edition F)

ner l'assuré en Belgique en tout temps et puissent ainsi remplir toutes les missions que nous jugerons nécessaire dans un délai de 30 jours à compter de notre notification.

Si les obligations précitées ne sont pas respectées, les prestations ne seront dues que pour autant que l'incapacité passée puisse encore être prouvée. Nous déclinerons notre garantie si, dans une intention frauduleuse, les obligations n'ont pas été exécutées.

12. Sanctions en cas de non-respect des obligations du preneur d'assurance, de l'assuré ou ses ayants droit ?

12.1. Lors de la souscription du contrat

Si le preneur ou l'assuré ne déclarent pas toutes les circonstances qui leur sont connues et qu'il est raisonnable de considérer comme constituant des éléments d'appréciation du risque, les dispositions

des articles 6 et 7 de la Loi sur le Contrat d'assurance terrestre du 25 juin 1992 seront d'application. Ces dispositions seront également applicables en cas de manquement aux obligations de l'assuré.

12.2. Au cours de contrat

En cas de non-respect de l'obligation visée à l'art. 11.2, nous nous réservons expressément le droit de résilier le contrat ou d'en modifier les conditions.

Si nous prouvons que nous n'aurions, en aucun cas, assuré le risque aggravé, nous pourrons résilier le contrat dans le délai d'un mois à compter du jour où nous avons connaissance de la circonstance nouvelle visée à l'art. 11.2. Si nous prouvons que nous n'aurions consenti à couvrir le risque qu'à d'autres conditions, nous proposerons, dans le délai de 30 jours à compter du jour où nous avons

eu connaissance de la circonstance nouvelle visée à l'art. 11.2, la modification du contrat avec effet rétroactif au jour de cette circonstance nouvelle. Si la proposition de modification du contrat est refusée par le preneur ou si au terme d'un délai de 30 jours à compter de la réception de cette proposition, cette dernière n'est pas acceptée, nous pouvons résilier le contrat dans les 15 jours.

En cas de sinistre survenant avant que la modification ou la résiliation ait pris effet, les dispositions de l'art. 26 de la Loi sur le Contrat d'assurance terrestre du 25 juin 1992 seront d'application.

12.3. En cas de sinistre

Si le preneur ou l'assuré n'ont pas nous informé, dans le délai fixé au point 11.3, de tout accident ou maladie ayant entraîné ou susceptible d'entraîner une incapacité quel qu'en soit le degré ou s'ils ne fournissent pas sans retard les renseignements

et documents demandés aux mêmes articles et qu'il en résulte pour nous un préjudice, nous réduirons nos prestations à concurrence de ce préjudice. Nous déclinerons toute garantie si le manquement aux obligations a été fait avec une intention frauduleuse.

13. Comment fixe-t-on l'incapacité ? Expertise médicale

Sur la base des renseignements fournis, nous jugeons de la réalité, de la durée et du taux de l'incapacité et nous notifions notre décision à l'assuré.

La détermination du taux d'incapacité est

indépendante de toute décision émanant de la mutualité de l'assuré ou de tout autre organisme.

En cas d'incapacités successives survenant en cours de contrat, le taux

■ Conditions générales (*Edition F*)

d'incapacité de travail sera déterminé en tenant compte des différentes causes d'incapacité et de la diminution de la capacité de travail qui existe déjà au moment où se produit la nouvelle incapacité.

Notre décision est considérée comme acceptée sauf si l'assuré nous signifie son désaccord dans les 30 jours de la notification.

Toute contestation à ce sujet ou à un autre sujet d'ordre médical est soumise contradictoirement à deux médecins experts nommés et dûment mandatés, l'un par l'assuré et l'autre par nous.

Faute d'arriver à un accord, les experts choisissent un troisième expert. Les trois

experts statueront en commun mais, à défaut d'unanimité, l'avis du troisième expert sera prépondérant.

Si l'une des parties ne nomme pas son expert ou si les deux experts ne s'entendent pas sur le choix du troisième, la désignation en est faite par le Président du Tribunal de Première Instance du domicile du preneur d'assurance, à la requête de la partie la plus diligente.

Chacune des parties supporte les frais et honoraires de son expert. Les frais et honoraires du troisième expert sont partagés par moitié. Les experts sont dispensés de toutes formalités. Leur décision est souveraine et irrévocabile.

14. Que se passe-t-il lors d'un changement du taux d'incapacité ?

Toute aggravation ou amélioration ainsi que toute cessation de l'incapacité doivent nous être signalées dans un délai de 30 jours.

En cas d'omission, toute somme indûment payée par nous devra nous être restituée.

Toutes les dispositions des articles 11 et 12 sont applicables à ces cas.

15. Remise en vigueur

Le preneur d'assurance a la faculté, pendant les 6 mois suivant la résiliation du contrat en application de l'article 11, de le remettre en vigueur moyennant paiement des primes arriérées.

Nous nous réservons le droit de subordonner ladite remise en vigueur à l'acceptation d'une nouvelle proposition d'assurance ainsi qu'au résultat favorable d'un examen médical de l'assuré.

16. Adaptation des conditions d'assurance et de prime

Conformément aux modalités prévues par la Loi sur le Contrat d'assurance terrestre, nous nous réservons le droit d'adapter les conditions contractuelles et/ou tarifaires de cette garantie.

17. Domiciliation du contrat

Le domicile des parties est élu de droit : le notre à l'adresse de notre siège social, celui du preneur à la dernière adresse connue de nous.

En cas de changement de domicile du

preneur, celui-ci s'engage à nous en prévenir par écrit, faute de quoi toute notification sera valablement faite au dernier domicile officiellement connu de nous.

Toute lettre recommandée, envoyée par

■ Conditions générales (Edition F)

nous, constitue une mise en demeure suffisante. Le récépissé de la poste justifie de l'envoi, nos dossiers ou documents justi-

fient du contenu de la lettre pour autant que celle-ci ne soit pas produite par le preneur ou l'assuré.

18. Résiliation du contrat

Le preneur peut résilier le contrat chaque année soit à la date anniversaire de la prise en cours de l'assurance, soit à la date de l'échéance annuelle de la prime.

La résiliation n'aura d'effet que moyennant l'envoi d'une lettre recommandée à nous au plus tard 2 mois avant la date fixée à l'alinéa précédent.

19. Poursuite individuelle d'un contrat d'assurance lié à l'activité professionnelle

19.1. Droit à la poursuite individuelle
Tout assuré à une assurance liée à l'activité professionnelle couvrant le risque incapacité dispose du droit de poursuivre, en tout ou en partie, cette assurance individuellement lorsqu'il en perd le bénéfice, sans devoir subir un examen médical supplémentaire ni devoir remplir un nouveau questionnaire médical. Ce droit à la

poursuite individuelle n'est pas reconnu à l'assuré qui perd le bénéfice du contrat d'assurance lié à l'activité professionnelle couvrant le risque incapacité pour l'une des raisons visées aux articles 6, 7, 14, 16 et 24 de la Loi sur le Contrat d'assurance terrestre et, de manière générale, en cas de fraude.

19.2 Conditions

Ce droit ne peut toutefois être exercé que si l'assuré, durant les deux années précédant la perte du bénéfice de l'assurance incapacité liée à l'activité professionnelle

qui est poursuivie, a été affilié de manière ininterrompue à un ou plusieurs contrats d'assurance maladie successifs souscrits auprès d'une entreprise d'assurances.

19.3 Obligation d'information à charge du preneur d'assurance

Dans les 30 jours suivant la perte du bénéfice de l'assurance incapacité liée à l'activité professionnelle, le preneur d'assurance doit communiquer à l'assuré, par

écrit ou par voie électronique, le moment précis de cette perte, la possibilité de poursuivre cette convention à titre individuel, nos coordonnées ainsi que le délai dans lequel il peut exercer son droit à la poursuite individuelle.

20. Préfinancement de la poursuite individuelle d'un contrat d'assurance lié à l'activité professionnelle

Par la souscription de ce contrat, le preneur d'assurance s'engage à informer l'assuré de la possibilité qu'il a de payer une prime complémentaire. Immédiatement après la conclusion de ce contrat, le preneur d'assurance est tenu de transmettre cette information à l'assuré.

■ Conditions générales (*Edition F*)

21. Demande d'informations et plaintes

Lorsque le preneur a une question concernant son contrat, il peut toujours prendre contact avec son courtier. Il lui donnera volontiers des informations ou cherchera avec lui une solution.

Si le preneur a une plainte à formuler, il peut la transmettre à AG Insurance sa, Service de l'Ombudsman, Bd. E. Jacqmain 53 à B-1000 Bruxelles ou par e-mail: ombudsman@aginsurance.be.

Si la solution proposée par AG Insurance ne lui donne pas satisfaction, le preneur peut adresser une plainte à l'Ombudsman des Assurances, Square de Meeùs 35 à B-1000 Bruxelles, www.ombudsman.be ou par e-mail: info@ombudsman.be.

Une plainte n'enlève pas la possibilité au preneur d'intenter une action en justice.

22. Contestations et loi applicable sur le contrat

Les contestations, à l'exception des contestations médicales visées à l'article 13, sont de la compétence exclusive des juridictions belges. La loi belge est applicable au présent contrat.

23. Loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée

23.1. Données à caractère personnel

Les données à caractère personnel du preneur ou d'assuré mentionnées au contrat peuvent être traitées par nous, en tant que responsable du traitement, moyennant respect de la loi sur la protection de la vie privée, en vue de et dans le cadre de la fourniture et de la gestion de services d'assurance en général, y compris la gestion du fichier clientèle, l'établissement de statistiques, la prévention de fraude et d'abus et – sauf en cas d'opposition expresse et gratuite de votre part – la promotion commerciale de produits et de services d'assurance.

Nous ne communiquerons pas ces données à des tiers, sauf pour autant qu'il y ait dans notre chef une obligation légale ou contractuelle ou un intérêt légitime. Ces données peuvent, le cas échéant, être communiquées à et traitées par des conseillers et intermédiaires professionnels auxquels le preneur fait appel.

Le preneur et l'assuré ont un droit de regard sur ses données et peut, le cas échéant, les faire corriger.

Ils peuvent s'opposer expressément à toute forme de marketing direct dans le document de souscription.

23.2. Données médicales

L'assuré marque son accord que nous pouvons traiter les données médicales mentionnées au contrat, moyennant respect de la loi sur la protection de la vie privée, en vue et dans le cadre de la fourniture et de la gestion des services d'assurance en général, y compris l'établissement de statistiques et la prévention de fraude et d'abus.

Les données relatives à la santé peuvent uniquement être traitées sous la responsabilité

d'un professionnel des soins de santé et l'accès à ces données est limité aux personnes qui en ont besoin pour l'exercice de leurs tâches.

L'assuré marque son accord que nous ne communiquerons pas ces données à des tiers. Nous pouvons cependant communiquer ces données pour autant qu'il y ait dans notre chef une obligation légale ou contractuelle ou un intérêt légitime.