

Delta Lloyd Life SA
Avenue Fonsny, 38
1060 Bruxelles
Téléphone : +32 (0)2 238 88 11
Fax : + 32 (0)2 238 88 99
TVA BE 0403.280.171
RPM Bruxelles
www.deltalloydlife.be

Assurance Revenu Garanti Assurance Revenu Garanti Privé

**Conditions générales
A partir du 1^{er} février 2010**

Introduction

La police comprend des conditions générales, les conditions particulières et le relevé du contrat.

Les **conditions générales** décrivent le fonctionnement du contrat et déterminent les engagements réciproques. Pour une meilleure compréhension des textes, un lexique reprenant l'explication des termes juridiques et techniques marqués d'un astérisque est repris en annexe.

Les **conditions particulières** précisent les éléments propres du contrat, tels que la date d'entrée en vigueur, les personnes intéressées (preneur d'assurance, assuré, bénéficiaire), le montant des prestations* assurées, l'âge de l'assuré, les versements prévus, la date d'échéance...

Les modifications au contrat sont adressées sous forme d'une nouvelle version du contrat.

1. Etendue de l'assurance

1.1 Qu'entend-t-on par...?

le preneur d'assurance :

la personne physique ou morale qui souscrit le contrat d'assurance avec la compagnie.

la compagnie :

la compagnie d'assurances auprès de laquelle le contrat est souscrit : Delta Lloyd Life SA, Avenue Fonsny, 38 à 1060 Bruxelles, agréée sous le code 167 pour pratiquer la branche 1,2, 21 et 23.

l'assuré :

la personne physique sur la tête de laquelle repose le risque de survenance de l'événement assuré.

le bénéficiaire :

la personne en faveur de laquelle sont stipulées les prestations d'assurance.

un accident :

un événement soudain, inattendu et anormal entraînant une lésion corporelle et dont la cause ou l'une des causes est indépendante, et donc extérieure à l'organisme de l'assuré.

une maladie :

une détérioration de l'état de santé qui n'est pas due à un accident, constatée par un diagnostic médical, et qui présente des symptômes objectifs. Une grossesse pathologique est considérée comme une maladie.

une grossesse pathologique :

Une complication de la grossesse, tant pour l'assurée elle-même que pour le fœtus, consécutive à une maladie ou à une anomalie, et pour laquelle un médecin atteste que l'affiliée doit arrêter le travail.

une invalidité physiologique :

une diminution de l'intégrité physique de l'assuré constatée par un diagnostic médical, dont le degré est déterminé sur base du Barème Officiel Belge des Invalidités (B.O.B.I.).

une incapacité économique :

une diminution, constatée par un diagnostic médical, de la capacité physique nécessaire à l'exercice d'une activité professionnelle compatible avec la formation, les connaissances, les aptitudes et l'expérience de l'assuré. Le degré de cette incapacité est déterminé par le degré d'invalidité économique.

une prestation :

un montant couvert par le présent contrat et, donc, payable par la compagnie en exécution du contrat.

un sinistre :

une invalidité ou une incapacité de l'assuré consécutive à un accident ou une maladie et dont l'incapacité économique s'élève à 25% au minimum.

Un sinistre consécutif à une grossesse pathologique se termine d'office le jour de l'accouchement.

l'accouchement :

L'acte, qu'il soit à terme, avant terme ou après terme et quelle que soit la technique appliquée, par lequel une femme se délivre du fœtus qu'il soit viable ou non.

le délai de carence :

la période prenant cours à la date du début de l'invalidité ou de l'incapacité et pour laquelle la compagnie n'est redevable d'aucune prestation. Dans le cas où un sinistre consécutif à une maladie, survient dans les cinq années qui précèdent le moment où l'assuré atteint l'âge de la retraite - à savoir l'âge normal auquel l'assuré met complètement et définitivement fin à son activité professionnelle - le délai de carence mentionné aux conditions particulières est remplacé par un délai de carence de 365 jours calendrier.

2. Quelles sont les garanties possibles

2.1. Quel est le but de cette assurance ?

L'assurance Revenu Garanti / Revenu Garanti Privé couvre des prestations en cas d'invalidité ou d'incapacité causée par une maladie ou un accident. Leur montant est fonction du degré d'invalidité ou d'incapacité.

2.2. Quelles garanties assurons-nous ?

Pendant la durée du sinistre et proportionnellement au degré d'invalidité ou au degré d'incapacité,

- la compagnie accorde au bénéficiaire une rente. Le montant maximum annuel attribué est fixé dans les conditions particulières.
La rente est payable à terme échu à raison d'un douzième par mois. Le cas échéant, le paiement de la rente commence ou se termine avec un montant calculé au prorata ;
- la compagnie rembourse les primes de l'assurance selon les mêmes modalités que la rente ;

Nonobstant toute clause d'indexation des primes avant sinistre, ne sont indexées pendant le sinistre que les prestations qui font l'objet d'une mention explicite en ce sens dans les conditions particulières.

2.3. Quelle est l'étendue de la garantie ?

L'assurance est valable dans le monde entier pour autant que l'assuré ait sa résidence habituelle en Belgique lors de la conclusion du contrat.

2.4. Dans quels cas la compagnie n'intervient-elle pas ?

2.4.1. La compagnie n'accorde pas son intervention si l'invalidité ou l'incapacité résulte directement ou indirectement :

- d'une tentative de suicide de l'assuré sauf s'il se produit plus d'un an après la prise d'effet du contrat, sa remise en vigueur ou l'augmentation des prestations assurées qui n'aurait pas été prévue dès la prise de cours du contrat ; dans les deux derniers cas, l'exclusion ne concerne que la prestation ayant fait l'objet de la remise en vigueur ou de l'augmentation ;
- d'un crime ou d'un délit intentionnel commis par l'assuré en tant qu'auteur ou coauteur, de la participation de l'assuré à des paris ou des défis ;
- d'un accident d'aéronef sur lequel l'assuré a embarqué comme passager ou comme membre d'équipage, sauf s'il s'agit d'un vol de ligne ou charter régulier à caractère civil ;
- d'émeutes, de troubles civils, de grèves de tous actes de violence collective, d'inspiration politique, idéologique ou sociale, accompagnés ou non de rébellion contre les autorités, sauf si l'assuré prouve que, soit, il n'y a pas pris part activement, soit qu'il se trouvait dans un état de légitime défense, soit qu'il n'est intervenu qu'en tant que membre de la force engagée par les autorités pour le maintien de l'ordre;
- d'une guerre ou de tout fait analogue et d'une guerre civile ; si l'invalidité ou l'incapacité de l'assuré survient dans un pays étranger où des hostilités sont en cours, il faut distinguer deux cas :
 - si le conflit éclate durant le séjour de l'assuré, la couverture est accordée pour autant que l'assuré ne participe pas activement aux hostilités ;
 - si l'assuré se rend dans un pays où un conflit armé est en cours, la couverture ne peut être accordée que moyennant le paiement d'un éventuel supplément

de prime et l'accord écrit de la compagnie et pour autant que l'assuré ne participe pas activement aux hostilités ;

- de tout fait ou succession de faits de même cause qui résulte ou est la conséquence de sources de radiations ionisantes, de combustibles nucléaires ou de produits ou déchets radioactifs;
- de la participation à des méfaits, rixes ou disputes (sauf en cas de légitime défense) et des actes téméraires (sauf en cas de sauvetage de personnes ou de biens immobiliers) ;
- de l'usage compétitif ou professionnel, même en tant que passager, d'une motocyclette d'une cylindrée de plus de 50 cm³, à l'exception du chemin du travail ;
- de l'exercice d'une des activités professionnelles suivantes : acrobates, dompteurs, plongeurs, boxeurs lutteurs, catcheurs ou tout sport qui comprend la mise hors de combat d'un adversaire, bûcherons, élagueurs, pompiers ; toute profession qui implique une des activités suivantes : le fait de monter sur des toits, sur des échelles de plus de 4 mètres, sur des échafaudages, la construction et le démontage d'échafaudages ; la descente dans des puits, des mines ou des carrières, le travail sur des chantiers de démolition, sur des installations électriques à haute tension ; l'utilisation, le transport, la manipulation et la fabrication de pièces pyrotechniques, d'explosifs ou de produits corrosifs ; des activités professionnelles de l'aviation ou de la navigation maritime ; l'utilisation de rayons X ou de radio-isotopes ;
- de la pratique de tout sport dangereux tel que le yachting en mer à plus de 3 miles marins de la côte, l'alpinisme, la spéléologie, la boxe, le karaté, le jiu-jitsu, la lutte ou tout autre sport qui comprend la mise hors de combat d'un adversaire, la chasse, le bobsleigh, la plongée sous-marine, le parachutisme, le 'skeleton', le saut à ski, le saut d'obstacles, le rugby, la nage ou la plongée avec un masque à oxygène autonome, le saut de trampoline, le rafting, le saut à l'élastique, le deltaplane, l'ULM, tout sport en compétition avec des animaux ou des véhicules de navigation, des motos, des autos ou n'importe quel autre véhicule qui engendre des risques analogues ;
- de la participation à des courses, à des concours et essais de vitesse, ainsi que pendant les entraînements en vue de ceux-ci ou à l'occasion de paris et de défis ;
- d'un état d'hallucination, d'ivresse ou d'intoxication alcoolique soit lorsque le taux d'alcool dans le sang s'élève au taux d'alcoolémie défini dans le Code de la route en vigueur au jour du sinistre, ou d'intoxication analogue résultant de l'utilisation de drogues ou de produits hallucinogènes ;
- des tremblements de terre, des éruptions volcaniques, des cyclones, des raz-de-marée, des inondations, des glissements de terrain, des affaissements de terrain ou d'autres catastrophes naturelles ;
- de propriétés radioactives, chimiques, bactériologiques, toxiques, explosives ou autres propriétés dangereuses des combustibles nucléaires, produits ou déchets radioactifs, chimiques ou bactériologiques, sauf lorsqu'ils sont la conséquence d'actes répondant à la notion de terrorisme telle qu'elle est définie par la loi du 1^{er} avril 2007 relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme ; l'invalidité ou l'incapacité n'est pas couverte par le présent contrat lorsqu'elle est causée par des armes ou engins qui sont destinés à exploser à la suite de la modification du noyau atomique ;
- d'alcoolisme, de toxicomanie, d'usage abusif de médicaments ou de toute autre drogue, stupéfiant ou substance psycho-active non prescrite médicalement ;
- d'une affection allergique qui ne représente pas un degré d'invalidité physiologique

- de plus de 25% ;
- d'un fait intentionnel de l'assuré, du preneur d'assurance ou de toute (autre) personne qui a un intérêt à l'intervention de la compagnie ;
- des traitements que l'assuré s'est appliqué à lui-même, à l'exception des actes normaux de soins personnels ;
- d'un traitement esthétique, d'une stérilisation, d'une insémination artificielle, le traitement esthétique étant toutefois couvert s'il s'agit de chirurgie reconstructive de lésions encourues à l'occasion d'un sinistre couvert ;
- des lésions physiologiques dont les symptômes s'étaient déjà manifestés et avaient été constatés par un diagnostic médical avant la conclusion du contrat ou l'extension éventuelle des garanties ou dans les deux années consécutives.

Par dérogation au délai de carence tel que défini au point 3.4, l'invalidité ou l'incapacité résultant du burn-out, du syndrome de la fatigue chronique, de la fibromyalgie, de troubles liés au stress ou de troubles psychiques fonctionnels non directement objectivables par des répercussions organiques ne sont couvertes qu'après l'expiration d'un délai de carence d'un an et pour une durée maximale de deux ans. Les conditions particulières ne peuvent pas déroger à règles prévues dans ce paragraphe.

Seules les affections psychiques ou nerveuses répondant à toutes les conditions suivantes sont indemnisées sans restriction :

- un psychiatre reconnu en Belgique a établi le diagnostic de manière formelle ;
- ce diagnostic est basé sur des symptômes organiques et répond aux critères du système de référence au niveau international, le DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4^e édition ou versions ultérieures) ;
- l'affection fait partie de la liste limitative reprise ci-après :
 - Dépression majeure
 - Trouble bipolaire
 - Trouble psychotique
 - Trouble d'anxiété généralisé
 - Trouble dissociatif
 - Trouble obsessionnel-compulsif
 - Schizophrénie
 - Anorexie nerveuse
 - Boulimie nerveuse

2.5. Couverture du risque de terrorisme

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

La compagnie couvre les dommages causés par le terrorisme et est membre de l'ASBL TRIP (www.tripvzw.be). Conformément à la loi du 1^{er} avril 2007 relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme, les engagements de l'ensemble des compagnies d'assurance qui sont membres de l'ASBL sont limités à 1 milliard d'euros par année civile pour les dommages causés par tout événement reconnu comme acte de terrorisme, survenu au cours de l'année civile en question. Ce montant est adapté le 1^{er} janvier de chaque année en fonction de l'évolution de l'indice des prix à la consommation, en se référant à l'indice de décembre 2005. En cas de modification légale ou réglementaire du montant de base, le nouveau montant s'appliquera automatiquement à partir de la première échéance suivant la modification, à moins que le législateur ne prévoie explicitement une autre disposition transitoire.

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

Conformément à la loi susmentionnée du 1^{er} avril 2007, le Comité décide si un événement répond à la définition de terrorisme. Afin que le montant cité aux articles 2, 3 et 4 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 faire valoir auprès de la Compagnie son droit à l'indemnisation qu'après que le Comité a fixé le pourcentage. La Compagnie paie le montant assuré conformément au pourcentage fixé par le Comité.

3. Prestations en cas de sinistre

3.1. Quand et comment l'assuré doit-il déclarer le sinistre ?

3.1.1. Tout accident ou maladie ayant entraîné ou susceptible d'entraîner l'invalidité ou l'incapacité de l'assuré doit être déclaré à la compagnie dès que possible et au plus tard dans un délai de trente jours à dater de la survenance de l'accident ou de la maladie. La compagnie prendra néanmoins en considération toute déclaration faite en dehors de ce délai, à condition :

- qu'elle soit faite dans un délai de deux ans à partir de la date de la survenance de l'accident, ou de la maladie,
- et
- qu'il soit établi qu'il était impossible d'introduire ladite déclaration plus tôt,
- et
- qu'il soit encore possible d'effectuer le contrôle médical nécessaire.

Toutefois, si une déclaration est faite tardivement, et qu'il en résulte un préjudice pour la compagnie, le délai de carence prend cours le jour où elle est informée du sinistre.

La déclaration de sinistre doit se faire sur les formulaires émis à cet effet. Le premier doit être complété par l'assuré et le second par le ou les médecins traitants de ce dernier.

La compagnie se réserve le droit de demander tous autres renseignements qu'elle jugerait nécessaires.

3.1.2. Les renseignements complémentaires doivent en tous les cas être fournis à la compagnie dans les 30 jours qui suivent la demande.

3.1.3. L'assuré autorisera le(s) médecin(s) traitant(s) à communiquer au médecin-conseil de la compagnie tous les renseignements qu'il(s) possède(nt) concernant son état de santé.

3.1.4. L'assuré doit se faire dispenser les soins médicaux nécessaires à sa guérison et éviter tout ce qui pourrait aggraver les suites du sinistre.

3.1.5. L'assuré doit permettre à la compagnie d'effectuer les examens médicaux en Belgique, même si cela requiert une hospitalisation. L'examen doit avoir lieu dans les 30 jours qui suivent la convocation.

3.1.6. L'assuré doit communiquer à la compagnie toute modification du degré ou de la durée de l'invalidité ou de l'incapacité ou toute reprise totale ou partielle de ses activités professionnelles dans les 8 jours de leur survenance.

Si l'assuré ne respecte pas les obligations contenues aux points 3.1.2 à 3.1.6 repris ci-dessus et qu'il en résulte un préjudice pour la compagnie, cette dernière pourra prétendre à une réduction totale ou partielle des prestations, et le cas échéant, au remboursement des prestations indûment payées.

La compagnie peut résilier le contrat si, dans une intention frauduleuse, l'assuré n'a pas exécuté les obligations précitées.

3.2. Comment le degré d'invalidité ou d'incapacité est-il déterminé ?

L'existence, la durée et le degré d'invalidité ou d'incapacité sont déterminés par le médecin-conseil de la compagnie sur base des éléments qui lui sont fournis. Le degré d'incapacité minimum pris en considération correspond au degré de l'incapacité économique. Ce dernier doit s'élever à 25% au minimum.

Le degré d'invalidité ou d'incapacité ainsi défini

- est ramené à zéro s'il est inférieur à 25% ;
- est porté à 100% s'il est égal ou supérieur à 67%.

Si les degrés d'invalidité et d'incapacité sont différents, la prestation se calcule sur base du degré le plus élevé.

Si dans les 30 jours qui suivent la notification du degré retenu par le médecin-conseil de la compagnie à l'assuré ou au bénéficiaire, celle-ci n'est pas contestée par écrit, elle est considérée comme acceptée.

La compagnie et l'assuré ont, à tout moment, le droit de soumettre à un ré-examen l'existence, la durée et le degré de l'invalidité ou de l'incapacité.

Dès qu'il y a une modification du degré d'invalidité ou d'incapacité, la compagnie adapte les prestations à la nouvelle situation.

3.3. Comment sont calculées les prestations ?

En ce qui concerne le remboursement des primes :

En cas d'invalidité ou d'incapacité de l'assuré causée par accident ou maladie, la compagnie se chargera du remboursement des primes de l'assurance pendant la durée de l'invalidité ou de l'incapacité et proportionnellement à son degré.

En ce qui concerne le paiement de la rente :

La prestation est déterminée mensuellement à terme échu, proportionnellement au degré applicable conformément au point 3.2 et à la période d'invalidité ou d'incapacité.

3.4. A quel moment le bénéficiaire a-t-il droit aux prestations ?

Le droit aux prestations prend effet lorsque les trois conditions cumulatives ci-après sont réunies :

- lorsque le degré d'incapacité économique de l'assuré atteint ou dépasse 25% ;
- après que le délai de carence stipulé aux conditions particulières se soit écoulé ;
- après production des pièces justificatives.

Le droit aux prestations prend fin lorsque l'une des situations ci-après se présente :

- lorsque le degré d'incapacité économique de l'assuré devient inférieur à 25% ;
- en cas de décès de l'assuré ;
- à l'échéance fixée aux conditions particulières ;
- en cas de résiliation de votre contrat.

3.5. Que se passe-t-il en cas de rechute ?

Si, dans les 60 jours suivant le jour où le degré d'incapacité est descendu en dessous de 25%, ce degré atteint de nouveau 25% minimum suite au même accident ou la même maladie, le délai de carence ou les prestations assurées sont suspendus pendant la période comprise entre ces deux dates.

Dans le cas contraire, la compagnie considère qu'il s'agit d'un nouveau sinistre et un nouveau délai de carence est appliqué.

Si, pendant le délai de carence ou en cours de paiement des prestations assurées, une invalidité ou incapacité complémentaire survient suite à une autre cause, les prestations assurées complémentaires éventuelles sont soumises à l'application d'un nouveau délai de carence.

3.6. Que se passe-t-il en cas de contestation concernant l'invalidité ou l'incapacité ? L'expertise médicale

Toute contestation au sujet de l'invalidité ou de l'incapacité de l'assuré sera soumise à deux médecins-experts dûment mandatés et respectivement nommés, l'un par l'assuré et bénéficiaire agissant de concert et l'autre par la compagnie.
Si les deux médecins ne parviennent pas à un accord, ceux-ci en désignent un troisième.

Si l'une des parties ne nomme pas son médecin-expert ou si les deux médecins-experts ne s'entendent pas quant au choix d'un troisième, la désignation en est faite, à la requête de la partie la plus diligente, par le Tribunal compétent du lieu du domicile du preneur d'assurance.

Les trois médecins prennent une décision collégiale. A défaut d'accord, la décision du troisième médecin est prépondérante.
Les décisions des médecins lient les parties et sont irrévocables pour autant qu'elles soient motivées et respectent les dispositions du présent contrat.

Chacune des parties supporte les frais et honoraires de son propre médecin-expert. Les frais et honoraires du troisième médecin-expert sont partagés par moitié.

4. Modalités générales

4.1. Sur quelles bases le contrat d'assurance est-il établi ?

Le contrat est établi sur la base :

- des dispositions légales et réglementaires applicables aux assurances de droit belge ;
- des déclarations du preneur d'assurance et de l'assuré ainsi que des éléments repris sur les certificats médicaux et sur les autres documents ou examens que nous avons demandés. Ces éléments font partie intégrante du contrat.

La compagnie établit les éventuels avenants qui précisent les dispositions du contrat.

4.2. Quand le contrat d'assurance entre-t-il en vigueur ?

Le contrat entre en vigueur à la date qui est mentionnée aux conditions particulières et au plus tôt après signature de celles-ci par le preneur d'assurance et après réception du premier versement

En cas d'absence de signature du contrat par le preneur d'assurance, le paiement de prime sur le compte de la compagnie vaut acceptation des conditions du contrat.

4.3. Le preneur d'assurance dispose-t-il d'un délai de réflexion après l'entrée en vigueur du contrat ?

Le preneur d'assurance peut résilier le contrat dans les 30 jours qui suivent son entrée en vigueur.

En cas de résiliation, la compagnie rembourse au preneur d'assurance les primes payées, déduction faite des sommes utilisées pour couvrir le risque encouru.

4.4. Quelles sont les obligations du preneur d'assurance et celles de l'assuré lors de la conclusion du contrat ?

4.4.1. Le preneur d'assurance ainsi que l'assuré ont l'obligation de déclarer exactement, et de manière complète, lors de la conclusion du contrat, toutes les circonstances qui leurs sont connues et qui doivent raisonnablement être considérées comme constituant pour la compagnie des éléments d'appréciation du risque.

4.4.2. Une omission ou inexactitude intentionnelle induisant la compagnie en erreur sur les éléments d'appréciation du risque entraînent la nullité du contrat.

La compagnie conserve les primes échues, et le cas échéant, le preneur d'assurance ou l'assuré doivent rembourser à la compagnie les prestations indûment payées à l'occasion d'un sinistre.

4.4.3. Dès qu'un délai de deux ans s'est écoulé à compter de l'entrée en vigueur du contrat, la compagnie ne peut invoquer les omissions ou inexactitudes non intentionnelles dans les déclarations du preneur d'assurance ou de l'assuré lorsque ces omissions ou inexactitudes se rapportent à une maladie ou une affection dont les symptômes s'étaient déjà manifestés au moment de la conclusion du contrat et qui n'a pas été diagnostiquée dans le même délai de deux ans.

La compagnie ne peut invoquer une omission ou inexactitude non intentionnelle lorsque la maladie ou une affection ne s'était encore manifestée d'aucune manière au moment de la conclusion du contrat d'assurance.

Cette disposition ne s'applique que lorsque le preneur d'assurance est une personne physique.

4.5. Quelles sont les obligations du preneur d'assurance et celles de l'assuré en cours de contrat ?

4.5.1. La compagnie doit être informée par écrit dans les 30 jours de :

1. tout changement du statut social ou des activités professionnelles de l'assuré ;
2. tout déplacement de la résidence habituelle de l'assuré vers l'étranger.

4.5.2. S'il résulte de ces informations une aggravation du risque, la compagnie se réserve le droit de résilier le contrat d'assurance ou d'en modifier les conditions dans les 60 jours qui suivent la réception de la déclaration écrite mentionnée ci-avant.

La compagnie communique sa décision par lettre recommandée.

Si le preneur d'assurance n'accepte pas la modification dans un délai de trente jours à dater de sa notification, la compagnie peut résilier le contrat dans les 15 jours.

4.5.3. Si une modification n'a pas été communiquée conformément au point 4.5.1, la procédure prévue au point 4.5.2 est appliquée dès que la compagnie a connaissance de cette modification.

4.5.4. Si un sinistre survient alors qu'une modification telle que mentionnée ci-dessus n'a pas été communiquée conformément au point 4.5.1, la compagnie n'est pas tenue de payer les prestations assurées,

4.5.5. Si, à la suite de modification du contrat, il s'avère que des prestations payées ont été trop peu élevées, le montant dont la compagnie est redevable est payé sans intérêt moratoire. La compagnie est par ailleurs en droit de réclamer le remboursement des prestations qui auraient été indûment payées sans intérêt moratoire.

4.6. Que faire en cas de changement de domicile ?

Le preneur d'assurance communique sans délai à la compagnie tout changement d'adresse par écrit.

Si le preneur d'assurance change d'adresse sans en aviser la compagnie ou si le nouveau domicile est situé en dehors de l'Union européenne et que le preneur d'assurance n'a pas désigné un représentant qualifié, toutes les communications seront censées avoir été faites valablement à la dernière adresse communiquée.

4.7. Comment est calculée la prime d'assurance ?

La prime d'assurance est le prix que le preneur d'assurance paie en contrepartie de l'assurance des prestations que la compagnie lui garantit.

Dans la fixation du montant, nous tenons compte :

- de l'âge de l'assuré ;
- de la durée du contrat ;
- des déclarations de l'assuré ;
- des autres caractéristiques du contrat mentionnées dans les conditions particulières telles

que le montant de la rente assurée, le délai de carence, le type de couverture choisi et les modalités de paiement de la rente.

4.8. Quand et comment les primes d'assurance doivent-elles être payées ?

Le montant et le fractionnement de la prime sont mentionnés dans les conditions particulières. Le paiement de la prime ou d'une de ses fractions est anticipatif. Les primes sont majorées de tous impôts ou cotisations relatifs à l'assurance.

4.9. Que se passe-t-il lorsque le preneur d'assurance cesse de payer les primes ?

La compagnie envoie au preneur d'assurance une lettre recommandée. Celle-ci informe le preneur d'assurance que l'assurance sera résiliée si la prime n'est pas payée dans un délai de 15 jours à dater du lendemain de la date du dépôt de la lettre recommandée à la poste. La résiliation prend effet à l'expiration de ce délai.

Les lettres recommandées constituent des mises en demeure suffisantes.

4.10. Quand le contrat prend-il fin ?

4.10.1 Fin de plein droit

Le contrat et la garantie prennent fin de plein droit au terme prévu dans les conditions particulières ou au décès de l'assuré, et en tout les cas lorsque l'assuré cesse définitivement et complètement son activité professionnelle, soit à l'âge de 65 ans, soit anticipativement à l'âge indiqué dans les conditions particulières, à la demande explicite de l'assuré.

4.10.2 Fin du contrat par résiliation

- Le preneur d'assurance peut résilier le contrat à tout moment.
- La compagnie peut le résilier dans les cas prévus aux points 3.1, 4.4, 4.5, 4.9 et dans tous les autres cas où la loi nous le permet.
- La résiliation du contrat se fait par lettre recommandée à la poste.
- La résiliation prend effet à l'expiration d'un délai de quinze jours prenant cours le lendemain du dépôt de la lettre recommandée à la poste.

4.11. Que se passe-t-il si la date de naissance de l'assuré déclarée à la souscription du contrat est incorrecte ?

Si, lors du contrôle de la date de naissance, la compagnie constate que l'âge de l'assuré déclaré est inexact, elle détermine une nouvelle prestation assurée qui, à prime égale, correspond à l'âge exact.

4.12. Que se passe-t-il en cas de modification des conditions générales d'assurance ou des tarifs ?

La compagnie peut appliquer les nouvelles conditions générales et les primes modifiées dès l'échéance suivante, après en avoir avisé le preneur d'assurance.

Le preneur d'assurance peut toutefois résilier le contrat dans les 30 jours suivant la réception de cet avis. Passé ce délai, le preneur d'assurance est censé accepter ces modifications.

5. Droit de poursuite individuelle du contrat d'assurance (Assurance Revenu Garanti Privé)

5.1. Quelles sont les conditions d'octroi ?

1) L'assuré qui a été informé par son employeur de la perte du bénéfice d'une assurance maladie liée à l'activité professionnelle informe la compagnie, par écrit ou par voie électronique, dans les 30 jours de son intention de poursuivre en tout ou en partie cette assurance. Ce délai de 30 jours peut être prolongé d'un nouveau délai de 30 jours sur demande expresse de l'assuré.

2) La compagnie envoie dans les 15 jours une offre à l'assuré qui mentionne :

- les conditions de garantie
- les prestations couvertes
- les exclusions
- les délais de déclaration
- son délai de réponse de 30 jours
- la durée de validité de l'offre

3) L'assuré répond dans les 30 jours de la réception de l'offre. Après ce délai, il n'est plus possible de demander la poursuite à titre individuel.

4) En cas d'acceptation de l'offre, la compagnie ne peut pas soumettre la conclusion du présent contrat à

- un questionnaire ou examen médical supplémentaire ;
- l'application d'une surprime ou d'une clause d'exclusion en raison de l'évolution de l'état de santé de la personne assurée au cours de son affiliation au contrat d'assurance maladie lié à l'activité professionnelle.

5.2. Quand le contrat d'assurance entre-t-il en vigueur ?

Le contrat entre en vigueur au premier jour qui suit la fin de l'assurance liée à l'activité professionnelle et au plus tôt après signature des conditions particulières par le preneur d'assurance et après réception du premier versement.

En cas d'absence de signature du contrat par le preneur d'assurance, le paiement de prime sur le compte de la compagnie vaut acceptation des conditions du contrat.

5.3. Quelles informations financières doivent être communiquées par le preneur d'assurance ?

Le preneur d'assurance s'engage à communiquer toute modification intervenue dans sa profession, son revenu et lorsqu'il change de statut dans le système de sécurité sociale pour autant que ces modifications aient une influence significative sur le risque et/ou le coût ou l'étendue des prestations garanties.

5.4. Le preneur d'assurance dispose-t-il d'un délai de réflexion ?

Le preneur d'assurance peut résilier le contrat dans les 30 jours qui suivent la réception par le preneur d'assurance des conditions particulières de la poursuite individuelle.

En cas de résiliation, la compagnie rembourse au preneur d'assurance les primes payées, déduction faite des sommes utilisées pour couvrir le risque encouru.

5.5. Comment est calculée la prime d'assurance ?

Pour la poursuite individuelle du contrat d'assurance, la compagnie peut tenir compte pour le montant de la prime, la période de carence et les conditions d'assurance, de manière raisonnable et proportionnelle, des éléments suivants :

- la modification intervenue dans la profession de l'assuré ;
- la modification intervenue dans le revenu de l'assuré ;
- du changement du statut social de l'assuré

et pour autant que ces modifications aient une influence significative sur le risque et le coût ou l'étendue des prestations garanties.

6. Qui est compétent en cas de plainte éventuelle ?

Toute plainte éventuelle relative au contrat peut être adressée :

- à Delta Lloyd Life, Service de l'Ombudsman, avenue Fonsny, 38 à 1060 Bruxelles, ombudsman@deltalloydlife.be en première instance,
- ou à l'Ombudsman des assurances, square de Meeûs, 35 à 1000 Bruxelles, www.ombudsman.as, en dernier ressort,

sans préjudice du droit pour le preneur d'assurance d'intenter une action en justice.

Les éventuelles contestations en justice relatives au contrat relèvent exclusivement de la compétence des tribunaux belges.

7. Protection de la vie privée

Dans le cadre de la loi du 8 décembre 1992 sur la protection de la vie privée, les données à caractère personnel mentionnées au contrat peuvent être traitées par la compagnie, en tant que responsable du traitement, en vue de et dans le cadre de la fourniture et de la gestion de services d'assurance en général. Le preneur d'assurance peut s'opposer expressément à toute forme de marketing direct.

Le preneur d'assurance peut consulter le Registre public des traitements automatisés (tenu auprès de la Commission de la protection de la vie privée) et a un droit d'accès et de rectification des données à caractère personnel.

La compagnie ne communiquera ces données à des tiers qu'en cas d'obligation légale, ainsi qu'à Datassur G.I.E. (Square de Meeûs, 29, à 1000 Bruxelles) pour la gestion des risques.

8. Données médicales

Le preneur d'assurance (et l'assuré) marque(nt) son (leur) accord sur le fait que la compagnie traite les données médicales mentionnées au contrat, en vue et dans le cadre de la fourniture et de la gestion des services d'assurance. 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.

La compagnie ne communiquera pas ces données à des tiers. Le preneur d'assurance (et l'assuré) marquent cependant accord pour que la compagnie communique ces données, pour autant qu'il y ait dans le chef de la compagnie une obligation légale.

En signant le présent contrat, l'assuré manifeste son accord irrévocable pour que son médecin traitant délivre une attestation indiquant la cause du décès au médecin de la compagnie, conformément à l'article 95 de la loi sur le contrat d'assurance terrestre.