

Overlijdensverzekering

(geldig vanaf februari 2016)

TNA-02/2016

Inhoud

Algemene voorwaarden Overlijdensverzekering	3
Artikel 1: Omschrijving van de begrippen	3
Artikel 2: Omschrijving van de verzekering	3
Artikel 3: Correcte verstrekking van gegevens	3
Artikel 4: Geografische draagwijdte en uitsluitingen	4
Artikel 5: Aanvaarding en aanvang van de dekking	4
Artikel 6: Premiebetaling	4
Artikel 7: Begunstiging	5
Artikel 8: Aangifte van een schadegeval en uitkeringen	5
Artikel 9: Opzeg, afkoop en reductie door de verzekeringnemer	5
Artikel 10: Niet-betaling van een premie	6
Artikel 11: Bijzondere kosten veroorzaakt door de verzekeringnemer	6
Artikel 12: Bijzondere bepalingen voor een verzekering op 2 hoofden	6
Artikel 13: Specificaties van het tarief	6
Artikel 14: Bijzondere kortingen en tegemoetkomingen	6
Artikel 15: Overdracht van de rechten van het Contract	7
Artikel 16: Vooroverlijden van de Verzekeringnemer	7
Artikel 17: Toepasselijke wetgeving en fiscale bepalingen	7
Artikel 18: Briefwisseling en bewijs	7
Artikel 19: Wijziging van de Algemene Voorwaarden	7
Artikel 20: Bescherming van de persoonlijke levenssfeer	8
Artikel 21: Klachten en geschillen	8
Artikel 22: Belangenconflicten	8
Algemene Voorwaarden Aanvullende Waarborg Invaliditeit (AVRI)	9
Artikel 1: Omschrijving van de begrippen	9
Artikel 2: Omschrijving van de verzekering	9
Artikel 3: Correcte verstrekking van gegevens	9
Artikel 4: Dekkingen bij arbeidsongeschiktheid	9
Artikel 5: Geografische draagwijdte en uitsluitingen	10
Artikel 6: Uitkeringsperiode	10
Artikel 7: Aangifte van een schadegeval en uitkeringen	11
Artikel 8: Begunstiging	11
Artikel 9: Premiebetaling	11
Artikel 10: Wijziging van de algemene voorwaarden of het tarief	11
Artikel 11: Opzeg, afkoop en reductie door de verzekeringnemer	11
Artikel 12: Niet-betaling van een premie	11
Artikel 13: Aangifte van iedere wijziging van beroepsactiviteit	11
Algemene Voorwaarden Aanvullende Waarborg Ongevallen (AVRO)	13
Artikel 1: Omschrijving van de begrippen	13
Artikel 2: Omschrijving van de verzekering	13
Artikel 3: Geografische draagwijdte en uitsluitingen	13
Artikel 4: Aangifte van een schadegeval en uitkering	13
Artikel 5: Begunstiging	13
Artikel 6: Premiebetaling	13
Artikel 7: Wijziging van de algemene voorwaarden of het tarief	13
Artikel 8: Opzeg, afkoop en reductie door de verzekeringnemer	13
Artikel 9: Niet-betaling van een premie	13

Artikel 1: Omschrijving van de begrippen

In deze Algemene Voorwaarden en in de Bijzondere Voorwaarden, wordt verstaan onder:

(Verzekerings)overeenkomst

De overeengekomen verzekering, algemeen omschreven in deze Algemene Voorwaarden en verder meer specifiek omschreven in de Bijzondere Voorwaarden voor wat de verzekerde dekkingen betreft. Beide documenten moeten samen gelezen worden.

Maatschappij

Delta Lloyd Life NV, Fonsnylaan 38, 1060 Brussel.

Verzekeringnemer

De natuurlijke of rechtspersoon die de overeenkomst sluit met de Maatschappij.

Verzekerde(n)

De natuurlijke perso(o)n(en), op wiens hoofd de overeenkomst is gesloten.

Begunstigde(n)

De perso(o)n(en), vermeld in de Bijzondere Voorwaarden, aan wie de uitkering waarin de overeenkomst voorziet, toekomt.

Premie

De prijs die de Maatschappij vraagt om de gekozen uitkeringen te waarborgen. Bij deze premie dienen de taksen te worden gevoegd die worden opgelegd door de Belgische wetgeving.

Theoretische afkoopwaarde

De reserve gevormd door de kapitalisatie van de betaalde premies rekening houdend met eventuele kosten en taksen alsook de verbruikte sommen voor het dekken van het risico.

Opzeg (door de verzekeringnemer)

Het stopzetten van de overeenkomst met terugbetaling van de betaalde premie(s) onder aftrek van eventuele kosten en taksen alsook de verbruikte sommen voor het dekken van het risico.

Afkoop (door de verzekeringnemer)

Het voortijdig stopzetten van de overeenkomst.

Reductie (door de verzekeringnemer)

Het stopzetten van de premiebetaling met behoud van de verzekerde kapitalen. Hiertoe wordt de theoretische afkoopwaarde aangewend tot uitputting van de reserve.

Niet-verbonden verzekeringsagent

Een niet-verbonden verzekeringsagent is een verzekeringsagent die, uit hoofde van meerdere overeenkomsten, een verzekeringsbemiddelings- activiteit uitoefent namens en voor rekening van meerdere verzekeringsondernemingen maar niet contractueel verplicht is om hiermee uitsluitend te werken. Hij mag dus producten van deze verschillende maatschappijen vrij aanbieden. Hij handelt onder zijn eigen verantwoordelijkheid wat betreft de toepassing van de MiFID-regels. Hij is tevens volledig en onvoorwaardelijk aansprakelijk voor iedere daad of nalatigheid in hoofde van de subagenten die voor zijn rekening optreden. Als niet-verbonden verzekeringsagent verleent hij onafhankelijk advies.

Verbonden verzekeringsagent

Een verbonden verzekeringsagent is een verzekeringsagent die, uit hoofde van een of meerdere overeenkomst(en), een verzekeringsbemiddelingsactiviteit uitoefent namens en voor rekening van een of meerdere verzekeringsondernemingen. Hij is er contractueel toe verplicht uitsluitend te werken met een enkele verzekeringsonderneming of met meerdere verzekeringsondernemingen voor niet onderling concurrerende verzekeringscontracten. Een verbonden verzekeringsagent (en de eventuele subagenten die voor zijn rekening optreden) handelt onder de verantwoordelijkheid van de verzekeringsonderneming(en)

Algemene voorwaarden Overlijdensverzekering

waarmee hij verbonden is. Als verbonden verzekeringsagent verleent hij geen onafhankelijk advies.

Verzekeringsmakelaar

Een makelaar is een verzekeringstussenpersoon die niet verbonden is met de keuze van de verzekeringsmaatschappij. Hij mag producten van verschillende maatschappijen vrij aanbieden. Hij handelt onder zijn eigen verantwoordelijkheid. Hij is volledig en onvoorwaardelijk aansprakelijk voor iedere daad of nalatigheid in hoofde van de subagenten die voor zijn rekening optreden. Hij verleent onafhankelijk advies.

Verzekeringstussenpersoon

De door de FSMA goedgekeurde verzekeringstussenpersonen kunnen een van de volgende statuten hebben: verzekeringsmakelaar, (verbonden of niet-verbonden) verzekeringsagent of subagent. Het statuut van de tussenpersoon is onder andere van belang voor diens verantwoordelijkheid en eventueel afhankelijkheidsverband met een of meerdere verzekeringsmaatschappijen.

Artikel 2: Omschrijving van de verzekering

Deze verzekering is een overlijdensverzekering, al dan niet met aanvullende waarborgen. Indien een verzekerde overlijdt vóór de in de Bijzondere Voorwaarden vermelde einddatum, keert de maatschappij het op het moment van overlijden verzekerd kapitaal uit aan de begunstigde(n), na aftrek van de eventuele wettelijk verplichte inhoudingen, kosten, vergoedingen en andere sommen die nog verschuldigd zouden zijn aan de Maatschappij of aan derden.

Deze verzekering deelt niet in de winst van de Maatschappij.

Artikel 3: Correcte verstrekking van gegevens

Deze verzekeringsovereenkomst wordt te goeder trouw afgesloten op basis van de door de verzekeringnemer en de verzekerde(n) verstrekte inlichtingen. Bij het sluiten, verhogen of weer in werking stellen van de dekkingen moeten de verzekeringnemer en de verzekerde(n) alle hen bekende gegevens die zij redelijkerwijs moeten beschouwen als gegevens die van invloed kunnen zijn op de beoordeling van de risico's door de Maatschappij, aan deze laatste in alle oprechtheid en zonder verzwijging meedelen. De Maatschappij kan alle inlichtingen eisen die zij nodig acht.

Bij onjuistheid van de opgegeven geboortedatum van een verzekerde, kan de Maatschappij de verzekerde kapitalen (of de uitkering, indien een verzekerde overleden is) aanpassen op basis van de juiste geboortedatum.

In geval van andere onopzettelijke verzwijgingen of onopzettelijke onjuiste verklaringen dan die met betrekking tot de geboortedatum (zie hiervoor), kan de Maatschappij enkel gedurende het eerste jaar na het sluiten van de overeenkomst (of de wederinwerkingstelling of de verhoging voor wat betreft die verhoging) de verzekerde kapitalen (of de uitkering, indien een verzekerde overleden is) verlagen pro rata de bijpremie die de Maatschappij zou hebben aangerekend, mocht ze over de juiste informatie beschikt hebben. Indien de Maatschappij kan aantonen dat ze de verzekering zou geweigerd hebben, mocht ze over de juiste informatie beschikt hebben, mag ze de overeenkomst opzeggen. De reeds betaalde premies worden in dat geval teruggestort aan de verzekeringnemer.

Elke fraude, opzettelijke verzwijging of opzettelijke onjuiste verklaring heeft de nietigheid van de overeenkomst tot gevolg. De premies die vervallen zijn tot op het ogenblik waarop de Maatschappij hiervan kennis krijgt, komen haar toe.

Dekking van het terrorismerisico

Onder terrorisme wordt verstaan: een clandestien georganiseerde actie of dreiging van actie met ideologische, politieke, etnische of religieuze

bedoelingen, individueel of door een groep uitgevoerd, waarbij geweld wordt gepleegd op personen, of de economische waarde van een materieel of immaterieel goed geheel of gedeeltelijk wordt vernield, ofwel om indruk te maken op het publiek, een klimaat van onveiligheid te scheppen of de overheid onder druk te zetten, ofwel om het verkeer of de normale werking van een dienst of een onderneming te belemmeren.

De Maatschappij dekt schade veroorzaakt door terrorisme en is hiertoe lid van de vzw TRIP (www.tripvzw.be). Overeenkomstig de wet van 1 april 2007 betreffende de verzekering tegen schade veroorzaakt door terrorisme, wordt de uitvoering van alle verbintenissen van alle verzekeringsondernemingen die lid zijn van de vzw, beperkt tot 1 miljard euro per kalenderjaar voor de schade veroorzaakt door alle gebeurtenissen erkend als terrorisme voorgevallen tijdens dat kalenderjaar.

Dit bedrag wordt elk jaar aangepast op 1 januari volgens de ontwikkeling van het indexcijfer der consumptieprijsen, met als basis het indexcijfer van december 2005. Ingeval van wettelijke of reglementaire wijziging van dit basisbedrag, zal het gewijzigde bedrag automatisch van toepassing zijn vanaf de eerstvolgende vervalddag na de wijziging, tenzij de wetgever uitdrukkelijk in een andere overgangsregeling voorziet.

Indien het totaal van de berekende of geraamde schadevergoedingen groter is dan het bedrag genoemd in de vorige alinea, wordt een evenredigheidsregel toegepast: de uit te keren schadevergoedingen worden beperkt ten belope van de verhouding van het bedrag genoemd in de vorige alinea of de nog beschikbare middelen voor dat kalenderjaar ten opzichte van de uit te keren schadevergoedingen toegerekend aan dat kalenderjaar.

Overeenkomstig voornoemde wet van 1 april 2007, beslist het Comité of een gebeurtenis beantwoordt aan de definitie van terrorisme. Opdat het bedrag genoemd in de bovenstaande paragrafen 2, 3 en 4 niet zou worden overschreden, bepaalt dit Comité, ten laatste zes maanden na de gebeurtenis, het percentage van de schadevergoeding dat door de verzekeringsondernemingen die lid zijn van de vzw ingevolge de gebeurtenis dient te worden vergoed. Het Comité kan dit percentage herzien. Ten laatste op 31 december van het derde jaar volgend op het jaar van de gebeurtenis, neemt het Comité een definitieve beslissing omtrent het uit te betalen percentage van schadevergoeding.

De Verzekerde of de Begunstigde kan tegenover de Maatschappij pas aanspraak maken op de schadevergoeding nadat het Comité het percentage heeft vastgesteld. De Maatschappij betaalt het verzekerde bedrag uit overeenkomstig het percentage vastgesteld door het Comité.

Artikel 4: Geografische draagwijdte en uitsluitingen

De verzekering is over de gehele wereld van kracht. De Maatschappij verleent evenwel geen dekking, indien het overlijden wordt veroorzaakt of bevorderd door, of verband houdt met:

- a. zelfmoord tijdens het eerste jaar na:
 - de ingangsdatum van de overeenkomst of zijn uitgiftedatum, zo deze laatste na de ingangsdatum valt;
 - de ingangsdatum van de wederinwerkingstelling of de uitgiftedatum van het bijvoegsel van wederinwerkingstelling, zo deze uitgiftedatum later valt. Dezelfde termijn wordt toegepast voor elke verhoging van waarborgen; deze begint te lopen vanaf de ingangsdatum of uitwerkingsdatum van de verhoging.
- b. de opzettelijke daad van de verzekeringnemer of van een begunstigde of op hun aansporing.
- c. een gerechtelijke veroordeling, een tweegevecht of een misdaad of wanbedrijf met intentioneel karakter, gepleegd door een verzekerde.
- d. een oorlogsfeit (behalve onder de door de toezichthouder toegestane voorwaarden en middels een bijzondere overeenkomst).

Algemene voorwaarden Overlijdensverzekering

Deze uitsluiting is van toepassing op ieder overlijden, ongeacht de oorzaak, wanneer de verzekerde actief deelneemt aan de vijandelijkheden. Het overlijden ten gevolge van een oorlogsfeit dat zich voordoet tijdens een verblijf in het buitenland is gedekt, indien:

- het niet te voorzien conflict uitbreekt tijdens het verblijf van de verzekerde: voor zover de begunstigde het bewijs levert dat de verzekerde niet actief deelnam aan de vijandelijkheden;
 - de verzekerde zich begeeft naar een land waar reeds een gewapend conflict bestaat: mits uitdrukkelijke vermelding in de Bijzondere Voorwaarden en voor zover de begunstigde het bewijs levert dat de verzekerde niet actief deelnam aan de vijandelijkheden; de maatschappij zal in dit geval een bijpremie aanrekenen.
- e. een ongeval met een luchtvaartuig (tenzij anders overeengekomen):
- wanneer het luchtvaartuig gebruikt werd ter gelegenheid van competities, demonstraties, snelheidstesten, luchtraids, oefen- of proefvluchten, records of recordpogingen;
 - wanneer het luchtvaartuig een prototype was of een militair luchtvaartuig dat niet voor vervoer bestemd was.

Zo het overlijden van een verzekerde het gevolg is van een uitgesloten risico, betaalt de maatschappij de theoretische afkoopwaarde uit aan de begunstigde(n), met uitsluiting nochtans van diegene wiens opzettelijke daad of aansporing het overlijden van de verzekerde veroorzaakte.

Artikel 5: Aanvaarding en aanvang van de dekking

De dekkingen en enige verhoging van het verzekerd bedrag ervan zijn onderworpen aan de algemene aanvaardingscriteria die de Maatschappij om verzekeringstechnische en fiscaal-juridische redenen hanteert (gunstig resultaat van medische formaliteiten en/of onderzoeken, aanvullend karakter van sommige dekkingen, maximale dekkingen, fiscale begrenzingen, beschikking over de nodige berekeningsgegevens, enz.).

De dekkingen zijn slechts verzekerd indien zij expliciet worden vermeld in de Bijzondere Voorwaarden en dit voor de bedragen en volgens de modaliteiten die erin zijn opgenomen. De dekkingen treden in werking op de in de Bijzondere Voorwaarden vermelde aanvangsdatum, maar ten vroegste op de betaaldatum van de eerste premie (inclusief de eventuele enige premie) en na ondertekening van de overeenkomst door beide partijen.

Indien echter in de Bijzondere Voorwaarden uitdrukkelijk melding wordt gemaakt van een gratis voorverzekering, dan vervalt uiteraard de voorwaarde van betaling van de eerste premie voor de in de Bijzondere Voorwaarden vermelde duur van de gratis voorverzekering. Betaling is pas vereist na de periode van voorverzekering, namelijk vanaf de eerste vervalddag.

In geval van verhoging of wederinwerkingstelling van één of meerdere dekkingen, treedt de verhoging of de wederinwerkingstelling in werking op de datum vermeld in de nieuwe Bijzondere Voorwaarden (of in een bijvoegsel dat de verhoging of wederinwerkingstelling bekrachtigt), maar ten vroegste op de betaaldatum van de (eerste) verhoogde premie (inclusief de eventuele enige premie).

Artikel 6: Premiebetaling

De premies, taksen inbegrepen, zijn vooraf betaalbaar voor de periode vermeld in de Bijzondere Voorwaarden.

De premiebetaling is facultatief. Bij niet-betaling van een premie of premiegedeelte zal de maatschappij de procedure en gevolgen, zoals bepaald in deze Algemene Voorwaarden, toepassen. De premiebetaling geschiedt in principe rechtstreeks op de door de Maatschappij aangeduide bankrekening met vermelding van de opgegeven referenties. De Maatschappij kan elke andere betalingswijze weigeren. De premiebetaling aan een daartoe niet bevoegde tussenpersoon is niet bevrijdend ten aanzien van de Maatschappij

Artikel 7: Begunstiging

De Verzekeringnemer heeft het recht één of meer Begunstigden aan te wijzen. Hij kan die aanduiding wijzigen of herroepen. Die wijziging of herroeping moet gevraagd worden door de Verzekeringnemer via een schriftelijk, gehandtekend en gedateerd verzoek gericht aan zijn Verzekeringstussenpersoon, samen met een recto-versokopie van de identiteitskaart en, in voorkomend geval, het akkoord van de aanvaardende Begunstigde. De wijziging of herroeping wordt bevestigd met een bijvoegsel aan het Contract.

De Begunstigde moet identificeerbaar zijn wanneer de verzekerde prestaties opeisbaar worden.

Wanneer geen Begunstigde is aangeduid, wanneer deze vooroverleden is, of wanneer de aanduiding van de Begunstigde geen uitwerking heeft of herroepen is, zijn de verzekerde prestaties verschuldigd aan de Verzekeringnemer of aan zijn/haar nalatenschap.

Elke Begunstigde kan de begunstiging aanvaarden. Om tegenstelbaar te zijn aan de Maatschappij, moet die aanvaarding worden bevestigd door een bijvoegsel dat gehandtekend wordt door de Verzekeringnemer, de Begunstigde die aanvaardt en de Maatschappij. Na de aanvaarding kan de Verzekeringnemer de begunstiging niet meer herroepen en geen nieuwe Begunstigde aanduiden zonder het akkoord van de aanvaardende Begunstigde.

Artikel 8: Aangifte van een schadegeval en uitkeringen

Het overlijden van een verzekerde moet bij de Maatschappij uiterlijk binnen 30 dagen worden aangegeven. Bij laattijdige aangifte kan de Maatschappij, tenzij genoegzaam wordt aangetoond dat de aangifte van het schadegeval zo snel dit redelijkerwijs mogelijk is werd ingediend, haar tussenkomst verminderen met het door haar geleden nadeel. De aangifte moet de plaats, de datum en het uur van het overlijden vermelden, alsook de omstandigheden waarin het heeft plaatsgevonden.

Naast de aangifte moeten ook minstens de volgende documenten aan de Maatschappij worden overgemaakt:

- een door de overheid verstrekt attest van overlijden van de verzekerde
- een medisch attest opgesteld op een door de Maatschappij verstrekt formulier en waarin de overlijdensoorzaak wordt vermeld

De Maatschappij kan elk bijkomend stuk vorderen dat zij van belang acht voor de beoordeling van de schade en de identificatie van de begunstigde(n) (zoals de originele verzekeringsovereenkomst en de eventuele bijvoegsels, het betalingsbewijs van de laatste premie, een akte van bekendheid of enig ander document waaruit onomstotelijk blijkt wie de begunstigde(n) is (zijn), enz. ...).

Alle belanghebbenden bij de tussenkomst van de Maatschappij moeten elke geneesheer die aan de overledene zorgen heeft verstrekt, toelaten en verzoeken om aan de adviserende arts van de Maatschappij alle door de Maatschappij gevraagde inlichtingen te verstrekken. Indien aan één van deze verplichtingen niet wordt voldaan, kan de Maatschappij haar tussenkomst weigeren.

Na aangifte van het schadegeval en op grond van de verstrekte inlichtingen en van de resultaten van eventuele onderzoeken, bevestigt de Maatschappij of haar tussenkomst wordt verleend en deelt zij haar standpunt mee aan de begunstigde(n). Dit wordt als aanvaard beschouwd, indien de begunstigde(n) binnen 30 dagen na de kennisgeving niet per aangetekend schrijven aan Delta Lloyd Life gemeld heeft (hebben) dat hij (zij) niet akkoord gaat (gaan).

Indien valse getuigschriften worden voorgelegd, valse verklaringen worden afgelegd of opzettelijk bepaalde feiten of omstandigheden worden verzwegen of niet vermeld die duidelijk van belang zijn bij de beoordeling van de verplichtingen van de Maatschappij, kan zij haar tussenkomst weigeren en elke ten onrechte uitgekeerde som terugvorderen, verhoogd met de wettelijke intresten.

De Maatschappij keert de verschuldigde sommen uit, na aanrekening van de eventuele wettelijk verplichte inhoudingen, kosten, vergoedingen en andere sommen die nog verschuldigd zouden zijn aan de Maatschappij of aan derden (zoals een pandhouder), binnen 30 dagen na ontvangst van de gevraagde documenten en van een volledig en correct ingevulde en ondertekende regelingskwijting. Wanneer een uitkering verschuldigd is aan meerdere personen, kan de Maatschappij eisen dat door de betrokkenen één persoon van voldoende gewaarmerkte volmachten wordt voorzien om namens hen de uitkering gezamenlijk in ontvangst te nemen.

De Maatschappij vergoedt geen intrest voor een vertraging in enige uitkering ingevolge een omstandigheid onafhankelijk van haar wil, zoals wanneer de prestaties niet worden opgevorderd, de stukken niet volledig of niet in orde zijn, enz.

Artikel 9: Opzeg, afkoop en reductie door de verzekeringnemer

De verzekeringnemer heeft het recht om de overeenkomst op te zeggen binnen de 30 dagen na de inwerkingtreding ervan of, indien op het voorstel werd vermeld dat de overeenkomst werd afgesloten om een krediet te waarborgen, binnen de 30 dagen nadat hij vernomen heeft dat het krediet niet werd toegekend. De opzegging moet, samen met het bewijs van betaling van de premie, per aangetekende brief gebeuren.

Behalve in geval van een overeenkomst waarvan de duur van de premiebetaling groter is dan de helft van de duur van de verzekering of, tenzij een op de overeenkomst toepasselijke wetgeving of reglementering dit verbiedt, heeft de verzekeringnemer het recht om op elk ogenblik zijn overeenkomst af te kopen. In dat geval keert de Maatschappij de theoretische afkoopwaarde, verminderd met de afkoopvergoeding, uit aan de verzekeringnemer. De afkoopvergoeding bedraagt 5% van de theoretische afkoopwaarde, maar met een minimum van EUR 75,00 (geïndexeerd aan de gezondheidsindex; basis 1998 = 100). Tijdens de laatste 5 jaar van de overeenkomst, vermindert het percentage van 5% met 1% per jaar.

De afkoop moet door de verzekeringnemer gevraagd worden door middel van een schriftelijk, gehandtekend en gedateerd verzoek gericht aan zijn verzekeringstussenpersoon en vergezeld van een recto-versokopie van zijn identiteitskaart en, in voorkomend geval, het akkoord van de aanvaardende begunstigde en/of van de overnemer. In geval van volledige Afkoop moet het schriftelijk verzoek vergezeld zijn van de originele polis en alle bijvoegsels.

De afkoop heeft uitwerking de dag die volgt op de datum van ontvangst van dit schrijven door de Maatschappij en impliceert de onmiddellijke beëindiging van alle dekkingen vanaf de datum van uitwerking.

Behalve in geval van een overeenkomst waarvan de duur van de premiebetaling groter is dan de helft van de duur van de verzekering, heeft de verzekeringnemer het recht om op elk ogenblik zijn overeenkomst te reduceren, tenzij een op de overeenkomst toepasselijke wetgeving of reglementering dit verbiedt. De reductie gebeurt door de verzekerde kapitalen bij overlijden te handhaven en de theoretische afkoopwaarde, te verminderen met een reductievergoeding van EUR 75,00 (geïndexeerd aan de gezondheidsindex; basis 1998 = 100), hiervoor aan te wenden tot die is uitgeput. De reductie moet door de verzekeringnemer gevraagd worden door middel van een schriftelijk, gehandtekend en gedateerd verzoek gericht aan zijn verzekeringstussenpersoon en vergezeld van een recto-versokopie van zijn identiteitskaart.

De reductie impliceert de onmiddellijke beëindiging van alle aanvullende waarborgen vanaf de dag volgend op de datum van ontvangst van dit schrijven.

De verzekeringnemer heeft het recht een gereduceerde of afgekochte overeenkomst terug in werking te stellen voor de op de datum van reductie of afkoop verzekerde prestaties. De Maatschappij behoudt zich het recht voor om de wederinwerkingstelling afhankelijk te maken van een gunstig resultaat van een risicoselectie waarvan de kosten ten laste zijn van de verzekeringnemer. De Maatschappij zal op verzoek van de verzekeringnemer, die een schrijven richt

aan de verzekeringstussenpersoon, de verzekering in de oorspronkelijke vorm herstellen op voorwaarde dat binnen 3 maanden volgend op de afkoop:

- het schriftelijk verzoek tot wederinwerkingstelling de Maatschappij heeft bereikt
- alle achterstallige premie(s), vermeerderd met de verschuldigde rente en administratiekosten zijn voldaan
- de afkoopwaarde wordt teruggestort aan de maatschappij.

In geval van reductie kan wederinwerkingstelling binnen drie jaar plaatsvinden door aanpassing van de premie, rekening houdend met de leeftijd van de verzekerde op dat ogenblik.

Artikel 10: Niet-betaling van een premie

Bij niet-betaling van een premie of premiegedeelte zal de Maatschappij ten vroegste op de vervaldag van de niet-betaalde premie aan de verzekeringnemer een aangetekend schrijven versturen waarin herinnerd wordt aan de gevolgen van niet-betaling. Zo de premie niet betaald wordt binnen de 30 dagen na de verzending van dit aangetekend schrijven, wordt de overeenkomst gereduceerd of, indien het contract niet in aanmerking komt voor reductie, opgezegd.

Een schriftelijke verklaring van de verzekeringnemer dat hij de betaling van de premies staakt of de afkoop of de reductie vraagt, ontslaat de maatschappij van het verzenden van het aangetekend schrijven en onderbreekt de termijn op de datum van dit geschrift.

Artikel 11: Bijzondere kosten veroorzaakt door de verzekeringnemer

Indien de Maatschappij een aangetekend schrijven dient te verzenden als gevolg van niet-betaling van de premie (zie hoger), behoudt ze zich het recht voor om hiervoor aan de verzekeringnemer 10,00 euro (geïndexeerd aan de gezondheidsindex; 1998 = 100) kosten aan te rekenen.

Wanneer de overeenkomst op verzoek van de verzekeringnemer gewijzigd wordt, behoudt de Maatschappij zich het recht voor hiervoor aan de verzekeringnemer een kost van 40,00 euro (geïndexeerd aan de gezondheidsindex; 1998 = 100) aan te rekenen.

Wanneer de premie minder dan 50,00 euro (geïndexeerd aan de gezondheidsindex; 1998 = 100) bedraagt en deze niet via domiciliëring wordt betaald, behoudt de Maatschappij zich het recht voor om voor de inning van de premie een kost van 1,00 euro (geïndexeerd aan de gezondheidsindex; 1998 = 100) aan te rekenen.

De hierboven vermelde kosten zullen in principe door de verzekeringnemer dienen te worden betaald aan de Maatschappij. De Maatschappij behoudt zich evenwel het recht voor deze kosten af te houden van de theoretische afkoopwaarde van de overeenkomst.

Artikel 12: Bijzondere bepalingen voor een verzekering op 2 hoofden

- In geval van een verzekering op 2 hoofden, waarbij het verzekerd kapitaal wordt uitbetaald bij het eerste overlijden van één der verzekerden (voor zover dit overlijden valt voor de in de Bijzondere Voorwaarden vermelde einddatum en voor zover aan alle in deze overeenkomst opgenomen

Algemene voorwaarden Overlijdensverzekering

voorwaarden voldaan is), worden beide verzekerden vermeld in de Bijzondere Voorwaarden.

- Het overlijden van één der verzekerden heeft het onmiddellijke einde van de overeenkomst tot gevolg. In geen enkel geval kan er een uitkering plaatsvinden bij het overlijden van de verzekerde die als tweede overlijdt. Bij gelijktijdig overlijden wordt de oudste verzekerde verondersteld het eerst te zijn overleden.
- De dekkingen voorzien in een anders dan door het overlijden van één van de verzekerden voortijdig beëindigde overeenkomst op 2 hoofden, kunnen door beide (of één van beide) verzekerden individueel verdergezet worden door een nieuwe overeenkomst te sluiten aan de op dat moment geldende tarieven van de Maatschappij. Voor zover de verzekerde kapitalen en de einddatum van de dekking worden behouden en mits een schriftelijke aanvraag binnen de 30 dagen na de beëindiging van de originele overeenkomst op 2 hoofden, zal de Maatschappij geen nieuwe medische formaliteiten opleggen.

Artikel 13: Specificaties van het tarief

Tenzij in de Bijzondere Voorwaarden expliciet verwezen wordt naar §2 van dit artikel, is het tarief gegarandeerd over de gehele duur van het contract.

Voor bepaalde producten hanteert de Maatschappij een tarief gebaseerd op recente sterfstatistieken. Voor de overeenkomsten gerelateerd aan deze producten behoudt de Maatschappij zich het recht voor om het tarief aan te passen tijdens de looptijd van de overeenkomst. Deze aanpassing kan evenwel enkel gebeuren op collectief niveau, i.e. voor alle contracten van eenzelfde product. Het tarief kan herzien worden, indien de Maatschappij vaststelt dat de nieuwe sterfstatistieken of de investeringsrente aanzienlijk verschillen van wat in het tarief werd aangewend of indien de wetgeving of de bevoegde controle-instantie(s) een herziening opleggen.

Deze herziening kan een positieve of negatieve impact hebben op het tarief. Indien deze herziening een verhoging van de premies of een vermindering van de verzekerde waarborgen veroorzaakt, zal de verzekeringnemer hiervan schriftelijk verwittigd worden. De verzekeringnemer heeft dan 30 dagen om zijn contract eventueel te reduceren of af te kopen. De Maatschappij zal de aanpassing van het contract aan het nieuwe tarief als aanvaard beschouwen, indien de verzekeringnemer niet gereageerd heeft binnen de termijn van 30 dagen. In het geval deze paragraaf (§2) van toepassing is, zullen de Bijzondere Voorwaarden er expliciet naar verwijzen.

Artikel 14: Bijzondere kortingen en tegemoetkomingen

Korting orgaandonor

Indien aan onderstaande voorwaarden cumulatief voldaan is, worden op alle contracten waarop deze Algemene Voorwaarden van toepassing zijn, een premiekorting van 5% toegepast op de premie van de hoofdverzekering. Deze korting is in geen geval van toepassing op de aanvullende waarborgen. Deze voorwaarden zijn:

- De duurtijd van het contract bedraagt tenminste 10 jaar.
- Het initieel verzekerd kapitaal overlijden bedraagt tenminste 100.000 euro.
- De verzekerde bezorgt aan de Maatschappij vóór het opstellen van het contract een door de gemeente afgeleverd attest van wilsbeschikking waaruit blijkt dat de verzekerde geregistreerd is als orgaandonor. Bij een verzekering op 2 hoofden dienen beide verzekerden zulk attest te bezorgen vóór het opstellen van het contract.

Evenwel dient de verzekerde de Maatschappij te verwittigen indien hij deze wilsbeschikking wijzigt en dus niet langer als orgaandonor geregistreerd is, in welk geval de korting vervalt voor alle toekomstige premies. Bovendien behoudt

de Maatschappij zich het recht voor om vóór elke premiebetaling bevestiging van de wilsbeschikking te vragen aan de verzekerde. Indien bij overlijden van de verzekerde blijkt dat de verzekerde niet of niet meer als orgaandonor geregistreerd was, zal het door de Maatschappij uit te keren kapitaal met 5% verminderd worden.

Gezondheidspremies

Indien aan onderstaande voorwaarden cumulatief voldaan is, keert de Maatschappij een vergoeding uit aan de verzekerde. Deze voorwaarden zijn:

- De duurtijd van het contract waarop deze Algemene Voorwaarden van toepassing zijn, bedraagt tenminste 10 jaar.
- Het initieel verzekerd kapitaal overlijden bedraagt tenminste 100.000 euro.
- De verzekerde bezorgt aan de Maatschappij een door een arts ingevuld en ondertekend document, dat door de Maatschappij ter beschikking wordt gesteld, waarin de arts verklaart één of meerdere door de Maatschappij erkende preventie-onderzoeken te hebben uitgeoefend. De resultaten van het onderzoek (of de onderzoeken) dienen niet aan de Maatschappij te worden meegedeeld. De verzekerde bezorgt dit document aan de Maatschappij ten laatste 3 maanden nadat het onderzoek (of de onderzoeken) werd uitgevoerd.
- Het contract is onveranderd in voege op het ogenblik dat het onderzoek (of de onderzoeken) wordt (worden) uitgevoerd.
- Het onderzoek (de onderzoeken) wordt uitgevoerd minstens 1 jaar na de ingangsdatum van het contract.

De vergoeding bedraagt 30 euro per periode van 3 jaar. De eerste periode van 3 jaar begint te tellen vanaf de 40ste verjaardag van de verzekerde. Indien de verzekerde in een bepaalde periode geen preventie-onderzoek heeft ondergaan of het vereiste document niet of niet tijdig heeft bezorgd aan de Maatschappij, vervalt het recht op vergoeding in die periode. De vergoeding wordt bepaald per verzekerde. Dit houdt in dat indien een verzekerde via meerdere contracten verzekerd is bij de Maatschappij, de vergoeding hoogstens op één contract kan worden toegekend. Voor een verzekering op 2 hoofden houdt dit in dat de vergoeding voor beide verzekerden kan worden toegekend. Eventuele fiscale of parafiscale lasten die van toepassing zouden zijn op deze vergoeding zijn ten laste van de verzekerde.

Artikel 15: Overdracht van de rechten van het Contract

De Verzekeringnemer kan, desgevallend mits goedkeuring van de aanvaardende Begunstigde, de rechten van het Contract overdragen aan een derde.

Die overdracht moet gevraagd worden door de Verzekeringnemer via een schriftelijk, gehandtekend en gedateerd verzoek gericht aan zijn Verzekeringstussenpersoon, samen met een recto-versokopie van de identiteitskaart van de Verzekeringnemer en, in voorkomend geval, het akkoord van de aanvaardende Begunstigde.

Om tegenstelbaar te zijn aan de Maatschappij, moet die overdracht worden bevestigd door een bijvoegsel dat gehandtekend wordt door de Verzekeringnemer, de overnemer en de Maatschappij.

Artikel 16: Vooroverlijden van de Verzekeringnemer

In geval van vooroverlijden van de Verzekeringnemer worden alle rechten en plichten uit het Contract overgedragen aan de enige Begunstigde op voorwaarde dat deze nominatief werd aangeduid in de Bijzondere Voorwaarden. In alle andere gevallen, zoals in het geval van vooroverlijden van de Begunstigde, worden alle rechten en plichten overgedragen aan de Verzekerde.

Artikel 17: Toepasselijke wetgeving en fiscale bepalingen

De verzekeringsovereenkomst is onderworpen aan de Belgische wettelijke en reglementaire bepalingen inzake individuele levens- en aanvullende verzekeringen in het algemeen en inzake individuele (pensioen)toezeggingen in het bijzonder. Mocht de verzekeringnemer buiten België gevestigd zijn, dan wordt, indien de wet het zo toelaat, door de partijen uitdrukkelijk gekozen voor de toepassing van het Belgisch recht.

Het toepasselijke fiscale stelsel hangt af van de persoonlijke situatie van de verzekeringnemer en/of de begunstigde en kan gewijzigd worden naargelang van de toepasselijke wetgeving:

- voor wat betreft de premietaksen, de Belgische wetgeving en/of de wetgeving van het woonland van de verzekeringnemer;
- voor wat betreft de toekenning van belastingvoordelen op de premies, de wetgeving van het woonland van de verzekeringnemer; in bepaalde gevallen is de wetgeving van het land toepasselijk waar belastbare inkomsten verkregen worden;
- voor wat betreft de verzekeringsprestaties, de Belgische wetgeving en/of de wetgeving van het woonland van de begunstigde;
- voor wat betreft de successierechten, de wetgeving van het woonland van de overledene en/of van de begunstigde.

De Maatschappij kan alle belastingen, bijdragen en lasten van welke aard ook die kunnen worden geheven op de premies, de reserve, de beleggingsopbrengsten of welke uitkering ook, ten laste van de verzekeringnemer of de begunstigde(n) leggen.

De Maatschappij veronderstelt steeds dat de verzekeringnemer bij de invoering, de toepassing, de uitvoering, de wijziging of de beëindiging van de verzekeringsovereenkomst, alle wettelijke voorwaarden, formaliteiten en procedures daartoe in zijn verhoudingen met de verzekerde of derden heeft vervuld. Meer algemeen kan de Maatschappij elke vorm van schade en alle kosten die zij oploopt wegens de niet naleving van de toepasselijke wetgeving door de verzekeringnemer, op die laatste verhalen.

Artikel 18: Briefwisseling en bewijs

Tenzij uit de voorgaande bepalingen of dwingende (wets)bepalingen anders zou blijken, kan elke kennisgeving van een partij aan de andere gebeuren per gewone of elektronische post. Bij elektronische communicatie vanwege de verzekeringnemer, behoudt de Maatschappij zich het recht voor ook op elektronische wijze te antwoorden. Elke kennisgeving en briefwisseling tussen partijen geschiedt geldig op hun laatst onderling meegedeeld (correspondentie) adres. De verzending van een aangetekende brief wordt bewezen door de voorlegging van het ontvangstbewijs van de post.

Het bestaan en de inhoud van enig document en enige briefwisseling worden bewezen door de voorlegging van het origineel, of, bij gebrek hieraan, van het afschrift ervan in de dossiers van de Maatschappij.

Artikel 19: Wijziging van de Algemene Voorwaarden

De Maatschappij kan om gegronde redenen (bijvoorbeeld in het kader van een wijziging van de wetgeving) en binnen de perken van de goede trouw, de Algemene Voorwaarden wijzigen. De Maatschappij licht de verzekeringnemer hierover schriftelijk in, met vermelding van de datum waarop de nieuwe Algemene Voorwaarden ingaan.

Artikel 20: Bescherming van de persoonlijke levenssfeer

In het kader van de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer mag de Maatschappij, als verantwoordelijke voor de verwerking, de in het Contract vermelde persoonsgegevens verwerken met het oog op en in het kader van het verlenen en het beheer van verzekeringsdiensten in het algemeen. De Verzekeringnemer kan zich uitdrukkelijk verzetten tegen elke vorm van direct marketing. De Verzekeringnemer kan het Openbaar register van de geautomatiseerde gegevensverwerking (bijgehouden door de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer) raadplegen en hij heeft het recht op toegang tot en rechtzetting van de persoonsgegevens. De maatschappij zal deze gegevens alleen meedelen aan derden als zij daar wettelijk toe verplicht is of als het beheer van het dossier het vereist, alsook aan Datassur ESV (De Meeûssquare 29 te 1000 Brussel) voor het beheer van de risico's.

De verzekerde geeft zijn/haar uitdrukkelijke toestemming voor de verwerking van de hem/haar betreffende medische gegevens, in de mate dat ze noodzakelijk zijn voor de aanvaarding, het beheer en de uitvoering van de verzekeringscontracten. De verwerking van de medische gegevens van de verzekerde zal gebeuren door de medische acceptatiedienst en door de juridische dienst van Delta Lloyd Life NV.

De verzekerde stemt er uitdrukkelijk mee in dat deze gegevens desgevallend worden ontvangen door zijn verzekeringstussenpersoon, die ze dan aan Delta Lloyd Life NV zal overmaken.

Artikel 21: Klachten en geschillen

Mocht een belanghebbende een klacht hebben in verband met het beheer of de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst door de Maatschappij en geen voldoening krijgen, kan hij zich wenden tot:

- Delta Lloyd Life, Quality Team, Fonsnylaan 38 te 1060 Brussel, klachten@deltalloydlife.be in eerste instantie
- de Ombudsman van de verzekeringen, De Meeûssquare 35 te 1000 Brussel, www.ombudsman.as in laatste instantie zonder afbreuk te doen aan het recht van de Verzekeringnemer om een gerechtelijke actie te ondernemen. Bij eventuele geschillen zijn enkel de Belgische rechtbanken bevoegd.

Medische geschillen kunnen eveneens, voor zover de partijen daarvoor schriftelijk en uitdrukkelijk hun toestemming geven, ten vroegste op het tijdstip van het ontstaan van het geschil, worden beslecht via een minnelijke medische expertise (arbitrage), waarbij elke partij haar geneesheer aanstelt. Als er geen akkoord wordt bereikt, stellen de geneesheren, of bij gebrek de Voorzitter van de bevoegde Rechtbank van Eerste Aanleg, een derde geneesheer aan. Het aldus gevormde college beslist met meerderheid van stemmen en zijn beslissing is onherroepelijk. Op straffe van nietigheid van hun beslissing, mogen de geneesheren echter niet afwijken van de bepalingen van de Algemene Voorwaarden. Elke partij betaalt de kosten en honoraria van de door haar aangestelde geneesheer. De eventuele kosten en honoraria van de derde geneesheer worden verdeeld, ieder voor de helft.

Artikel 22: Belangenconflicten

Delta Lloyd Life heeft bepaalde situaties geïdentificeerd waar zich belangenconflicten zouden kunnen voordoen bij het verlenen van diensten, tussen de belangen van een klant en de belangen van Delta Lloyd Life (met inbegrip van haar bestuurders, werknemers, verbonden agenten, enz.) of de belangen van een andere klant. Een document met het beleid van Delta Lloyd Life in verband met belangenconflicten is beschikbaar op de website www.deltalloydlife.be onder de rubriek 'legale documenten'.

De laatste versies van de documenten (Algemene Voorwaarden, Financiële Infoche(s) alsook het beleid van Delta Lloyd Life NV inzake belangenconflicten)

Artikel 1: Omschrijving van de begrippen

In deze Algemene Voorwaarden en in de Bijzondere Voorwaarden, wordt verstaan onder:

Ongeval

Een plotse gebeurtenis die een lichamelijk letsel veroorzaakt en waarvan de oorzaak of ten minste één van de oorzaken uitwendig is d.w.z. niet te herleiden tot de geestelijke of lichamelijke gesteldheid van het slachtoffer en vreemd aan zijn wil. Met ongevallen worden gelijkgesteld:

- het redden van personen (en goederen) die in gevaar verkeren
- steken van insecten of beten van dieren
- de onvrijwillige val in het water of inademen van gassen of dampen waarvan de ontsnapping niet te voorzien was
- blikseminslag

Ongeval in het privéleven

Ieder ongeval dat niet onder toepassing valt van de Wet van 10 april 1971 inzake Arbeidsongevallen.

Ziekte

Een medisch vastgestelde aantasting van de gezondheidstoestand die niet veroorzaakt is door een ongeval en die objectief waarneembare symptomen vertoont. Met uitzondering van reeds bestaande zwangerschappen op het ogenblik van de onderschrijving, wordt een pathologische zwangerschap beschouwd als een ziekte.

Fysiologische invaliditeitsgraad

De fysiologische invaliditeitsgraad vertegenwoordigt de mate waarin de lichamelijke gaafheid van de verzekerde verminderd is. Deze wordt vastgesteld bij medische beslissing, indien mogelijk op basis van de Officiële Belgische Schaal der Invaliditeiten en de Belgische rechtspraak terzake. De in aanmerking te nemen fysiologische invaliditeitsgraad is de reële fysiologische invaliditeitsgraad verminderd met de fysiologische invaliditeitsgraad voortvloeiend uit of verband houdend met een niet gedekte oorzaak, een uitgesloten risico en/of een niet gedekte vooraf bestaande aandoening.

Economische invaliditeitsgraad

De economische invaliditeitsgraad vertegenwoordigt de mate waarin de arbeidsgeschiktheid van de verzekerde verminderd is ten gevolge van een fysiologische invaliditeit. De economische invaliditeitsgraad wordt vastgelegd rekening houdend met de gehele of gedeeltelijke onmogelijkheid waarin de verzekerde zich tijdelijk of blijvend bevindt om een beroepswerkzaamheid uit te oefenen die verenigbaar is met zijn kennis, bekwaamheden en beroepsantecedenten. Hierbij wordt geen rekening gehouden met de algemene economische toestand noch met enig ander economisch criterium. De in aanmerking te nemen economische invaliditeitsgraad is de reële economische invaliditeitsgraad verminderd met economische invaliditeitsgraad voortvloeiend uit of verband houdend met een niet gedekte oorzaak, een uitgesloten risico en/of een niet gedekte vooraf bestaande aandoening.

Arbeidsongeschiktheidsdrempel

De arbeidsongeschiktheidsdrempel is de minimale economische invaliditeitsgraad van 25% die moet vastgesteld worden opdat er sprake kan zijn van arbeidsongeschiktheid.

Arbeidsongeschiktheid

Indien de arbeidsongeschiktheidsdrempel bereikt wordt, is er aldus sprake van arbeidsongeschiktheid en wordt de tussenkomst van de Maatschappij bepaald op basis van de arbeidsongeschiktheidsgraad, zijnde de hoogste van de economische en van de fysiologische invaliditeitsgraad. Is de arbeidsongeschiktheidsgraad lager dan 67%, dan is er sprake van een gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid. Bedraagt de arbeidsongeschiktheidsgraad minstens 67%, dan is er sprake van een volledige arbeidsongeschiktheid.

Eigenrisicoperiode

De periode die sinds de aanvang van de arbeidsongeschiktheid moet verstreken zijn vooraleer het recht op de verzekerde prestaties uitwerking heeft.

Herval

Er is sprake van herval wanneer een arbeidsongeschiktheid aanvangt (en medisch vastgesteld wordt) binnen 3 maanden volgend op het einde van een vorige periode van arbeidsongeschiktheid en te wijten is aan dezelfde oorzaak als de vorige arbeidsongeschiktheid. Bij herval wordt de vorige periode van arbeidsongeschiktheid mee in aanmerking genomen voor de berekening van de eigenrisicoperiode. In het geval van een 'stijgende rente tijdens schadegeval', wordt de uit te keren of toe te kennen rente bij herval berekend alsof er geen onderbreking van de arbeidsongeschiktheid was geweest en waarbij de tussenliggende periode wordt meegeteld voor de toepassing van de 'stijging tijdens het schadegeval'.

Artikel 2: Omschrijving van de verzekering

Onderhavige verzekering, "Invaliditeit" genaamd, is een aanvullende verzekering bij een Overlijdensverzekering, "hoofdverzekering" genaamd. De Algemene en Bijzondere Voorwaarden Invaliditeit moeten steeds samen gelezen worden met de Algemene en Bijzondere voorwaarden van de hoofdverzekering. De Algemene en Bijzondere Voorwaarden van de hoofdverzekering zijn ook van toepassing op de dekkingen "Invaliditeit", behalve wanneer daar in de Algemene Voorwaarden Invaliditeit wordt van afgeweken.

De Maatschappij waarborgt, overeenkomstig deze Algemene en Bijzondere voorwaarden, de in artikel 4 omschreven dekkingen in geval van arbeidsongeschiktheid van de verzekerde die, zoals bepaald in de Bijzondere Voorwaarden, voortvloeit uit:

- hetzij ziekten alleen
- hetzij ziekten of ongevallen in het privéleven
- hetzij ziekten of ongevallen van alle aard

Artikel 3: Correcte verstrekking van gegevens

Deze verzekeringsovereenkomst wordt te goeder trouw afgesloten op basis van de door de verzekeringnemer en de verzekerde(n) verstrekte inlichtingen. Bij het sluiten, het verhogen of de wederinwerkingstelling van de dekkingen moeten de verzekeringnemer en de verzekerde(n) alle hen bekende gegevens die zij redelijkerwijs moeten beschouwen als gegevens die van invloed kunnen zijn op de beoordeling van de risico's door de Maatschappij, aan deze laatste in alle oprechtheid en zonder verzwijging meedelen. De Maatschappij kan alle inlichtingen eisen die zij nodig acht.

Wanneer de verzwijging of de onjuistheid in de verklaring niet opzettelijk zijn, zal de Maatschappij ofwel een wijziging van de aanvullende waarborgen invaliditeit voorstellen, ofwel de aanvullende waarborgen invaliditeit opzeggen (indien de Maatschappij kan aantonen dat ze het risico zou geweigerd hebben, mocht ze over de juiste informatie beschikt hebben). De reeds betaalde premies worden in dat geval teruggestort aan de verzekeringnemer.

De opzettelijke verzwijging of opzettelijke onjuiste verklaring van de verzekeringnemer wanneer de Maatschappij het te verzekeren risico moet inschatten, heeft de nietigheid van de aanvullende waarborgen invaliditeit tot gevolg en de Maatschappij mag de betaalde premies bewaren.

Artikel 4: Dekkingen bij arbeidsongeschiktheid

Algemeen

In de mate dat de verzekerde als gevolg van een gedekte oorzaak ten vroegste op de aanvangsdatum van de dekking arbeidsongeschikt wordt, heeft (hebben) de begunstigde(n), zodra de eigenrisicoperiode is verstreken, gedurende de

periode van de arbeidsongeschiktheid en dit uiterlijk tot de einddatum van de dekking, recht op de gehele of gedeeltelijke uitkering of toekenning van de arbeidsongeschiktheidsrente(n). Deze uitkeringen of toekenningen zijn door de Maatschappij verschuldigd in toepassing van één of meer van de hieronder vermelde dekkingen indien en voor zover deze in de Bijzondere Voorwaarden vermeld zijn.

Premievrijstelling (PV)

Deze dekking bestaat er in dat tijdens de duur van de arbeidsongeschiktheid en in verhouding tot de invaliditeitsgraad, de Maatschappij aan de verzekeringnemer de premies van de hoofdverzekering en de aanvullende verzekeringen inclusief taksen, terugbetaalt.

Deze terugbetaling gebeurt op elke premieervaldag, na het begin van het recht op prestaties. Op de eerste premieervaldag volgend op het begin van het recht op prestaties, wordt de premie terugbetaald evenredig met de duurtijd van de arbeidsongeschiktheid tussen het begin van het recht op de verzekerde prestaties en de premieervaldag. Op de eerste premieervaldag volgend op het einde van het recht op prestaties wordt de premie terugbetaald evenredig met de duurtijd van de arbeidsongeschiktheid na de voorgaande premieervaldag.

Rente Persoonlijk Inkomen (RPI)

Tijdens de gehele duur van de arbeidsongeschiktheid en in verhouding tot de arbeidsongeschiktheidsgraad, keert de Maatschappij een rente uit waarvan het jaarlijks bedrag in de Bijzondere Voorwaarden is vastgesteld.

In de Bijzondere Voorwaarden van het contract wordt uitdrukkelijk vermeld of de verzekerde rente

- een 'constante rente' is, d.w.z. dat de rente waarvan sprake in de Bijzondere Voorwaarden, onveranderd blijft tijdens de gehele duur van de overeenkomst
- of een 'stijgende rente tijdens schadegeval' is, d.w.z. dat de rente waarvan sprake in de Bijzondere Voorwaarden, jaarlijks stijgt met 3%
- tijdens de arbeidsongeschiktheidsperiode. De eerste stijging van de uitgekeerde rente vindt plaats één jaar na het verstrijken van de eigenrisicoperiode. Bij einde van de gedekte arbeidsongeschiktheid wordt de verzekerde rente teruggebracht op het niveau van de rente vóór de arbeidsongeschiktheid.

Rente Algemene Kosten (RAK)

Tijdens een periode van maximum 2 jaar volgend op de afloop van de eigenrisicoperiode, keert de Maatschappij, in verhouding tot de arbeidsongeschiktheidsgraad, een jaarrente uit waarvan het bedrag in de Bijzondere Voorwaarden is vermeld. De uitkering van deze rente gebeurt maandelijks, na vervallen termijn, de eerste maal met een aanvangsprorata vanaf de laatste dag van de maand waarop de eigenrisicoperiode afloopt, en de laatste maal met een eindprorata op het ogenblik dat de gedekte arbeidsongeschiktheid eindigt, maar ten laatste 24 maanden na de aanvang van de uitkering. Opeenvolgende periodes van arbeidsongeschiktheid dia als hervat kunnen worden aanzien, worden beschouwd als eenzelfde schadegeval.

Artikel 5: Geografische draagwijdte en uitsluitingen

De dekkingen bij arbeidsongeschiktheid zijn in principe geldig over de hele wereld. Indien de verzekerde buiten het Belgische grondgebied verblijft, verleent de Maatschappij evenwel slechts dekking voor zover zij, volgens haar eigen beoordeling, zonder buitengewone kosten of moeilijkheden het vereiste medische toezicht kan (blijven) uitoefenen.

De Maatschappij verleent geen dekking bij arbeidsongeschiktheid ingevolge een risico dat in het kader van de hoofdverzekering uitgesloten is, of wanneer en in de mate dat de arbeidsongeschiktheid:

- het gevolg is van een opzettelijke daad van de verzekerde of van een poging tot zelfmoord vanwege de verzekerde

Algemene Voorwaarden Aanvullende Waarborg Invaliditeit (AVRI)

- het gevolg is van niet-geneeskundig gebruik van verdovende middelen of toxicomanie
- niet is na te gaan door medisch onderzoek, of verbonden is aan een zenuw- of geestesandoening welke geen objectieve symptomen vertoont, die er de diagnose onbetwistbaar zouden van maken
- het gevolg is van elk feit of opeenvolging van feiten met dezelfde oorsprong, mits dat feit of die feiten of bepaalde veroorzaakte schadegevallen voortvloeien uit of het gevolg zijn van radioactieve, giftige, explosieve of andere gevaarlijke eigenschappen van splijtstoffen, radioactieve producten of afvalstoffen, alsmede de schade die rechtstreeks of onrechtstreeks wordt veroorzaakt door elke bron
- van ioniserende stralen
- het gevolg is van esthetische chirurgie of andere ingrepen, behoudens de gevallen waarin dit om medische redenen noodzakelijk is.

Behoudens uitdrukkelijke andersluidende bepaling in de Bijzondere Voorwaarden, wordt de dekking nooit verleend, wanneer en in de mate dat de arbeidsongeschiktheid veroorzaakt of verergerd wordt door:

- het gebruik, als piloot, bestuurder of passagier van een vervoermiddel met motor of bespannen met dieren tijdens competities, wedstrijden, trainingen of proeven met het oog op dergelijke wedstrijden;
- de beoefening, in competitieverband (met inbegrip van de training), van de wielersport, van paardrijden en van wintersport, of van snelheidswedstrijden, weddenschappen of uitdagingen;
- de beoefening, als professioneel, van om het even welke sport;
- de beoefening van de volgende sporten: alpinisme, gevechtssporten (boksen, catch, jiu-jitsu, karate, worstelen,...), valschermspringen, diepzeeduiken met autonoom ademhalingstoestel, rugby en zweefvliegen;
- archeologische, speleologische of diepzeeonderzoeken;
- de volgende risico's eigen aan de beroepsactiviteiten van de verzekerde:
 - val van een hoogte van meer dan 10 meter;
 - afdalingen in putten, ondergrondse mijnen of groeven, en werken aan elektrische hoogspanningsinstallaties;
 - de behandeling van springtuigen, springstoffen en bijtende producten
- een zwangerschap of bevalling. Indien de arbeidsongeschiktheid echter langer duurt dan tot 90 dagen na de bevalling (of anderszins einde van de zwangerschap), wordt de arbeidsongeschiktheid geacht te zijn ontstaan op de 91ste dag en begint de in de Bijzondere Voorwaarden voorziene eigenrisicoperiode te lopen. Indien de arbeidsongeschiktheid echter gepaard ging met een hospitalisatie van meer dan 14 dagen, wordt dit als een normale arbeidsongeschiktheid beschouwd.

Artikel 6: Uitkeringsperiode

In de Bijzondere Voorwaarden wordt vermeld welke eigenrisicoperiode moet verstrekken zijn vooraleer het recht op de verzekerde prestaties begint. De eigenrisicoperiode begint te lopen vanaf de aanvangsdatum van de arbeidsongeschiktheid. De in de Bijzondere Voorwaarden vermelde eigenrisicoperiode is van toepassing voor alle in de Bijzondere Voorwaarden gespecificeerde dekkingen. Elke verhoging van de verzekerde prestaties voortvloeiend uit een nieuwe arbeidsongeschiktheidsoorzaak is onderworpen aan de eigenrisicoperiode.

De Bijzondere Voorwaarden kunnen voorzien in de 'afkoop van de eigenrisicoperiode'. In dit geval ontstaat het recht op de arbeidsongeschiktheidsrente(n) vanaf de eerste dag van de arbeidsongeschiktheid op voorwaarde dat de arbeidsongeschiktheid volledig en ononderbroken is gedurende de eigenrisicoperiode.

Vanaf de 60-jarige leeftijd van de verzekerde wordt een eigenrisicoperiode van 365 dagen toegepast indien de arbeidsongeschiktheid veroorzaakt wordt door ziekte.

De arbeidsongeschiktheidsrenten worden uiterlijk uitgekeerd of toegekend tot de einddatum vermeld in de Bijzondere Voorwaarden voor de betreffende dekking of tot het eerder overlijden van de verzekerde.

Artikel 7: Aangifte van een schadegeval en uitkeringen

Elk schadegeval dat aanleiding kan geven tot een (verhoging en/of verlenging van de) tussenkomst van de Maatschappij, moet bij haar uiterlijk binnen 30 dagen aangegeven worden. Bij laattijdige aangifte kan Delta Lloyd Life haar tussenkomst verminderen met het door haar geleden nadeel, tenzij genoegzaam wordt aangetoond dat de aangifte van het schadegeval zo snel dit redelijkerwijs mogelijk is werd ingediend.

De aangifte moet vergezeld zijn van alle originele documenten, attesten en rapporten die het bestaan en de ernst van het schadegeval kunnen aantonen. In geval van een ongeval moet de aangifte de aard, de plaats, de datum, het uur en de omstandigheden van het ongeval vermelden, alsook de identiteit en het adres van de eventuele getuigen. De Maatschappij kan hiertoe elk bijkomend stuk vorderen. Alle belanghebbenden bij de tussenkomst van De Maatschappij moeten elke mogelijke medewerking verlenen zodat de door de Maatschappij nuttig geachte onderzoeken en controles zo vlot mogelijk kunnen uitgevoerd worden, en elke geneesheer die aan de verzekerde zorgen (heeft) verstrekt, toelaten en verzoeken om aan de adviserend arts van de Maatschappij alle gevraagde inlichtingen te verstrekken, dit alles zowel bij het ontstaan van de arbeidsongeschiktheid als in het kader van de latere medische opvolging ervan. Alle maatregelen om de genezing te bespoedigen moeten zo snel mogelijk genomen worden en de voorgeschreven medische behandelingen moeten gevolgd worden. Indien aan één van deze verplichtingen niet wordt voldaan, kan de Maatschappij haar tussenkomst geheel of gedeeltelijk weigeren of onderbreken.

Na aangifte van het schadegeval en op grond van de verstrekte inlichtingen en van de resultaten van eventuele onderzoeken, bevestigt De Maatschappij of haar tussenkomst wordt verleend, alsook de aanvangsdatum van de arbeidsongeschiktheid en de arbeidsongeschiktheidsgraad (en in voorkomend geval, het blijvend karakter van de volledige arbeidsongeschiktheid en het ogenblik waarop het blijvend karakter van de volledige arbeidsongeschiktheid vaststaat), en deelt zij haar standpunt mee aan de verzekerde. Dit wordt als aanvaard beschouwd, indien de verzekerde binnen 16 dagen na de kennisgeving niet per aangetekend schrijven aan de Maatschappij gemeld heeft dat hij niet akkoord gaat.

Bij de toekenning of de uitkering van een arbeidsongeschiktheidsrente hebben zowel de verzekerde als de Maatschappij steeds het recht om de arbeidsongeschiktheidsgraad te laten herzien. Elke wijziging in de gezondheidstoestand van de verzekerde die een vermindering van de arbeidsongeschiktheidsgraad veroorzaakt of zou kunnen veroorzaken, moet binnen 30 dagen spontaan aan de Maatschappij worden gemeld. Zoniet eist de Maatschappij de terugbetaling van elke ten onrechte uitgekeerde of toegekende som, verhoogd met de wettelijke intresten.

Indien valse getuigschriften worden voorgelegd, valse verklaringen worden afgelegd of bepaalde feiten of omstandigheden die duidelijk van belang zijn bij de beoordeling van de verplichtingen van de Maatschappij opzettelijk worden verzwegen of niet vermeld, kan de Maatschappij haar tussenkomst weigeren of stopzetten en elke ten onrechte uitgekeerde of toegekende som terugvorderen, verhoogd met de wettelijke intresten. Bovendien behoudt de Maatschappij zich het recht voor alle aanvullende waarborgen op te zeggen. De reeds betaalde premies blijven verworven voor de Maatschappij.

Artikel 8: Begunstiging

Tenzij uitdrukkelijk anders vermeld in de Bijzondere Voorwaarden, is de verzekerde de begunstigde van de dekking RPI en de verzekeringnemer van de dekkingen PV en RAK.

Artikel 9: Premiebetaling

Het bedrag van de premie is bepaald in de Bijzondere Voorwaarden. De premie wordt geïnd samen met en volgens dezelfde modaliteiten als de premie van de hoofdverzekering. Echter, op elk ogenblik en onafhankelijk van het verloop van de hoofdverzekering, kan de verzekeringnemer een einde maken aan de premiebetaling voor de aanvullende verzekering.

Artikel 10: Wijziging van de algemene voorwaarden of het tarief

De Maatschappij behoudt zich het recht voor de algemene voorwaarden en/of het tarief aan te passen binnen de beperkingen opgelegd door de Wet op de Landverzekeringsovereenkomsten. Wanneer de Maatschappij haar algemene voorwaarden wijzigt, zal zij de verzekeringnemer daarvan schriftelijk verwittigen. Wanneer de Maatschappij haar tarief wijzigt, kan zij het nieuwe tarief toepassen vanaf de eerstvolgende vervalddag, na de verzekeringnemer schriftelijk verwittigd te hebben. De verzekeringnemer kan deze aanvullende waarborg opzeggen, binnen de 30 dagen die volgen op de ontvangst van dit bericht.

Artikel 11: Opzeg, afkoop en reductie door de verzekeringnemer

De verzekeringnemer heeft het recht om op elk moment, onafhankelijk van het verloop van de hoofdverzekering, de aanvullende verzekeringen te beëindigen. De opzegging, afkoop of reductie van de hoofdovereenkomst brengt van rechtswege de beëindiging van alle aanvullende verzekeringen met zich mee. Aanvullende verzekeringen hebben nooit een afkoop- of reductiewaarde.

Artikel 12: Niet-betaling van een premie

Bij niet-betaling van de premie voor een contract met aanvullende waarborgen wordt er een aangetekend schrijven verstuurd om de verzekeringnemer uit te nodigen de betaling alsnog uit te voeren. Indien de verzekeringnemer geen gevolg geeft aan dit aangetekend schrijven, worden de aanvullende waarborgen beëindigd. Dit gebeurt 30 dagen nadat de Maatschappij de verzekeringnemer hiervan per aangetekend schrijven op de hoogte heeft gebracht. Ondertussen heeft de verzekeringnemer de mogelijkheid om de betaling uit te voeren.

Artikel 13: Aangifte van iedere wijziging van beroepsactiviteit

Bij het aanvaarden van het arbeidsongeschiktheidsrisico en het berekenen van de betreffende premie houdt de Maatschappij rekening met de door de verzekerde uitgeoefende beroepsactiviteit.

Iedere wijziging van de aard van de beroepsactiviteit van de verzekerde moet binnen de 30 dagen aan de Maatschappij schriftelijk worden meegedeeld. Indien de wijziging van de beroepsactiviteit een zodanige wijziging van het risico zou impliceren dat de Maatschappij de arbeidsongeschiktheidsdekking tegen andere voorwaarden zou hebben verleend, dan stelt zij binnen 1 maand

vanaf de hoger vermelde kennisgeving voor om de voorwaarden van de dekking aan te passen met uitwerking op de datum van de verhoging van het risico of op de datum waarop de Maatschappij kennis heeft gekregen van de vermindering van het risico.

Indien, bij een verhoging van het arbeidsongeschiktheidsrisico, het voorstel van de Maatschappij geweigerd of niet aanvaard wordt binnen een termijn van 1 maand te rekenen vanaf de ontvangst van dit voorstel, kan de Maatschappij de betreffende dekking per aangetekend schrijven opzeggen binnen 15 dagen. Indien de Maatschappij het bewijs kan leveren dat zij de arbeidsongeschiktheidsdekking onder de gewijzigde omstandigheden niet zou hebben verleend, kan zij binnen een termijn van 1 maand, te rekenen vanaf de dag waarop zij van de verhoging kennis heeft gekregen, per aangetekend schrijven de arbeidsongeschiktheidsdekking opzeggen.

Mocht een schadegeval plaatsvinden vooraleer de verhoging van het risico aan de Maatschappij werd meegedeeld, dan wordt de uitkering geregeld op basis van de prestaties die verzekerd zouden zijn geweest met de werkelijk betaalde premie, rekening houdend met de gewijzigde risicokenmerken. Indien echter de Maatschappij kan aantonen dat zij de arbeidsongeschiktheidsdekking onder de gewijzigde omstandigheden niet zou hebben verleend, dan kan zij de prestatie beperken tot de terugbetaling van alle betaalde premies voor het betreffende risico. Indien het niet meedelen van een verhoging van het risico met bedrieglijk opzet geschiedt, kan de Maatschappij haar uitkering weigeren en komen alle premies die op het ogenblik waarop zij kennis krijgt van de bedrieglijke verzwijging reeds vervallen zijn, haar toe als schadevergoeding.

Artikel 1: Omschrijving van de begrippen

In deze Algemene Voorwaarden en in de Bijzondere Voorwaarden, wordt verstaan onder:

Ongeval

Een plotse gebeurtenis die een lichamelijk letsel veroorzaakt en waarvan de oorzaak of tenminste één van de oorzaken uitwendig is d.w.z. niet te herleiden tot de geestelijke of lichamelijke gesteldheid van het slachtoffer. Met ongevallen worden gelijkgesteld:

- het redden van personen (en goederen) die in gevaar verkeren
- steken van insecten of beten van dieren
- de onvrijwillige val in het water of inademen van gassen of dampen waarvan de ontsnapping niet te voorzien was
- blikseminslag

Worden niet beschouwd als ongeval:

- zelfmoord;
- ziekten en hun gevolgen, aanvallen van beroerten, van vallende ziekten of dergelijke, welke er ook de oorzaak van zij, alsook de lichamelijke letsels veroorzaakt door deze aanvallen.

Artikel 2: Omschrijving van de verzekering

Deze verzekering, "Ongeval" genaamd, is een aanvullende verzekering bij een Overlijdensverzekering, hoofdverzekering genaamd. De Algemene en Bijzondere Voorwaarden Ongevallen moeten steeds samen gelezen worden met de Algemene en Bijzondere voorwaarden van de hoofdverzekering. De Algemene Voorwaarden van de hoofdverzekering zijn ook van toepassing op de dekking "Ongeval", behalve wanneer daar in de Algemene Voorwaarden Ongevallen wordt van afgeweken.

Indien de verzekerde overlijdt vóór de in de Bijzondere Voorwaarden vermelde einddatum en dit binnen 365 dagen na en als rechtstreeks gevolg van een ongeval, keert De Maatschappij het in de Bijzondere Voorwaarden vermelde kapitaal voor deze dekking uit aan de begunstigde(n). De dekking is alleen geldig indien het ongeval zich ten vroegste voordoet op de aanvangsdatum van de dekking (of de verhoging van de dekking (voor wat betreft de verhoging) of de wederinwerkingstelling van de dekking) en voor de einddatum van de dekking "Ongeval" vermeld in de Bijzondere Voorwaarden.

Artikel 3: Geografische draagwijdte en uitsluitingen

Deze dekking is in principe geldig over de hele wereld. Is door deze aanvullende waarborg niet verzekerd:

- een ongeval dat overkomen is terwijl de verzekerde in kennelijke staat van dronkenschap of onder invloed van verdovende middelen verkeerde, tenzij de verzekerde of zijn rechtverkrijgenden kunnen bewijzen dat er geen oorzakelijk verband bestaat tussen het ongeval en deze staat
- een ongeval overkomen tijdens het deelnemen aan snelheidswedstrijden met rijdvoertuigen of aan trainingen met het oog op zulke wedstrijden; ofwel tijdens het beoefenen van sport of training met een lucratief doel
- een ongeval dat het gevolg is van een roekeloze daad van de verzekerde, waaghalzerij, of elke gevaarlijke handeling die niet door de noodwendigheid gerechtvaardigd wordt
- het overlijden dat rechtstreeks of onrechtstreeks voortvloeit uit een ziekte of aandoening die bestond vóór het ongeval
- een ongeval rechtstreeks of onrechtstreeks veroorzaakt door een oorlogsfeit, of door oproer, opstoot, tweegevecht, worsteling, vechtpartij of twist
- een ongeval dat rechtstreeks of onrechtstreeks voortvloeit uit atoomkernreacties, radioactiviteit en ioniserende stralen
- een ongeval dat voortvloeit uit een risico dat niet gedekt is in de Algemene

Voorwaarden van de hoofdverzekering of dat in de hoofdverzekering gedekt is door een specifiek akkoord

Artikel 4: Aangifte van een schadegeval en uitkering

Ieder ongeval dat de dood van de verzekerde veroorzaakt of kan veroorzaken moet ten laatste binnen de 30 dagen aan de Maatschappij meegedeeld worden. Bij laattijdige aangifte kan de Maatschappij haar tussenkomst verminderen met het door haar geleden nadeel, tenzij genoegzaam wordt aangetoond dat de aangifte van het schadegeval zo snel dit redelijkerwijs mogelijk is werd ingediend. De aangifte moet de plaats, de datum en het uur, alsook de omstandigheden van het overlijden vermelden.

Artikel 5: Begunstiging

Tenzij uitdrukkelijk anders vermeld in de Bijzondere Voorwaarden is de begunstiging identiek aan die van de hoofdverzekering.

Artikel 6: Premiebetaling

Het bedrag van de premie is bepaald in de Bijzondere Voorwaarden. De premie wordt geïnd samen met en volgens dezelfde modaliteiten als de premie van de hoofdverzekering. Echter, op elk ogenblik en onafhankelijk van het verloop van de hoofdverzekering, kan de verzekeringnemer een einde maken aan de premiebetaling voor de aanvullende verzekering.

Artikel 7: Wijziging van de algemene voorwaarden of het tarief

De Maatschappij behoudt zich het recht voor de algemene voorwaarden en/of het tarief aan te passen binnen de beperkingen opgelegd door de Wet op de Landverzekeringsovereenkomsten. Wanneer de Maatschappij haar algemene voorwaarden wijzigt, zal zij de verzekeringnemer daarvan schriftelijk verwittigen. Wanneer de Maatschappij haar tarief wijzigt, kan zij het nieuwe tarief toepassen vanaf de eerstvolgende vervalddag, na de verzekeringnemer schriftelijk verwittigd te hebben. De verzekeringnemer kan deze aanvullende waarborg opzeggen, binnen de 30 dagen die volgen op de ontvangst van dit bericht.

Artikel 8: Opzeg, afkoop en reductie door de verzekeringnemer

De verzekeringnemer heeft het recht om op elk moment, onafhankelijk van het verloop van de hoofdverzekering, de aanvullende verzekering te beëindigen. De opzegging, afkoop of reductie van de hoofdovereenkomst brengt van rechtswege de beëindiging van de aanvullende verzekering met zich mee. Deze aanvullende verzekering heeft nooit een afkoop- of reductiewaarde.

Artikel 9: Niet-betaling van een premie

Als de premie meer dan 30 dagen na de vervalddag onbetaald blijft, worden de aanvullende dekkingen automatisch stopgezet. Bij niet-betaling van de premie voor een contract met aanvullende waarborgen wordt er een aangetekend schrijven verstuurd om de verzekeringnemer uit te nodigen de betaling alsnog uit te voeren. Indien de verzekeringnemer geen gevolg geeft binnen de 30 dagen na het versturen van dit aangetekend schrijven, worden de aanvullende waarborgen beëindigd.

Delta Lloyd Life NV
Fonsnylaan 38
1060 Brussel

Tel. : +32 (0)2 238 88 11
Fax : +32 (0)2 238 88 99
BTW BE 0403 280 171
RPR Brussel
www.deltalloydlife.be

Delta Lloyd Life nv, verzekeringsonderneming toegelaten door de NBB (Berlaimontlaan 14, 1000 Brussel) en het FSMA (Congresstraat 12-14, 1000 Brussel) onder het codenummer 167 voor de Takken leven 21, 22, 23 en 27, de Tak 26 kapitalisatie en de verzekeringstakken verbonden aan de niet-levenactiviteiten, uitgezonderd bijstand (KB 29.3.79 - 18.1.82 - 17.10.88 - 30.3.93 - BS 14.7.79 - 23.1.82 - 4.11.88- 7.5.93 - 10.8.03), met maatschappelijke zetel te Fonsnylaan 38, 1060 Brussel, België – BTW BE 0403 280 171- RPR Brussel- Bankrekening : 646-0302680-54 - IBAN BE42 6460 3026 8054 – BIC BNAGBEBB.