

Overlijdensverzekering

(geldig vanaf februari 2016)
TNS-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

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

Algemene voorwaarden Overlijdensverzekering

- 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 sterftestatistieken. 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 sterftestatistieken 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 30dagen. 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 uitgevoerd. 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

Infofiche(s) alsook het beleid van Delta Lloyd Life NV inzake belangenconflicten) zijn beschikbaar op de website www.deltalloydlife.be onder de rubriek 'legale documenten' of op eenvoudig verzoek van de Verzekeringnemer.

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.