



Conditions générales

Revenu Garanti

de AG Insurance sa



BNP PARIBAS
FORTIS

| La banque et l'assurance d'un monde qui change

Conditions générales Revenu Garanti

Avant-propos

Le contrat d'assurance est conclu entre

AG Insurance sa, dont le siège social est établi Bd. E. Jacqmain 53, B-1000 Bruxelles, RPM Bruxelles, TVA BE 0404.494.849

et

le preneur d'assurance, qui souscrit le contrat d'assurance auprès de AG Insurance sa, et qui est nommément désigné dans les conditions particulières.

Le contrat d'assurance comprend

- les conditions générales;
- les conditions particulières.

Éventuellement complétées par:

- la proposition d'assurance;
- la déclaration médicale;
- les avenants.

Ceci concerne un produit d'assurance d'AG Insurance, distribué par BNP Paribas Fortis.

AG Insurance sa - Bd. E. Jacqmain 53, B-1000 Bruxelles - RPM Bruxelles - TVA BE 0404.494.849 - www.aginsurance.be
Entreprise d'assurance agréée sous code 0079, sous le contrôle de la Banque nationale de Belgique, Bd. de Berlaimont 14, 1000 Bruxelles

BNP Paribas Fortis SA, Montagne du Parc 3, B-1000 Bruxelles - RPM Bruxelles - TVA BE 0403.199.702, inscrit sous le n° 25.879A auprès de la FSMA, rue du Congrès 12-14, 1000 Bruxelles
et agissant comme agent d'assurances lié d'AG Insurance sa

Table des matières

Conditions générales Revenu Garanti

Partie I : Définitions		4
Partie II : Conditions générales Revenu garanti		
Article 1	Objet de l'assurance	5
Article 2	Étendue des garanties	5
Article 3	Terrorisme	5
Article 4	Risques exclus	5
Article 5	Risques exclus sauf convention contraire	6
Article 6	Obligation du preneur et de l'assuré lors de la conclusion du contrat	6
Article 7	Obligation du preneur et de l'assuré en cours de contrat	6
Article 8	Paiement de la prime	6
Article 9	Déclaration d'accident ou de maladie	7
Article 10	Prestation en cas d'incapacité de travail	7
Article 11	Prise de cours et prise d'effet	8
Article 12	Suspension et fin de contrat	8
Article 13	Poursuite individuelle d'un contrat lié à l'activité professionnelle	8
Article 14	Préfinancement de la poursuite individuelle d'un contrat lié à l'activité professionnelle	8
Article 15	Changement de domicile	8
Article 16	Droit applicable, tribunaux compétent et autorités de contrôle	8
Article 17	Demande d'informations et plaintes	8
Article 18	Frais	9
Article 19	Impôts	9
Protection de la vie privée		9

Partie I : Définitions

Preneur

Personne physique qui conclut le contrat avec l'assureur.

Assureur

AG Insurance sa.

Assuré

Personne sur la tête de laquelle repose le risque.

Bénéficiaire

Personne en faveur de laquelle est stipulée la prestation d'assurance.

Accident

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

Maladie

Toute altération de la santé de l'assuré, d'origine non accidentelle, présentant des symptômes objectifs et organiques et reconnue par un médecin légalement autorisé à pratiquer son art, soit en Belgique, soit dans le pays où se trouve l'assuré au moment de la constatation de la maladie. Les complications pathologiques de la grossesse sur la base d'une attestation médicale sont assimilées à une maladie. Par contre, le repos de maternité légal ou réglementaire n'est pas assimilé à une période d'incapacité de travail résultant d'une maladie.

Incapacité de travail

Ci-après nommée "l'incapacité". Diminution, constatée par décision médicale, de la capacité physique nécessaire à l'exercice d'une activité professionnelle compatible avec les connaissances, les dispositions et l'expérience de l'assuré. Le degré de cette incapacité est déterminé par le médecin conseil de l'assureur ou par un autre médecin désigné par l'assureur. Le degré de cette incapacité est déterminé sans tenir compte d'aucun autre critère économique.

Sinistre

Incapacité de l'assuré consécutive à un accident ou à une maladie et dont le degré atteint au moins 25%.

Délai de carence

Délai prévu dans les conditions particulières, durant lequel aucune prestation n'est due en cas d'incapacité. Ce délai court à partir du premier jour du sinistre.

Terrorisme

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

Contrat d'assurance lié à l'activité professionnelle

Le contrat d'assurance conclu par un preneur d'assurance au profit d'une ou de plusieurs personnes liées professionnellement au preneur d'assurance au moment de la conclusion du contrat.

Affection préexistante

Diminution de l'intégrité physique qui est la conséquence d'un accident, d'une maladie ou d'une affection survenu avant la prise d'effet du contrat et dont la cause ou l'une des causes est antérieure à cette date et/ou dont les premiers symptômes se sont manifestés avant cette date à moins qu'elle ait été communiquée préalablement à la conclusion du contrat et qu'elle ait été expressément acceptée par écrit par l'assureur.

Toutefois, en ce qui concerne les contrats qui ne sont pas liés à l'activité professionnelle de l'assuré, au sens de la Loi sur le Contrat d'assurance terrestre, une maladie ou une affection qui n'a pas été diagnostiquée dans les deux années suivant l'entrée en vigueur du contrat et dont les symptômes s'étaient déjà manifestés au moment de la conclusion du contrat mais qui, lors de la déclaration et non intentionnellement, n'a pas été déclarée ou a été déclarée de manière inexacte, n'est pas considérée comme une affection préexistante.

Partie II : Conditions générales Revenu Garanti

Article 1 – Objet de l’assurance

A. L’assurance garantit le paiement d’une rente au bénéficiaire ainsi que le remboursement de la prime payée par le preneur dans les cas où l’assuré est atteint:

1. soit d’une incapacité consécutive à une maladie ou à un accident;
2. soit d’une incapacité consécutive à une maladie seulement;

B. La rente est:

1. soit fixe: la prime et la rente restent inchangées pendant toute la durée du contrat;
2. soit revalorisée: la prime et la rente initiales sont augmentées à chaque échéance annuelle d’un pourcentage défini dans les conditions particulières.

Le preneur a la faculté d’arrêter cette revalorisation au plus tard 30 jours calendrier avant chaque échéance annuelle.

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

Article 2 – Étendue des garanties

L’assurance vaut dans le monde entier, pour autant que l’assuré ait sa résidence habituelle en Belgique et pour autant qu’il poursuive l’exercice de son activité professionnelle tant principale qu’à titre accessoire, comme déclarée lors de la conclusion du contrat.

Article 3 – Terrorisme

A. Adhésion

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

B. Règle proportionnelle

Si le total des indemnités calculées ou estimées excède le montant cité dans le précédent alinéa, une règle proportionnelle est appliquée : les indemnités à payer sont limitées à concurrence du rapport entre le montant cité dans le précédent alinéa ou les moyens encore disponibles pour cette année civile et les indemnités à payer imputées à cette année civile.

C. Régime de paiement

Conformément à la loi susmentionnée du 1er avril 2007, le Comité de l’ASBL TRIP, tel que décrit dans la loi, décide si un événement répond à la définition de terrorisme.

Afin que le montant de 1 milliard d’euros cité ci-avant ne soit pas dépassé, ce Comité fixe, six mois au plus tard après l’événement, le pourcentage de l’indemnisation que les entreprises d’assurances membres de l’ASBL doivent prendre en charge en conséquence de l’événement.

Le Comité peut revoir ce pourcentage. Le Comité prend, au plus tard le 31 décembre de la troisième année suivant l’année de survenance de l’événement, une décision définitive quant au pourcentage d’indemnisation à payer. Lorsque le Comité constate que le montant de 1 milliard d’euros cité ci-avant ne suffit pas à indemniser l’ensemble des dommages subis ou lorsque le Comité ne dispose pas d’éléments suffisants pour déterminer si ce montant suffit, les dommages aux personnes sont indemnisés en priorité. L’indemnisation des dommages moraux intervient après toutes les autres indemnisations.

Toute limitation, exclusion et/ou tout étalement dans le temps de l’exécution des engagements de l’entreprise d’assurance, définis dans une loi, un arrêté royal ou toute autre réglementation, s’appliquera à votre contrat conformément aux modalités qui y sont prévues. Les dispositions du présent point ne sont pas applicables à la valeur de rachat théorique des assurances-vie.

D. Armes nucléaires

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

E. Modifications ultérieures

En cas de modifications de la législation relative à l’assurance contre les dommages causés par le terrorisme, ces modifications seront automatiquement d’application sauf si un autre régime transitoire est prévu.

Article 4 – Risques exclus

N’est pas couverte, l’incapacité découlant directement ou indirectement:

- A. D’actes intentionnels ou de comportements inconsidérés commis par l’assuré ou par toute personne ayant un intérêt à la prestation assurée, sauf s’il s’agit d’une tentative justifiée de sauvetage de personnes ou de biens.
- B. D’une tentative de suicide ou d’une participation volontaire de l’assuré à des crimes, délits, rixes, paris ou défis.
- C. De l’utilisation par l’assuré de médicaments, de stimulants ou de stupéfiants, de façon non conforme à une prescription médicale.
- D. De la chirurgie esthétique.
- E. D’affections psychiques, subjectives ou nerveuses, sauf si elles ont été diagnostiquées sur base de symptômes organiques.
- F. D’allergies n’entraînant pas une incapacité d’au moins 25%.
- G. D’une affection préexistante.
- H. De l’alcoolisme ou de la toxicomanie de l’assuré.
- I. D’un état d’ivresse, d’une intoxication alcoolique telle que définie par la législation belge ou d’une conduite routière irresponsable de l’assuré.
- J. De la pratique professionnelle d’un sport par l’assuré, y compris sa préparation, même s’il s’agit d’une activité accessoire;

De toute pratique compétitive de sports d'hiver;
D'une préparation ou d'une compétition, impliquant l'usage d'un véhicule comme conducteur ou passager ou la conduite d'un animal.

K. De cataclysmes naturels, de la fission ou de la fusion nucléaires, de la radioactivité ou de radiations ionisantes, à l'exception des:

- risques professionnels, s'ils sont couverts dans les conditions particulières;
- irradiations médicales;

L'Assureur ne prend en compte la désignation du bénéficiaire que dans la mesure où il en est averti par écrit.

L. D'un fait de guerre, c'est à dire d'un fait qui est la conséquence directe ou indirecte d'une action offensive ou défensive d'une puissance belligérante ou de quelque autre fait de nature militaire. Cette exclusion est élargie à toute incapacité, pour quelque cause que ce soit, lorsque l'assuré participe activement aux hostilités.

M. D'émeutes, troubles civils, ou tous actes de violence collective d'inspiration politique, idéologique ou sociale, à l'exclusion des actes de terrorisme, accompagnés ou non de rébellion contre les pouvoirs publics ou contre toute autre autorité constituée, si l'assuré y a pris part activement. Les assurés chargés du maintien de l'ordre par une autorité belge restent cependant couverts contre les faits d'émeute en Belgique.

Article 5 – Risques exclus sauf convention contraire

N'est pas couverte, sauf convention contraire, l'incapacité découlant directement ou indirectement:

A. Des risques liés aux activités professionnelles:

1. consistant en l'exécution d'un travail manuel;
2. impliquant essentiellement des déplacements par véhicules à moteur, en tant que chauffeur, convoyeur, ou représentant de commerce;
3. impliquant la présence sur chantiers de démolition ou de construction ou sur chantiers navals;
4. entraînant un contact avec du courant à haute tension;
5. s'exerçant sur des toits, échelles, échafaudages, en nacelles ou à une hauteur de plus de quatre mètres;
6. s'exerçant sous terre, sauf dans des bâtiments achevés, dans des mines ou puits;
7. s'exerçant dans des fabriques d'explosifs, poudrières, ou impliquant le maniement d'explosifs, engins explosifs ou feux d'artifice;
8. impliquant la présence sur une plate-forme de forage ou sous eau;
9. exposant à la radioactivité ou à des radiations ionisantes;
10. des militaires, membres de la police fédérale ou locale, pompiers, pilotes d'appareil aérien ou membres d'un service de sécurité.

B. De la pratique non professionnelle et hors compétition des activités suivantes, y compris leur préparation: alpinisme, sports de défense ou de combat, équitation, sports aériens, sports de plongée, spéléologie.

C. De l'utilisation en tant que conducteur ou passager d'une moto de plus de 50cc de cylindrée.

Article 6 – Obligations du preneur et de l'assuré lors de la conclusion du contrat

A. Le preneur et l'assuré ont l'obligation de déclarer exactement, lors de la conclusion du contrat, toutes les circonstances qui leur sont connues et qu'ils doivent raisonnablement considérer comme constituant pour l'assureur des éléments d'appréciation du risque. Les déclarations du preneur et de l'assuré, de même que les indications reprises sur les certificats médicaux et sur tous

autres documents qui seraient demandés par l'assureur, font partie intégrante du contrat.

B. Une omission ou inexactitude intentionnelle induisant l'assureur en erreur sur les éléments d'appréciation du risque entraînent la nullité du contrat, la conservation par l'assureur des primes échues, et le cas échéant, le remboursement des prestations indûment payées à l'occasion d'un sinistre.

C. Sous réserve des dispositions de l'article 138bis/5 de la Loi sur le Contrat d'assurance terrestre, si l'omission ou l'inexactitude ne sont pas intentionnelles, l'assureur propose la modification du contrat avec effet au jour où il a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude.

Si le preneur refuse la modification ou ne l'accepte pas dans un délai d'un mois à dater de sa réception, l'assureur peut résilier le contrat dans les 15 jours.

Si l'assureur n'aurait en aucun cas assuré le risque, il peut résilier le contrat dans le mois à compter du jour où il a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude.

Article 7 – Obligations du preneur et de l'assuré en cours de contrat

A. L'assureur doit être averti par écrit dans les 30 jours:

1. de la conclusion, sur la tête de l'assuré, d'un contrat d'assurance individuelle offrant des garanties équivalentes à celles du présent contrat en cas d'incapacité, quel que soit le montant assuré;
2. du déplacement à l'étranger du lieu de résidence habituel de l'assuré;
3. de tout changement de statut social, de toute modification ou cessation des activités professionnelles de l'assuré, qu'elle concerne sa profession principale ou accessoire ainsi que de toute modification de ses revenus professionnels.

B. Dans les 30 jours suivant la communication d'une modification, l'assureur notifie au preneur si cette modification est d'une nature telle que, s'il en avait eu connaissance lors de la conclusion du contrat:

1. soit il aurait conclu le contrat aux mêmes conditions. Dans ce cas, le contrat reste inchangé;
2. soit il aurait conclu le contrat à d'autres conditions. Dans ce cas, l'assureur procède à l'adaptation du contrat avec effet au jour de la modification. Si le preneur refuse l'adaptation ou ne l'accepte pas dans le mois suivant sa notification, l'assureur peut résilier le contrat dans les 15 jours;
3. soit il n'aurait pas conclu le contrat. Dans ce cas, l'assureur résilie le contrat.

C. Si une modification n'a pas été communiquée conformément au point A., la procédure prévue au point B. est appliquée dès la connaissance par l'assureur de la modification.

D. Si un sinistre survient alors qu'une modification n'a pas été communiquée conformément au point A., l'assureur n'est pas tenu de payer la prestation assurée dès lors que le manquement est en relation causale avec le sinistre.

E. Si, suite à l'adaptation du contrat, il s'avère que des prestations payées ont été trop peu élevées, le montant dont l'assureur reste redevable est payé sans intérêt. L'assureur est par ailleurs en droit de réclamer le remboursement de prestations qui auraient été indûment payées.

Article 8 – Paiement de la prime

La prime est payable annuellement à la date d'échéance. Si le paiement de la prime est fractionné en paiements périodiques, il doit être effectué au moyen d'une domiciliation sur un compte bancaire ouvert auprès de BNP Paribas Fortis SA.

Le paiement d'une prime périodique oblige le preneur au paiement des périodes ultérieures courant jusqu'à l'échéance annuelle suivante.

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

Si une fraction de la prime n'est pas payée et qu'il s'agit:

- de la fraction qui devait être payée à l'échéance annuelle, la procédure définie à l'alinéa précédent est d'application.
 - d'une fraction qui devait être payée après l'échéance annuelle, l'assureur envoie une lettre recommandée au preneur. Celle-ci l'informe que, si la prime périodique n'est pas payée dans un délai de 15 jours à compter du lendemain du dépôt de la lettre recommandée à la poste, la garantie sera suspendue avec effet à l'expiration de ce délai et que le contrat sera résilié à l'échéance annuelle suivante.
- L'assureur se réserve la possibilité, dans le respect de la Loi sur le Contrat d'assurance terrestre, de modifier les conditions tarifaires et/ou contractuelles de la garantie offerte par ce contrat.

Article 9 – Déclaration d'accident ou de maladie

A. Tous les accidents ou toutes les maladies susceptibles d'être couverts par l'assurance doivent être déclarés à l'assureur dans les 30 jours qui suivent leur survenance ou leur début. Le formulaire adéquat doit être rempli dans le même délai: le premier volet par le bénéficiaire, le second volet par un médecin. Si une déclaration est faite tardivement, et qu'il en résulte un préjudice pour l'assureur, le délai de carence prend cours le jour où l'assureur est informé de la maladie ou de l'accident.

B. Les renseignements complémentaires demandés par l'assureur ou par son médecin-conseil doivent leur être fournis dans les 30 jours.

C. Les médecins qui traitent ou qui ont traité l'assuré doivent être autorisés à communiquer au médecin-conseil de l'assureur tous les renseignements concernant l'état de santé de l'assuré.

D. L'assuré doit permettre aux médecins désignés par l'assureur d'effectuer des examens médicaux en Belgique, même si cela requiert une hospitalisation. L'examen doit avoir lieu dans les 30 jours qui suivent la convocation adressée par l'assureur. Les frais d'examens médicaux et d'hospitalisation sont supportés par l'assureur.

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

F. Toute modification du degré ou de la durée de l'incapacité ainsi que toute reprise totale ou partielle de ses activités professionnelles par l'assuré doivent être communiquées à l'assureur dans les 8 jours de leur survenance.

G. Si l'assuré ne respecte pas les obligations contenues aux points B. à F. du présent article, et qu'il en résulte un préjudice pour l'assureur, ce dernier pourra prétendre à une réduction partielle ou totale de sa prestation, et le cas échéant, au remboursement des prestations indûment payées.

L'assureur peut décliner sa garantie si, dans une intention frauduleuse, l'assuré n'a pas exécuté les obligations précitées.

Article 10 – Prestation en cas d'incapacité

A. Détermination de l'incapacité

L'existence, la durée et le degré de l'incapacité sont déterminés par le médecin-conseil de l'assureur sur base des éléments qui lui sont fournis.

Le degré d'incapacité est diminué du degré d'incapacité qui existe lors de la conclusion du contrat ou qui est la conséquence d'un risque exclu.

Le degré d'incapacité ainsi défini

- est ramené à zéro s'il est inférieur à 25%;
- est porté à 100 % s'il atteint au moins 66%;
- ne peut être supérieur à 100%.

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

L'assuré et l'assureur ont le droit à tout moment de soumettre à révision l'existence, la durée et le degré de l'incapacité.

B. Procédure d'expertise médicale en cas de contestations concernant l'incapacité

Si l'assuré conteste une décision d'ordre médical, il a la faculté de demander par écrit, dans un délai maximum de 30 jours qui suivent la notification de la décision de l'assureur à l'assuré ou au bénéficiaire, que sa contestation soit soumise à une expertise médicale contradictoire et décisive. Cette contestation est alors tranchée par deux médecins-experts nommés et dûment mandatés, l'un par l'assuré et le bénéficiaire agissant de concert, l'autre par l'assureur. Si les deux médecins ne parviennent pas à un accord, ils désignent un troisième médecin-expert résidant en Belgique. A défaut de désignation, le médecin est désigné à la requête de la partie la plus diligente par le Président du Tribunal de première instance du domicile du preneur.

Les trois médecins prennent une décision collégiale. A défaut d'accord, la décision du troisième médecin est déterminante. Chacune des parties supporte les frais et honoraires de son médecin-expert. Les frais et honoraires du troisième médecin sont partagés par moitié.

Les décisions des médecins lient les parties et sont irrévocables pour autant qu'elles soient motivées et respectent les dispositions du présent contrat.

C. Paiement de la rente

En cas d'incapacité par accident ou maladie, la prestation assurée est due pendant la durée de l'incapacité, pour la période postérieure au délai de carence.

Si l'incapacité de travail est la conséquence d'une grossesse ou d'un accouchement, les prestations sont suspendues pendant une période qui correspond à la période de repos de maternité légal ou réglementaire qui est octroyée pour la naissance d'un enfant (ci-après dénommée la durée standard du repos de maternité). La détermination de cette période ne prend pas en compte d'éventuelles prolongations et est effectuée sur base du statut social de l'assuré.

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

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

Si, pendant le délai de carence ou en cours de paiement des prestations assurées, une incapacité complémentaire survient suite à une autre cause, la prestation assurée complémentaire éventuelle est soumise à l'application d'un nouveau délai de carence.

S'il est mis fin à la Convention de Pension suite à une liquidation, une absorption ou une fusion de l'Entreprise, l'affilié obtient la pleine propriété sur les prestations acquises à ce moment et peut poursuivre l'assurance à titre individuel selon les dispositions de l'article 13.2.

La prestation est déterminée mensuellement comme suit: le montant garanti est divisé par 365 et multiplié par le degré applicable, établi conformément au point A, et par le nombre de jours où ce degré a été d'application pendant le mois.

Article 11 – Prise de cours et prise d'effet

Le contrat est conclu à la date à laquelle l'assureur reçoit en retour la police émise signée par le preneur. Le renvoi de la police doit se faire dans un délai de 30 jours à compter de son émission, délai au-delà duquel l'offre d'assurance devient caduque. Le contrat prend cours à la date indiquée dans les conditions particulières de la police. Il prend également effet à cette date. Toutefois, la prise d'effet est suspendue jusqu'à la date du paiement de la première prime ou de la première partie périodique de celle-ci et jusqu'à la date à laquelle l'assureur reçoit en retour la police émise signée par le preneur.

Article 12 – Suspension et fin de contrat

A. Fin de plein droit

Le contrat et la garantie prennent fin de plein droit au terme prévu dans les conditions particulières ou au décès de l'assuré.

B. Fin du contrat par résiliation

1. Le preneur peut résilier le contrat à tout moment.
2. L'assureur peut résilier le contrat:
 - a) en cas de non-paiement de la prime tel que prévu à l'article 8;
 - b) si le preneur n'accepte pas la modification du contrat prévue à l'article 6. C.;
 - c) dans les cas prévus à l'article 7;
 - d) si, dans une intention frauduleuse, les différentes obligations prévues aux articles 7 et 9 ne sont pas observées.
3. La résiliation du contrat se fait par lettre recommandée à la poste.
4. A l'exception de la résiliation par l'assureur consécutive au non-paiement de prime prévu à l'article 8, la résiliation prend effet à l'expiration d'un délai d'un mois prenant cours le lendemain du dépôt de la lettre recommandée à la poste.
5. Toute résiliation entraîne le remboursement des primes payées afférentes à la période d'assurance postérieure à la date de prise d'effet de la résiliation.

C. Suspension

Dans les cas tels que prévus au point B. 2. c), l'assureur a le droit, en lieu et place de la résiliation, de suspendre la garantie et le paiement de la prestation assurée jusqu'au

moment où ces conditions sont remplies ou les obligations sont observées.

Article 13 – Poursuite individuelle d'un contrat lié à l'activité professionnelle

13.1. Droit à la poursuite individuelle

Sauf si l'assuré perd le bénéfice du présent contrat d'assurance couvrant le risque d'incapacité de travail pour les raisons visées aux articles 6, 7, 14, 16 et 24 de la Loi sur le Contrat d'assurance terrestre et, de manière générale, en cas de fraude, celui-ci dispose du droit de poursuivre, en tout ou en partie, cette assurance individuellement lorsqu'il perd le bénéfice de cette assurance, sans devoir subir un examen médical supplémentaire ni devoir remplir un nouveau questionnaire médical.

13.2. Conditions

Ce droit n'est ouvert au profit de l'assuré que si, durant les deux années précédant la perte du bénéfice du contrat qui est poursuivi individuellement, celui-ci a été affilié de manière ininterrompue à un ou plusieurs contrats d'assurance maladie successifs souscrits auprès d'entreprise d'assurances au sens de la présente loi.

13.3. Obligation d'information

Le preneur se doit, dans les trente jours suivant la perte du bénéfice du contrat qui est poursuivi individuellement, de communiquer par écrit ou par voie électronique à l'assuré les informations nécessaires à l'exercice de ce droit et notamment le moment précis de la perte du bénéfice du contrat poursuivi individuellement, la possibilité de poursuivre ce contrat individuellement, le délai dans lequel l'assuré peut exercer ce droit à la poursuite individuelle ainsi que les coordonnées de l'assureur.

Article 14 – Préfinancement de la poursuite individuelle d'un contrat lié à l'activité professionnelle

L'assuré dispose de la possibilité de payer individuellement une prime complémentaire.

Par la conclusion de ce contrat, le preneur s'engage à communiquer sans délai cette information à l'assuré.

Article 15 – Changement de domicile

Le preneur qui change de domicile est tenu de faire connaître immédiatement sa nouvelle adresse à l'assureur, en rappelant le numéro du contrat. A défaut, toutes communications ou notifications lui sont valablement faites à l'adresse indiquée dans les conditions particulières ou à la dernière adresse communiquée.

Article 16 – Droit applicable, tribunaux compétents et autorités de contrôle

Le présent contrat d'assurance est soumis au droit belge, et plus précisément à la Loi du 4 avril 2014 relative aux assurances et à l'Arrêté Royal du 14 novembre 2003 relatif à l'activité d'assurance sur la vie.

Tous les litiges relatifs à ce contrat sont exclusivement du ressort des tribunaux belges.

AG Insurance sa et BNP Paribas Fortis SA sont soumises au contrôle prudentiel de la Banque Nationale de Belgique, Boulevard de Berlaimont 14, 1000 Bruxelles et au contrôle de l'Autorité des services et marchés financiers (FSMA), rue du Congrès 12-14, 1000 Bruxelles en matière de protection des investisseurs et des consommateurs.

Article 17 – Demande d’informations et plaintes

Pour toute question concernant ce contrat, le preneur peut prendre contact avec son agence BNP Paribas Fortis ou son intermédiaire. Ils fourniront volontiers des informations ou chercheront avec lui une solution.

Vous pouvez communiquer avec votre assureur en français et en néerlandais. Tous les documents contractuels sont disponibles en français et en néerlandais.

Si le preneur a une plainte en ce qui concerne les services de BNP Paribas Fortis, il peut s’adresser au service Gestion des Plaintes de BNP Paribas Fortis SA, Montagne du Parc 3 à B-1000 Bruxelles.

Pour toutes autres plaintes concernant le contrat, le preneur peut la transmettre par écrit à AG Insurance sa, Service de Gestion des Plaintes, Bd. E. Jacqmain 53 à B-1000 Bruxelles ou par e-mail: customercomplaints@aginsurance.be.

Si la solution proposée par BNP Paribas Fortis ou par AG Insurance ne donne pas satisfaction, le preneur peut soumettre le litige à l’Ombudsman des Assurances, Square de Meeûs 35, B-1000 Bruxelles, www.ombudsman.as ou par e-mail : info@ombudsman.as.

Une plainte ne porte pas préjudice à la possibilité d’intenter une action en justice.

Article 18 – Frais

L’assureur se réserve le droit de réclamer des frais lorsqu’il est contraint à des dépenses particulières occasionnées par le fait du preneur, de l’assuré ou du bénéficiaire.

Article 19 – Impôts

Tous impôts, taxes ou droits existants ou qui seraient établis sous une dénomination quelconque postérieurement à la souscription du contrat et qui sont ou seraient dus par suite de celle-ci ou de l’exécution dudit contrat, sont à charge du preneur, des ayants droit ou des bénéficiaires, suivant le cas.

Conformément à ses obligations légales, AG Insurance fournira les informations nécessaires aux autorités compétentes.

Protection de la vie privée

Le preneur d’assurance et le cas échéant l’assuré, ci-après dénommés “les intéressés”, marquent leur accord sur le traitement de leurs données personnelles par AG Insurance sa, sise Bd. E. Jacqmain 53 à B- 1000 Bruxelles et par BNP Paribas Fortis SA, sise rue Montagne du Parc 3 à B- 1000 Bruxelles, celles-ci étant les responsables du traitement.

Les intéressés marquent leur accord sur l’enregistrement et le traitement de leurs données personnelles à des fins de conclusion de contrats d’assurance, de gestion des relations qui découlent des contrats d’assurance, de prévention des abus et des fraudes, de confection de statistiques et tests et de prospection commerciale relative aux produits promus par les sociétés des groupes financiers dont AG Insurance fait partie.

Les intéressés marquent leur accord sur l’échange de ces données entre AG Insurance et les sociétés des groupes financiers et/ou les intermédiaires d’assurances avec lesquels AG Insurance collabore, ainsi que sur la communication de ces données à d’autres tiers lorsque l’exécution des contrats le requiert ou en cas d’intérêt légal. Cet accord vaut également pour la communication vers des pays non membres de l’Union Européenne.

L’accès aux données personnelles est strictement limité aux personnes qui en ont besoin pour l’exercice de leurs fonctions.

Le refus d’un intéressé de communiquer certaines données personnelles demandées par AG Insurance et/ou par BNP Paribas Fortis, peut empêcher la naissance de relations contractuelles, en modifier la nature ou en influencer la gestion.

Les intéressés donnent leur consentement explicite et spécial pour le traitement par AG Insurance des données personnelles concernant leur santé sous la responsabilité d’un professionnel des soins de santé ainsi que, dans les mêmes conditions, pour le traitement par des réassureurs ou coassureurs éventuels situés en Belgique ou à l’étranger.

Dans le seul cas où elle est nécessaire aux fins de traitement ou d’exécution du contrat d’assurance, ils marquent leur accord sur la collecte de ces données auprès de tiers. Les données relatives à la santé sont traitées aux fins mentionnées ci-dessus, à l’exception de la prospection commerciale.

Les intéressés ont le droit de s’opposer, sur simple demande et gratuitement en s’adressant à leur agence, au traitement de leurs données personnelles à des fins de direct marketing. Les intéressés ont un droit de consultation et de rectification des données inexacts, relativement aux données personnelles les concernant. Pour exercer ces droits, les intéressés envoient une demande écrite à (aux) (l’)adresse(s) susmentionnée(s).