

Vander Haeghen & C°

Specific Insurance Underwriters

COUVERTURE DÉCÈS **« LIFE IS BEAUTIFUL »** **Conditions Générales**



Avenue des Nerviens, 85, b 2, Nervierslaan
Bruxelles 1040 Brussel

Tel (02) 526 00 10
Fax (02) 526 00 11

BCE 0427 765 248
FSMA 45471

info@vdhco.be
www.vdhco.be

PREAMBULE

Cher assuré,

Votre contrat d'assurance est constitué de conditions générales, de conditions particulières et de clauses particulières. Les conditions générales sont d'application pour tous les contrats et fixent nos engagements réciproques.

Elles définissent en outre le contenu des garanties, ainsi que les exclusions. Les conditions particulières et les clauses particulières déterminent toutes les données s'appliquant spécifiquement à votre contrat. Elles décrivent les garanties que vous avez souscrites, les montants assurés par vos soins et les primes à payer.

Les clauses particulières prévalent sur les conditions générales et particulières. Les conditions particulières prévalent sur les conditions générales

1. PARTIES CONCERNÉES

Le preneur d'assurance

Vous, la personne physique ou la personne juridique qui concluez le contrat avec la compagnie.

La compagnie

Nous VANDER HAEGHEN & C° s.a.,
Avenue des Nerviens 85, bte 2, 1040 Bruxelles, agit pour compte de la compagnie BELFIUS INSURANCE s.a., Avenue Galilée 5, 1210 Bruxelles, Belgique.

L'assuré

La personne sur la tête de laquelle l'assurance a été conclue. Il s'agit éventuellement d'une autre personne que vous-même (le preneur d'assurance).

Le(s) bénéficiaire(s)

Une ou plusieurs personnes en faveur desquelles les prestations d'assurance ont été stipulées.

2. DÉFINITIONS

La FSMA

La Financial Services and Markets Authority, rue du Congrès 12-14, 1000 Bruxelles. La FSMA est l'autorité de contrôle chargée du contrôle des institutions financières belges.

La prime

Le prix que nous demandons pour garantir les prestations (y compris les taxes imposées par la législation belge).

Les prestations garanties/prestations assurées

Les montants assurés fixés dans les conditions et clauses particulières du contrat. Il s'agit d'un capital que nous payons en cas de réalisation des risques couverts en application du contrat.

Accident

Un événement soudain entraînant l'incapacité de l'assuré et dont la cause directe est extérieure à l'organisme de l'assuré, étrangère à la volonté de l'assuré ou du bénéficiaire de l'assurance.

Sont également considérés comme accident:

- la foudre
- infections causées directement par un accident
- les empoisonnement et lésions corporelles dus à l'absorption non intentionnelle de substances toxiques ou corrosives
- l'asphyxie due à l'action imprévue de gaz ou de vapeurs délétères

- la noyade et les maladies infectieuses qui sont la conséquence d'une chute involontaire dans l'eau ou un liquide infecté
- les gelures, coups de chaleur, insolation ainsi que l'inanition et épuisement par suite de naufrage, atterrissage forcé, écroulements, avalanches et inondations
- les lésions corporelles résultant d'agressions ou d'attentats dont l'assuré serait victime sauf s'il était prouvé qu'il aurait pris une part active comme auteur ou instigateur à ces événements
- lésions suite à piqûres d'insectes ou morsures d'animaux
- lésions suite au sauvetage ou tentative de sauvetage d'une personne ou de biens en danger
- lésions consécutives à une situation de légitime défense.

5. Affection à caractère soudain

Toute altération de la santé de l'assuré d'origine non accidentelle mais à caractère soudain et imprévisible dont la cause est indépendante de la volonté de l'assuré, survenant pendant la période d'assurance et présentant des symptômes objectifs qui en rendent le diagnostic indiscutable pour un médecin légalement autorisé à pratiquer son art.

Seront exclusivement considérées comme telles les affections suivantes:

- Une méningite infectieuse, c.à.d. une maladie infectieuse aiguë qui provoque l'infection des méninges
- Un accident vasculaire cérébral à la suite d'une rupture vasculaire ou d'une thrombose cérébrale sans antécédents causaux
- Une dissection aortique
- Une embolie pulmonaire
- Une hépatite aiguë
- Une pancréatite aiguë infectieuse ou toxique non alcoolique, sans antécédents causaux
- Une péritonite infectieuse aiguë
- Une myocardite infectieuse aiguë
- Un infarctus du myocarde sans antécédents causaux
- Une encéphalite infectieuse, c.à.d. une maladie infectieuse aiguë qui provoque l'infection du cerveau

3. OBJET DU CONTRAT

Le contrat garantit au(x) bénéficiaire(s) le paiement des prestations assurées fixées dans les conditions particulières du contrat pour autant que le preneur d'assurance paie les primes dans les délais impartis. La garantie de base est une couverture décès toutes causes (sous réserve des exclusions applicables). En cas de décès consécutif à un accident ou une affection à caractère soudain, un multiple du capital de base sera versé aux bénéficiaires suivant les stipulations des conditions particulières.

Le décès suite à un accident doit intervenir dans un délai de maximum 12 mois après la survenance de l'accident.

Le décès suite à une affection à caractère soudain doit intervenir dans un délai de maximum 6 mois après que le diagnostic ait été posé.

4. BASES DU CONTRAT

Le contrat est établi sur base des données, documents et informations médicales que vous-même et l'assuré avez fournis afin de nous aider à évaluer les risques à couvrir.

Ces déclarations sont fournies sincèrement et sans réticence. Si nous avons été induits en erreur lors de l'évaluation des engagements parce que vous avez intentionnellement caché des informations ou transmis des informations incorrectes, le contrat est déclaré nul et inexistant. Dans un tel cas, les primes versées ne sont pas remboursées.

Dès la prise d'effet du contrat, nous renonçons toutefois à exiger la nullité du contrat pour des omissions ou des déclarations inexactes faites de bonne foi.

Si nous constatons que la date de naissance indiquée pour l'assuré ne correspond pas à la réalité, les prestations de chaque partie seront augmentées ou réduites en fonction de la date de naissance exacte.

Le contrat est, en outre, soumis aux dispositions légales et réglementaires qui s'appliquent à l'assurance vie.

5. EFFET ET DURÉE DU CONTRAT

Prise d'effet

La date de prise d'effet du contrat est fixée de commun accord et est stipulée dans les conditions particulières.

Le contrat prend effet après que vous l'ayez signé et après le paiement de la première prime. Vous avez le droit de résilier le contrat dans un délai de 30 jours à dater de sa prise d'effet.

La résiliation prend effet dès la notification. Nous avons également le droit de résilier le contrat dans un délai de 30 jours à dater de sa prise d'effet. La résiliation par la compagnie prend effet après un délai de 8 jours suivant sa notification.

Durée

Le contrat est conclue jusqu'à l'âge terme, avec la possibilité pour l'assuré de le résilier annuellement. Le contrat prend fin de plein droit à l'expiration de l'année au cours de laquelle l'assuré a atteint de 55 ans.

Quand et comment le contrat peut-il être résilié?

Il peut être mis fin au contrat dans les cas indiqués aux § 1 à 3 ci-après, et notamment:

- par le preneur, par lettre recommandée ou par déclaration faite contre récépissé auprès de l'assureur,
- par l'assureur, par lettre recommandée adressée au dernier domicile connu du preneur.

Lorsque la résiliation est faite par lettre recommandée, le délai de préavis est compté à partir de la date d'envoi (le cachet de la Poste faisant foi).

Si la résiliation intervient entre deux échéances, la part de prime correspondant à la période allant de la résiliation à la prochaine échéance est remboursée au preneur sauf en cas de résiliation pour non-paiement de la prime.

3.1. Par le preneur et/ou l'assureur

- Chaque année à la date d'échéance principale, avec préavis de 3 mois au moins.
- En cas de changement de domicile, de situation ou de régime matrimonial, de changement de profession, de retraite professionnelle ou de cessation définitive d'activité : la résiliation doit alors être faite par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

3.2. Par le preneur:

- En cas d'augmentation de la prime,

3.3 Par l'assureur:

- En cas de non-paiement de la prime,
- En cas d'omission ou d'inexactitude intentionnelle dans la description du risque, en cours de contrat.

6. PAIEMENT DES PRIMES

Les primes sont payées aux dates d'échéance stipulées dans les conditions particulières du contrat. Quelle que soit la périodicité de la prime, le paiement de cette prime ou d'une partie de cette prime n'est pas obligatoire. Tous les frais supplémentaires (taxes, cotisations, etc.) concernant ce contrat sont à charge du preneur d'assurance et sont payés en même temps que les primes.

Les primes sont payables dès réception de l'avis d'échéance. Nous nous réservons en outre le droit d'exiger l'indemnisation des frais supplémentaires éventuels desquels vous-même, l'assuré ou le(s) bénéficiaire(s) porteriez la responsabilité.

Nous nous réservons ainsi le droit d'exiger au preneur d'assurance, l'assuré ou le bénéficiaire l'indemnisation des frais pour tout traitement administratif supplémentaire qui tombe en dehors des obligations légales et contractuelles (par exemple: l'envoi, à votre demande, d'une nouvelle copie du contrat ou attestation fiscale).

7. DÉFAUT DE PAIEMENT

A défaut de paiement d'une prime ou d'une fraction de prime, l'Assureur adresse au preneur d'assurance une lettre recommandée qui prévoit la résiliation. La résiliation du contrat prend effet après l'expiration d'un délai de 30 jours à dater de l'envoi de la lettre recommandée.

8. BÉNÉFICIAIRES

Vous désignez par écrit et librement un ou plusieurs bénéficiaires. Aussi longtemps que la prestation assurée n'est pas devenue exigible, vous pouvez à tout moment révoquer ou modifier le bénéfice du contrat, sauf si le(s) bénéficiaire(s) a(ont) formellement accepté le bénéfice du contrat.

L'acceptation par le(s) bénéficiaire(s) se fait par un avenant signé par le(s) bénéficiaire(s), acceptant(s), vous-même et la compagnie. Après le décès de l'assuré, nous ne tenons compte de l'acceptation du bénéfice que si elle nous a été communiquée par écrit par ce(s) deniers(s).

9. TERRITORIALITÉ

Sous réserve des dispositions de l'article 11, la garantie s'applique dans le monde entier, conformément aux conditions particulières. Les séjours hors Belgique sont couverts pendant une durée de maximum 90 jours.

10. PAIEMENT DES PRESTATIONS ASSURÉES

La compagnie est tenue de payer les prestations assurées dès qu'elle a eu la possibilité de vérifier le bien-fondé de la demande.

C'est ainsi que nous demandons au(x) bénéficiaire(s) de transmettre un certain nombre de pièces justificatives:

- le contrat original et ses avenants;
- un acte de notoriété déterminant les droits du(des) bénéficiaire(s) si le(s) bénéficiaire(s) n'a (n'ont) pas été désigné(s) nommément ;
- un extrait de l'acte de décès avec mention de la date de naissance;
- un certificat médical mentionnant la cause du décès
- toute autre pièce requise par l'assureur en vue de procéder à l'acceptation et à l'évaluation du sinistre.

11. EXCLUSIONS

Les circonstances suivantes ne sont pas couvertes pour toutes les garanties offertes sauf mention contraire :

- Accidents imputables à l'ivresse, à l'usage de stupéfiants, à l'abus de médicaments non prescrits par un médecin.
- Accidents imputables à un état psychique déficient.
- Accidents survenus au cours d'actes de violence.
- Accidents résultant d'une exposition volontaire à un danger exceptionnel et inutile.
- Accidents résultant d'actes téméraires, de paris,..
- Accidents lors de courses et entraînements de véhicules automoteurs ou bateaux dans lesquels la vitesse est un élément prépondérant.

- Accidents survenant lors de la pratique lucrative d'un sport.
- Accidents résultant de la pratique d'un sport combat, de l'alpinisme, escalade extérieurs, plongée sous-marine, spéléologie, parachutisme, deltaplane, rugby, chasse, polo, skeleton, hockey sur glace, parapente, planeur, ULM, saut à l'élastique, rafting, ski hors-piste, base jumping.
- Accidents causés par des réactions nucléaires, radioactivité et radiations ionisantes et la manifestation nocive de combustibles nucléaires ou de produits ou déchets radioactifs.

Suicide de l'assuré

Le suicide est toujours exclu dans le cadre de la couverture accident ou décès suite à une affection à caractère soudain.

Stipulations applicables à la couverture décès toutes causes :

Le décès faisant suite au suicide de l'assuré n'est pas couvert dans le courant de la première année suivant la date de prise d'effet du contrat ou la date de prise d'effet d'une remise en vigueur éventuelle.

En cas d'augmentation des prestations assurées, le décès faisant suite au suicide de l'assuré n'est pas couvert dans le courant de l'année suivant la prise d'effet de l'augmentation. Dans ce dernier cas, seule l'augmentation n'est pas couverte.

Acte intentionnel

Le décès de l'assuré n'est pas couvert si:

- le décès a été causé par un acte intentionnel du preneur d'assurance ou d'un ou de plusieurs bénéficiaires ou un acte commis à l'instigation de l'un d'eux;
- le décès est la conséquence d'une condamnation judiciaire;
- le décès a été causé par un crime ou un délit, commis intentionnellement par l'assuré en tant qu'auteur ou co-auteur, et dont il pu prévoir l'issue fatale.

Navigation aérienne

1. Le décès de l'assuré suite à un accident impliquant un appareil de navigation aérienne n'est pas couvert:

- si l'appareil de navigation aérienne ne disposait pas d'une licence lui permettant d'assurer le transport de personnes ou de marchandises, est un prototype ou est un appareil de navigation aérienne militaire non destiné au transport normal. Le décès est par contre couvert lorsqu'il s'agit d'un appareil qui était utilisé, au moment de l'accident, pour le transport de personnes en dehors du cadre d'une quelconque action belligérante;
- si l'appareil de navigation aérienne est utilisé dans le cadre de concours, de démonstrations, de tests de vitesse, d'attaques aériennes, de vols d'exercice ou de tentatives de record;
- lorsqu'il s'agit de l'un des types d'appareils suivants: aérostat, deltaplane, ULM, DPM ou parapente.

2. Le décès de l'assuré n'est pas couvert si ce décès est la conséquence d'un saut en parachute (sauf en cas de force majeure) ou d'un saut à l'élastique également connu sous le nom de saut benji.

Guerre

Accidents survenus lors de circonstances de guerre ou guerre civile.

La couverture reste acquise à l'étranger durant 15 jours dès lors que la région n'ait – au moment du départ de l'assuré- pas été déconseillé comme destination par les autorités belges compétentes et que l'assuré n'aie pas pris part aux désordres.

Emeutes

Le décès de l'assuré n'est pas couvert si ce décès est la conséquence de la participation, directe ou non, à une guerre civile, des émeutes ou aux troubles civils en général, sauf en cas de légitime défense ou si l'assuré était membre des troupes chargées du maintien de l'ordre public et attaquées par les émeutiers.

12. SINISTRES

Il revient aux bénéficiaires d'apporter la preuve que le dommage subi est couvert dans le champs d'application de la police et d'en apporter tous les justificatifs nécessaires à l'assureur. A défaut, la couverture ne sera pas acquise.

Le preneur d'assurance et/ou le bénéficiaire doit:

- Déclarer immédiatement et au plus tard dans les 15 jours le sinistre à l'assureur. L'assureur n'invoquera cependant pas le non-respect de ce délai si le preneur d'assurance et/ou le bénéficiaire établit qu'il a déclaré le sinistre aussi rapidement que cela pouvait raisonnablement se faire.

La déclaration mentionnera expressément les éléments suivants: date, heure, lieu, causes et circonstances du sinistre, noms et adresses des témoins éventuels ainsi que s'il a lieu, le nom de l'autorité verbalisant et les références de son dossier.

- Fournir à l'assureur un certificat médical mentionnant clairement la cause du décès.
- Recevoir les délégués de l'assureur et faciliter leurs constatations.
- Fournir à l'assureur, sans retard, tous renseignements et certificats médicaux qu'il estime nécessaire. En particulier, les ayant-droit autoriseront le médecin ayant constaté le décès et/ou ayant suivi médicalement la victime à fournir à l'assureur tous les renseignements que celui-ci pourrait leur demander et consentent à toute enquête et si requis à l'autopsie et l'exhumation du corps de l'assuré décédé.

En cas de non-respect de ces obligations entraînant un préjudice pour l'assureur, celui-ci pourra réduire sa prestation à concurrence du préjudice subi par lui.

En cas de non-respect de ces obligations dans une intention frauduleuse, l'assureur pourra refuser sa garantie.

2. Expertise médicale

En cas de divergence d'opinion sur une question d'ordre médical, chaque partie désigne son médecin. Si nécessaire, ces deux médecins s'en

adjoignent un troisième pour former un collège qui donne son avis en tenant compte des conditions du contrat.

Faute d'accord entre les médecins, la désignation d'un médecin sera faite par le Président du Tribunal de 1ère Instance du domicile de l'assuré, à la requête de la partie la plus diligente.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin et le cas échéant la moitié des honoraires du 3ème médecin. L'avis des experts sera considéré par les parties comme souverain et irrévocable.

13. INFORMATIONS MÉDICALES

L'assuré autorise son médecin à transmettre au médecin- conseil de la compagnie les certificats médicaux nécessaires pour la souscription et l'exécution du contrat, y compris la déclaration concernant la cause du décès, conformément à l'article 61 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances. L'assuré dispense dès lors tous les médecins qui l'ont soigné, les institutions de soins de santé, les assureurs-loi ou tous autres organismes du secret médical.

En vue d'assurer une bonne gestion, l'assuré donne son consentement formel pour le traitement des données médicales, conformément à l'article 7 de la loi du 8 décembre 1992 en matière de protection de la vie privée.

14. NOTIFICATIONS /RÉCLAMATIONS /JURIDICTION

Le domicile des parties est élu de droit: le nôtre à notre siège social, le vôtre à votre dernière adresse connue par nos services. Vous devez nous communiquer tout changement d'adresse par écrit. Si votre adresse change sans que vous ne nous en informiez par écrit, la correspondance adressée à la dernière adresse connue sera considérée comme ayant été valablement adressée.

Pour être valable, toute notification doit être faite par écrit. Toute notification est considérée comme ayant été transmise à la date de son dépôt à la poste. Si vous résidez à l'étranger, vous devez désigner un représentant en Belgique mandaté pour recevoir toutes les communications concernant votre contrat.

Elle peut également être adressée à l'Ombudsman des assurances, square de Meeûs 35, 1000 Bruxelles (www.ombudsman.as). Sauf stipulations contraires dans les conditions particulières, le contrat est soumis à la législation belge et les contestations éventuelles concernant le contrat sont de la compétence des tribunaux belges.

15. INFORMATIONS CONCERNANT LA PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE

Vous-même et l'assuré autorisez expressément notre compagnie à traiter les données personnelles qui nous ont été communiquées.

Le traitement des données personnelles est nécessaire pour permettre la prestation des services, l'analyse du risque à couvrir, la gestion

des contrats d'assurance et des sinistres éventuels, l'établissement de statistiques et la commercialisation de nos produits d'assurance.

L'assuré peut toutefois s'opposer au traitement de ses données personnelles pour des actions commerciales.

La loi du 8 décembre 1992 en matière de protection de la vie privée confère au preneur d'assurance et à l'assuré le droit de consulter et de corriger ces

données. Ils disposent en outre d'un droit de consultation du registre public auprès de la Commission pour la protection de la vie privée (Ministère de la Justice, place Poelaert 3, 1000 Bruxelles)

