



Conditions
générales

**Pension plan pro
Pension
Complémentaire
pour Prestataires
de soins de santé - INAMI**

07.2022

SOMMAIRE

	page	
Chapitre I. Conditions générales de la convention sociale de pension plan pro INAMI	2	A. INFORMATIONS GENERALES
	2	Article 1 – Objet du contrat
	2	Article 2 – Intervenants
	3	Article 3 – Documents contractuels
	3	Article 4 – Obtention de la cotisation INAMI – Formulaire INAMI
	3	Article 5 – Loi applicable
	3	Article 6 – Fiscalité de la cotisation INAMI
	3	Article 7 – Juridiction
	4	Article 8 – Interlocuteur privilégié du souscripteur assuré
	4	B. VIE DU CONTRAT
	4	Article 9 – Prise d’effet et fin du contrat
	4	Article 10 – Versements – Cotisations INAMI
	5	Article 11 – Assurance principale – <i>Réserve</i>
	6	Article 12 – Assurance principale – Information annuelle du souscripteur assuré
	6	Article 13 – Assurance principale – Disponibilité de la <i>réserve</i>
	7	Article 14 – Assurance principale – <i>Prestations</i>
	9	Article 15 – Assurance principale – Documents à produire en vue du paiement des <i>prestations</i>
	9	Article 16 – Assurance principale – Avance sur police et mise en gage des droits de pension
	10	Article 17 – Assurance principale – Bénéficiaire(s)
	11	Article 18 – Modification du contrat
	11	Article 19 – Dispositions diverses
Chapitre II. Conditions générales de l’assurance accessoire «Incapacité de travail»	17	Article 20 – Objet et <i>prestations</i>
	18	Article 21 – Degré d’ <i>incapacité de travail</i>
	18	Article 22 – Début et fin du droit aux <i>prestations</i>
	19	Article 23 – Formalités à accomplir en vue du paiement des <i>prestations</i>
	20	Article 24 – Autres engagements du souscripteur assuré
	21	Article 25 – Prime
	21	Article 26 – Circonstances non couvertes
	22	Article 27 – Dispositions diverses
Lexique	24	Le lexique définit les mots qui sont en lettres <i>italiques</i> dans le texte

CHAPITRE I. CONDITIONS GÉNÉRALES DE LA CONVENTION SOCIALE DE PENSION PLAN PRO INAMI

A. INFORMATIONS GÉNÉRALES

Article 1 – Objet du contrat

La convention sociale de pension plan pro est une convention de pension destinée aux prestataires de soins de santé qui, lors de la conclusion du contrat, remplissent les conditions pour bénéficier d'un régime d'avantages sociaux tel que décrit à l'article 54 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Ce régime concerne les médecins, les praticiens de l'art dentaire, les pharmaciens, les kinésithérapeutes, les logopèdes et les infirmiers indépendants qui ont adhéré aux conventions et accords organisant les rapports financiers et administratifs entre les bénéficiaires de soins et les organismes assureurs d'une part et les prestataires de soins de santé d'autre part. Les avantages peuvent consister dans une participation de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI) dans les primes ou cotisations pour des contrats garantissant un revenu de remplacement en cas d'*incapacité de travail* ou pour des conventions de pension qui répondent aux conditions fixées à l'article 46, § 1er, de la loi-programme du 24 décembre 2002, c'est-à-dire des conventions sociales de pension.

La convention sociale de pension est une convention de pension qui est liée à un régime de solidarité et qui est conclue en application de l'article 46, § 1er, de la loi-programme du 24 décembre 2002.

La convention de pension, qui est représentée par les présentes conditions générales, est une assurance-vie qui sert à constituer une pension complémentaire.

Le régime de solidarité comporte diverses prestations de solidarité instaurées en faveur des souscripteurs et de leurs ayants-droits, dont les conditions et modalités font l'objet d'un règlement distinct des présentes conditions générales. L'organisateur de ce régime est la Caisse de Prévoyance des Indépendants et des Entreprises (C.P.I.E).

La convention de pension, appelée aussi « assurance principale », peut être complétée par l'assurance accessoire « *Incapacité de travail* ».

Article 2 – Intervenants

2.1. Le souscripteur assuré

La personne physique désignée aux conditions particulières qui conclut le contrat avec la compagnie et sur laquelle repose le risque de survenance des événements assurés. Ce souscripteur assuré est un prestataire de soins de santé qui, en adhérant à une convention nationale ou à un accord, a droit aux avantages sociaux décrits à l'article 54 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire pour soins de santé et indemnités.

Pour l'application du règlement de solidarité, il est appelé l'affilié.

2.2. La compagnie

AXA Belgium. La compagnie a également la qualité d'organisme de pension.

2.3. L'organisateur du régime de solidarité

La Caisse de Prévoyance des Indépendants et des Entreprises, en abrégé C.P.I.E.

2.4. Le bénéficiaire

La personne en faveur de laquelle sont stipulées les *prestations* assurées.

Article 3 – Documents contractuels

3.1. Les conditions générales de l'assurance principale et de l'éventuelle assurance accessoire «*Incapacité de travail*»

Elles sont explicitées dans le présent document.

3.2. Les conditions particulières

Elles définissent les caractéristiques de l'assurance correspondant à la situation spécifique du souscripteur assuré. Ainsi, elles mentionnent les options choisies par le souscripteur assuré et les garanties qui sont effectivement couvertes.

3.3. Le règlement de participation bénéficiaire

Il détermine les modalités selon lesquelles les *réserves* de l'assurance principale peuvent bénéficier d'une participation aux bénéfices.

3.4. Le règlement de solidarité

Il fixe les droits et obligations des affiliés et des bénéficiaires et de la Caisse de Prévoyance des Indépendants et des Entreprises en tant que personne morale organisant le régime de solidarité. Il fixe également les règles relatives à l'exécution dudit régime de solidarité en application des articles 46 et 54 à 57 de la loi-programme (I) du 24 décembre 2002, de l'article 54 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, ainsi que des arrêtés royaux du 15 décembre 2003 fixant, d'une part, les *prestations* de solidarité liées aux conventions sociales de pension et, d'autre part, les règles concernant le financement et la gestion d'un régime de solidarité lié à une convention sociale de pension.

Les *prestations* de solidarité ainsi que les modalités d'intervention de l'organisateur du régime de solidarité y sont décrites.

Ce règlement de solidarité peut être obtenu auprès de la compagnie sur simple demande.

Article 4 – Obtention de la cotisation INAMI – Formulaire INAMI

Pour avoir droit au versement d'une cotisation par l'INAMI sur le contrat, le souscripteur assuré, qui remplit les conditions légales pour bénéficier du régime d'avantages sociaux, doit envoyer chaque année, en temps utile, le formulaire de demande d'avantages sociaux complété, daté et signé à la compagnie afin qu'elle puisse le transmettre dans le délai imparti au service compétent de l'INAMI. Au moment de la conclusion du contrat, ce délai court, chaque année, du 1er janvier au 31 mars pour les pharmaciens, les kinésithérapeutes, les logopèdes et les infirmiers indépendants et du 1er avril au 30 juin pour les médecins et les praticiens de l'art dentaire. L'année suivante, la cotisation sera versée sur le contrat par l'INAMI.

Article 5 – Loi applicable

La convention sociale de pension est soumise aux dispositions de la loi-programme du 24 décembre 2002 (I) et de ses arrêtés d'exécution. Sauf s'il y est dérogé par la loi-programme précitée, le contrat est régi par la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, par l'arrêté royal du 14 novembre 2003 relatif à l'activité d'assurance sur la vie et par toute autre réglementation en vigueur ou à intervenir.

Article 6 – Fiscalité de la cotisation INAMI

Selon les dispositions légales en vigueur à la conclusion du contrat, les cotisations INAMI sont exonérées d'impôt dans le chef du souscripteur assuré, mais ne sont pas déductibles au titre de frais professionnels.

Article 7 – Juridiction

Le contrat est régi par la loi belge. Les contestations éventuelles entre parties sont soumises aux tribunaux belges.

Article 8 – Interlocuteur privilégié du souscripteur assuré

Tout problème relatif au contrat peut être soumis par le souscripteur assuré à la compagnie par l'entremise de ses intermédiaires habituels.

Si le souscripteur assuré ne partage pas le point de vue de la compagnie, il lui est loisible de faire appel au service «Customer Protection» d'AXA Belgium (Place du Trône 1 à 1000 Bruxelles, e-mail: customer.protection@axa.be).

Si le souscripteur assuré estime ne pas avoir obtenu, de cette façon, la solution adéquate, il peut s'adresser au Service Ombudsman Assurances (Square de Meeûs 35 à 1000 Bruxelles, site : www.ombudsman.as).

Le souscripteur assuré a toujours la possibilité de demander l'intervention d'un juge.

B. VIE DU CONTRAT

Article 9 – Prise d'effet et fin du contrat

9.1. Prise d'effet du contrat

Le contrat prend effet à la date précisée dans les conditions particulières.

Dès sa souscription, l'assurance principale est *incontestable* hormis le cas de fraude.

9.2. Fin du contrat

La convention de pension prend fin lors de la *mise à la retraite* du souscripteur assuré, c'est-à-dire lors de la prise de cours effective de la pension de retraite relative à l'activité professionnelle qui a donné lieu à la constitution des prestations de pension complémentaire (voir article 14.1). Toutefois, le contrat prend fin antérieurement en cas de liquidation totale autorisée avant la *mise à la retraite* (voir article 13.1, 14.2. et 16), de transfert (voir article 13.2), de résiliation (voir article 11.4) ou de décès du souscripteur assuré (voir article 14.3).

A défaut de connaître à l'avance le moment de la prise de cours effective de la pension de retraite du souscripteur assuré, les conditions particulières du contrat indiquent une date de terme qui ne peut en aucun cas être inférieure à l'*âge légal de la pension en vigueur* au moment de la souscription du contrat. Cette date de terme du contrat est appelée l'*âge de retraite*. L'*âge de retraite* est susceptible d'être prolongé tacitement (voir article 14.2.).

Article 10 – Versements – Cotisations INAMI

10.1. La convention sociale de pension peut uniquement être financée par des cotisations INAMI.

10.2. Les cotisations INAMI sont versées directement par l'INAMI à la compagnie, pour autant que le formulaire de demande des avantages sociaux lui soit parvenu dans le délai imparti (voir article 4).

Elles financent obligatoirement la convention sociale de pension et, le cas échéant, tout la prime de l'assurance accessoire «*Incapacité de travail*» (voir article 25).

10.3. Les cotisations INAMI finançant la convention sociale de pension englobent la cotisation de solidarité affectée au financement des *prestations* du régime de solidarité. Cette cotisation de solidarité est prélevée par la compagnie sur lesdites cotisations INAMI et transférée à l'organisateur du régime de solidarité; la cotisation de solidarité s'élève à 10% de chaque cotisation INAMI versée sur la convention sociale de pension.

10.4. Le montant de la cotisation INAMI est fixé annuellement par arrêté royal. Si la cotisation est augmentée, le montant de cette augmentation sera affecté au financement de la convention sociale de pension dans sa totalité, sauf convention contraire.

Article 11 – Assurance principale – Réserve

11.1. Constitution de la réserve

Le versement affecté à l'assurance principale (c'est-à-dire la part de la cotisation INAMI affectée à la convention sociale de pension, après prélèvement de la cotisation de solidarité) bénéficie, après déduction des chargements d'entrée, dès sa réception définitive sur le compte bancaire de la compagnie, du *taux d'intérêt* en vigueur à ce moment. Ce taux d'intérêt est garanti jusqu'au 31 décembre de l'année en cours pour le versement concerné. Il sera ensuite revu au 1er janvier de chaque année. La compagnie communique le taux d'intérêt au début de chaque année civile.

Les versements affectés à l'assurance principale (nets des chargements d'entrée), capitalisés, diminués mensuellement du coût de l'éventuelle garantie *capital-risque* si celle-ci est prévue dans le contrat ainsi que des chargements de gestion, forment la *réserve* du contrat.

Selon les conditions en vigueur à la conclusion du contrat, les chargements de gestion mensuels de la *réserve* s'élèvent à 1,50 EUR. Si une adaptation du niveau de ces chargements devait intervenir en cours de contrat, le souscripteur assuré en serait informé au moins 30 jours avant sa mise en application. Dans l'hypothèse où il n'accepterait pas cette modification, il aurait la possibilité d'effectuer le transfert décrit à l'article 13.2., avant la date de mise en application des nouveaux chargements, sans prélèvement de l'indemnité. Passé ce délai, la modification serait considérée comme agréée.

La partie de la réserve qui a fait l'objet d'une avance ne bénéficiera d'aucun intérêt tant que l'avance n'aura pas été remboursée.

11.2. Chargements d'entrée

Les chargements d'entrée applicables au versement affecté à l'assurance principale sont ceux en vigueur à la date de la réception de la cotisation INAMI sur le compte bancaire de la compagnie. Selon les conditions en vigueur à la conclusion du contrat, ils s'élèvent à maximum 6% du versement affecté à l'assurance principale.

Ces chargements d'entrée ne sont pas prélevés sur la *réserve* provenant d'un autre organisme de pension, qui serait transférée sur ce contrat suite à la résiliation d'une convention de pension du même type conclue avec cet autre organisme.

11.3. Participation bénéficiaire

Une participation bénéficiaire peut être attribuée, conformément au règlement de participation bénéficiaire qui est joint au contrat.

La partie de la réserve qui a fait l'objet d'une avance ne bénéficiera d'aucune participation bénéficiaire tant que l'avance n'aura pas été remboursée.

11.4. Versements insuffisants

En cas d'absence de versement ou de versements insuffisants, le prélèvement des chargements de gestion et du coût relatif au *capital-risque*, s'il est prévu dans l'assurance principale, pourrait conduire à l'épuisement de la *réserve*. En pareil cas, la compagnie en informe le souscripteur assuré par lettre recommandée et le contrat sera résilié de plein droit trente jours après l'envoi de cette lettre recommandée.

Article 12 – Assurance principale – Information annuelle du souscripteur assuré

Conformément aux dispositions légales :

- le souscripteur assuré, dont le contrat a reçu un versement de l'INAMI l'année précédente, dispose d'une information reprenant l'évolution de son contrat pour l'année écoulée (notamment la *réserve acquise*). L'information annuelle comprend également le montant de *prestation estimée à l'âge de retraite*;
- la compagnie communique au souscripteur assuré, sur simple demande, un aperçu historique du montant de la *réserve acquise*, le dernier rapport sur la gestion des conventions de pension, une déclaration relative aux principes fondant sa politique de placement, ses comptes et rapports annuels et ceux du régime de retraite du souscripteur assuré.

Conformément à la loi du 13 mars 2016, la compagnie établit un Solvency and Financial Condition Report (SFCR). Le souscripteur assuré peut consulter ce rapport sur le site internet www.axa.be.

Article 13 – Assurance principale – Disponibilité de la réserve

13.1. Droits du souscripteur assuré sur la réserve et les participations bénéficiaires attribuées

Sous réserve du droit pour le souscripteur assuré de transférer sa réserve à certaines conditions (voir article 13.2) ou d'obtenir une avance ou mise en gage à certaines conditions (voir article 16), le souscripteur assuré ne dispose de sa réserve (et des participations bénéficiaires attribuées) qu'au moment de sa *mise à la retraite* (voir article 14.1.).

Toutefois, si la *mise à la retraite* est postérieure à la date à laquelle le souscripteur assuré atteint l'*âge légal de la pension en vigueur* ou la date à laquelle il satisfait aux conditions pour obtenir sa pension de retraite anticipée de travailleur indépendant, le souscripteur assuré peut demander le *rachat*, de manière à obtenir anticipativement le paiement de sa réserve à partir d'une de ces deux dates. Aucune indemnité de *rachat* ne sera imputée sur le contrat en cas de liquidation à partir d'une de ces deux dates.

La compagnie se réserve le droit d'appliquer, durant les 8 premières années suivant la date de prise d'effet stipulée dans les conditions particulières une correction financière dans l'intérêt de tous les preneurs d'assurances. Celle-ci est égale à la différence positive entre, d'une part, la réserve qui fait l'objet du *rachat* et, d'autre part, la valeur actualisée, suivant le *spot rate* applicable à ce moment, du montant résultant de la capitalisation de cette réserve au *taux d'intérêt* garanti qui s'y rapporte, cette opération portant sur la durée restante jusqu'au 31 décembre de l'année en cours.

13.2. Transfert

Le souscripteur assuré peut à tout moment mettre fin au contrat en faisant transférer la réserve, majorée de la participation bénéficiaire acquise, sur une nouvelle convention de pension du même type conclue avec un autre organisme de pension.

Si ce transfert a lieu plus que cinq ans avant la date terme, déterminée dans les conditions particulières la compagnie prélève une indemnité de 5% sur le montant transféré.

La compagnie se réserve le droit d'appliquer, durant les 8 premières années suivant la date de prise d'effet stipulée dans les conditions particulières, en sus de l'indemnité décrite ci-dessus, une correction financière dans l'intérêt de tous les preneurs d'assurances. Celle-ci est égale à la différence positive entre, d'une part, la réserve qui fait l'objet du transfert et, d'autre part, la valeur actualisée, suivant le *spot rate* applicable à ce moment, du montant résultant de la capitalisation de cette réserve au *taux d'intérêt* garanti qui s'y rapporte, cette opération portant sur la durée restante jusqu'au 31 décembre de l'année en cours.

13.3. Dispositions communes au *rachat* et au transfert

Le souscripteur assuré effectue sa demande de *rachat* ou de transfert au moyen d'un écrit daté et signé, accompagné des documents probants demandés par la compagnie, notamment :

- une photocopie lisible des deux faces de sa carte d'identité et son numéro de registre national;
- en cas de *rachat*: le/les document(s) permettant d'établir que le souscripteur assuré satisfait aux conditions pour obtenir sa pension de retraite anticipée de travailleur indépendant, s'il n'a pas encore atteint l'*âge légal de la pension en vigueur* (âge en vigueur au moment de la liquidation du contrat);
- en cas de transfert vers un autre organisme de pension: une attestation de celui-ci, comportant les données nécessaires pour effectuer le transfert.

Le *rachat* ou transfert est considéré comme définitif à la date où le souscripteur assuré signe la quittance ou le document en tenant lieu.

La compagnie communique au souscripteur assuré le montant de la *réserve acquise*, dans les 30 jours qui suivent sa demande formelle de *rachat* ou de transfert. Le montant disponible est calculé le jour de cette demande.

Article 14 – Assurance principale – Prestations

14.1. En cas de *mise à la retraite*

La compagnie est informée de la date de *mise à la retraite*. La *prestation* est calculée à la date de *mise à la retraite* du souscripteur assuré. La compagnie verse la *réserve* constituée à cette date, y compris l'éventuelle participation bénéficiaire acquise à cette date et ce, dans les 30 jours qui suivent la communication par le souscripteur assuré à la compagnie de toutes les données et documents nécessaires au paiement.

A l'occasion de sa *mise à la retraite*, le souscripteur assuré peut demander la conversion en rente de la *réserve acquise susmentionnée* et ce, pour autant que le montant annuel de la rente soit, dès le départ, supérieur au montant fixé par la loi (500 EUR indexés conformément aux dispositions légales). La compagnie informe le souscripteur assuré de cette possibilité dans les deux semaines qui suivent la date de la réception de sa notification de *mise à la retraite*.

Aucune indemnité de *rachat* n'est due en cas de liquidation lors de la *mise à la retraite*.

14.2. En cas de vie du souscripteur assuré au terme (le souscripteur assuré n'étant pas encore *mis à la retraite* à cette date de terme)

En cas de vie du souscripteur assuré au terme, la convention sociale de pension se poursuit s'il n'est pas encore *mis à la retraite*, sans préjudice toutefois de son droit de demander la liquidation de ses prestations s'il se trouve dans l'une des deux circonstances mentionnées à l'article 13.1. La poursuite de la convention de pension est tacite d'année en année.

Sauf contrordre du souscripteur assuré, l'éventuelle garantie du *capital risque* se poursuit également.

La poursuite de la convention sociale de pension au-delà du terme a pour effet que la convention de pension comporte un nouvel *âge de retraite* (ou nouveau terme).

14.3. En cas de décès du souscripteur assuré avant sa *mise à la retraite*

En cas de décès du souscripteur assuré avant sa *mise à la retraite*, la compagnie verse les *prestations* qui correspondent, selon le choix effectué par le souscripteur assuré :

- soit au montant de la *réserve* constituée, majorée de la participation bénéficiaire acquise;
- soit au montant de la *réserve* constituée, majorée le cas échéant de la participation bénéficiaire acquise ainsi que de capital décès fixé dans les conditions particulières. Le souscripteur assuré choisit librement le montant du capital décès, sachant qu'il doit être compris, entre 10.000 EUR et 125.000 EUR ;

- soit au plus élevé des deux montants suivants :

- montant de la *réserve* constituée, majorée de la participation bénéficiaire acquise,
- montant du capital-décès minimum fixé dans les conditions particulières.

Le souscripteur assuré choisit librement le montant de ce capital-décès minimum, étant entendu qu'à l'origine de la garantie de celui-ci, il doit être compris entre 10.000 EUR et 125.000 EUR.

Le(s) bénéficiaire(s) est (sont) informé(s) de la *prestation* due et du fait qu'il(s) peu(ven)t demander la conversion en rente du capital et ce, pour autant que le montant annuel de la rente soit, dès le départ, supérieur au montant fixé par la loi (500 EUR indexés conformément aux dispositions légales). La compagnie informe le(s) bénéficiaire(s) de cette possibilité dans les deux semaines qui suivent la date à laquelle elle est informée du décès.

Les *prestations* prévues en cas de décès (avant la *mise à la retraite*) qui n'excèdent pas le montant de la *réserve* majorée de la participation bénéficiaire acquise sont dues quels que soient les causes, les circonstances ou le lieu du décès. Pour l'excédent éventuel, appelé *capital-risque*, seules les circonstances énumérées au point 14.5 ci-après sont exclues.

14.4. *Prestations minimales lors de la mise à la retraite, lors de la liquidation à partir de la date à laquelle le souscripteur assuré atteint l'âge légal de retraite en vigueur ou satisfait aux conditions pour obtenir sa pension de retraite anticipée de travailleur indépendant*

Si leur paiement intervient

- lorsque le souscripteur assuré est mis à la retraite, ou ;
- à partir de la date à laquelle le souscripteur assuré atteint l'*âge légal de retraite en vigueur* (au moment de la liquidation du contrat) ou satisfait aux conditions pour obtenir sa pension de retraite anticipée de travailleur indépendant,

les prestations convenues sont, en cas de besoin, complétées de manière à atteindre un montant égal à la partie de ses versements diminuée proportionnellement aux *rachats* déjà effectués, qui n'a pas été consommée par le coût de l'éventuelle garantie *capital-risque* et par le financement des *prestations* de solidarité. Cette disposition n'est cependant pas d'application si les prestations sont dues dans les cinq premières années du contrat.

14.5. *Circonstances exclues*

La *capital-risque* n'est pas dû si le décès se produit dans une des circonstances ci-après. La compagnie apporte la preuve du fait qui l'exonère de la garantie.

- décès résultant d'un suicide survenant moins d'un an après la conclusion du contrat. Ce même principe s'applique sur toute augmentation du *capital-risque*, à compter de la date de cette augmentation ;
- décès résultant directement ou indirectement d'une guerre entre plusieurs Etats ou de faits de même nature ou d'une guerre civile.

Lorsque le décès du souscripteur assuré résulte d'une guerre qui a éclaté pendant son séjour à l'étranger, les *prestations* assurées sont acquises si le souscripteur assuré n'a pris aucune part active aux hostilités.

Par ailleurs, à la demande préalable du souscripteur assuré et moyennant une mention expresse dans le contrat, la compagnie pourrait accorder la couverture lorsque le souscripteur assuré se rend dans un pays en état de guerre, pour autant qu'il ne participe pas activement aux hostilités ;

- décès résultant de mouvements populaires ou d'émeutes – c'est-à-dire de manifestations violentes, même non concertées, d'un groupe de personnes qui révèle une agitation des esprits se caractérisant par du désordre ou des actes illégaux, qu'il y ait ou non une lutte contre les organismes chargés du maintien de l'ordre public - ou de conflits du travail – c'est-à-dire toute contestation collective, sous quelque forme qu'elle se manifeste dans le cadre des relations du travail – dans la mesure où l'assuré a pris part active à ces événements.

Article 15 – Assurance principale – Documents à produire en vue du paiement des *prestations*

15.1. *Prestations lors de la mise à la retraite*

La compagnie verse les *prestations* au bénéficiaire en cas de vie désigné dans le contrat, contre la signature d'une quittance, après réception des documents probants demandés par elle, notamment :

- le document émanant de l'organisme de pension compétent pour les indépendants et sur lequel apparaît la date de *mise à la retraite* du souscripteur assuré ;
- une photocopie lisible des deux faces de la carte d'identité du bénéficiaire ainsi que son numéro de registre national.

Si le souscripteur assuré, en qualité de bénéficiaire en cas de vie désigné dans le contrat, devait décéder après la date de *mise à la retraite* alors que la convention de pension ne serait pas encore liquidée, la prestation due en cas de *mise à la retraite* sera versée à ses ayants droit.

La compagnie peut demander que le souscripteur assuré lui restitue son exemplaire du contrat et de ses avenants éventuels.

15.2. *Prestations en cas de vie au terme (le souscripteur assuré n'étant pas encore mis à la retraite à cette date de terme)*

Si le souscripteur assuré en fait la demande expresse et qu'il se trouve dans une des deux circonstances mentionnées à l'article 13.1., les prestations peuvent être versées à la date du terme au bénéficiaire désigné dans le contrat, contre la signature d'une quittance, après réception des documents probants demandés par la compagnie.

Concernant les modalités d'un paiement au terme, il est renvoyé à l'article 13.1., sous réserve que la prestation est ici calculée à la date du terme.

15.3. *Prestations en cas de décès avant la mise à la retraite*

La compagnie verse les *prestations* au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) dans le contrat, contre la signature d'une quittance, après réception des documents probants demandés par elle, notamment :

- un extrait de l'acte de décès ;
- une photocopie lisible des deux faces de la carte d'identité du (des) bénéficiaire(s) ainsi que son (leur) numéro de registre national et celui du souscripteur assuré ;
- un certificat médical sur un formulaire délivré par la compagnie, indiquant notamment la cause du décès ;
- un acte d'hérédité indiquant la qualité des héritiers, lorsque les bénéficiaires ne sont pas désignés ou déterminés dans le contrat.

Article 16 – Assurance principale – Avance sur police et mise en gage des droits de pension

Sous réserve des conditions énoncées ci-après, le souscripteur assuré peut :

- mettre en gage les droits résultant de son contrat. Cette mise en gage est actée au moyen d'un avenant signé par le souscripteur assuré, par le créancier et par la compagnie ;
- pour autant que la compagnie marque son accord et moyennant la mise en gage du contrat, obtenir une avance sur les *prestations* prévues par le contrat. Cette avance est accordée au souscripteur assuré dans les limites et aux conditions en vigueur auprès de la compagnie au moment de la demande et décrites dans l'acte d'avance. Le montant maximal de l'avance à laquelle le souscripteur assuré peut prétendre est égal au montant qui pourrait être racheté, diminué des retenues légales éventuelles applicables lors d'un *rachat*. Si le montant de l'avance susmentionnée devait, quelle qu'en soit la raison, s'avérer supérieur au *rachat* ou à la *prestation*, le souscripteur assuré (ou ses ayants droit) reste(nt) alors redevable(s) vis-à-vis de la compagnie à concurrence du solde non apuré. La partie de la réserve qui a fait l'objet d'une avance ne bénéficiera ni d'intérêt ni de participation bénéficiaire tant que l'avance n'aura pas été remboursée.

Conformément aux législations fiscale et sociale:

- la mise en gage ou l'avance ne peut être acceptée que si elle a pour but de permettre au souscripteur assuré d'acquérir, de construire, d'améliorer, de réparer ou de transformer des biens immobiliers situés sur le territoire de l'Espace économique européen et productifs de revenus imposables;
- les avances et prêts doivent être remboursés dès que le bien sort du patrimoine du souscripteur assuré.
- la mise en gage ou l'avance ne peut prévoir un terme inférieur à l'âge légal de la pension.

Un *rachat* total ou partiel peut être effectué, conformément aux dispositions légales, par le créancier pour rembourser, un crédit pour lequel celui-ci a été mis en gage. Dans ce cas, la compagnie prélève une indemnité de 5% sur le montant *racheté*.

La compagnie se réserve le droit d'appliquer, durant les 8 premières années suivant la date de prise d'effet stipulée dans les conditions particulières, en sus de l'indemnité de *rachat* décrite ci-dessus, une correction financière dans l'intérêt de tous les preneurs d'assurances. Celle-ci est égale à la différence positive entre, d'une part, la réserve qui fait l'objet du *rachat* et, d'autre part, la valeur actualisée, suivant le *spot rate* applicable à ce moment, du montant résultant de la capitalisation de cette réserve au *taux d'intérêt* garanti qui s'y rapporte, cette opération portant sur la durée restante jusqu'au 31 décembre de l'année en cours.

Article 17 – Assurance principale – Bénéficiaire(s)

17.1. Modification de l'attribution bénéficiaire

Le souscripteur assuré peut, par une demande écrite, modifier l'attribution bénéficiaire prévue en cas de décès avant la *mise à la retraite*, sous réserve des dispositions décrites ci-après. Cette modification sera alors constatée dans un avenant.

Toutefois, dans l'hypothèse où la modification pourrait avoir pour effet de porter atteinte aux intérêts de la famille, le conjoint en sera avisé, par application de l'article 224 § 1, 3° du Code civil.

A cet effet, la signature du conjoint évincé sera requise sur l'avenant actant le changement de l'attribution bénéficiaire. A défaut de signature, la compagnie informera le conjoint évincé de la modification apportée au contrat, par lettre recommandée reprenant en annexe une copie de l'avenant.

17.2. Acceptation du bénéfice

Le bénéficiaire peut accepter le bénéfice de l'assurance principale; dans ce cas, il est appelé « bénéficiaire acceptant ». Cette acceptation doit être notifiée par le bénéficiaire à la compagnie au moyen d'un écrit et obtenir l'accord du souscripteur assuré. Elle n'a d'effet que si elle est actée dans le contrat ou par avenant. Une acceptation postérieure au décès du souscripteur assuré est effective dès qu'elle est notifiée par écrit à la compagnie.

Si le bénéfice est accepté, l'autorisation écrite du bénéficiaire acceptant doit être obtenue préalablement aux opérations suivantes : modification de l'attribution bénéficiaire, *rachat* ou transfert du contrat, mise en gage du contrat ou octroi d'une avance sur celui-ci, modification ayant pour effet de diminuer la réserve constituée et stipulée au profit du bénéficiaire acceptant.

Le bénéficiaire acceptant sera avisé par la compagnie d'une éventuelle cessation des versements.

L'acceptation du bénéfice par le conjoint du souscripteur assuré n'empêche pas le caractère révocable de l'attribution bénéficiaire.

17.3. Acte intentionnel d'un bénéficiaire

Lorsque la survenance de l'événement assuré résulte du fait intentionnel d'un bénéficiaire, la *prestation* prévue est payée aux autres bénéficiaires désignés dans le contrat, selon l'ordre y établi.

Article 18 – Modification du contrat

En cours de contrat, le souscripteur assuré peut demander à la compagnie d'adapter ses options mentionnées aux conditions particulières.

Les adaptations qui résident dans l'ajout d'une garantie ou qui entraînent une modification de la part de la cotisation INAMI affectée à la convention sociale de pension, une augmentation du *capital-risque* ou des *prestations* garanties dans le cadre de l'assurance accessoire sont soumises aux conditions en vigueur au moment de l'adaptation.

L'ajout d'une garantie de même que l'augmentation du *capital-risque* ou des *prestations* de l'assurance accessoire prennent effet le premier jour du mois qui suit celui au cours duquel la compagnie est en possession de tous les éléments nécessaires pour enregistrer définitivement cette modification, ce qui implique le résultat favorable des formalités médicales éventuellement requises.

Les modifications et adaptations doivent être actées par avenant ou par tout autre document équivalent.

Si le souscripteur assuré désire prolonger la durée du contrat, la compagnie peut effectuer cette prolongation par le biais de la conclusion, par le souscripteur assuré, d'un nouveau contrat répondant aux conditions applicables à ce moment.

Article 19 – Dispositions diverses

19.1. Charges légales

Toutes charges, fiscales, sociales ou d'une autre nature, présentes ou futures, applicables au contrat ou aux sommes dues, en vertu du contrat, par le souscripteur assuré, par la compagnie ou par l'organisateur du régime de solidarité, sont à la charge du souscripteur assuré ou à celle du bénéficiaire.

Les charges fiscales et/ou sociales qui grèvent éventuellement les versements sont déterminées par la législation du pays de résidence du souscripteur assuré.

Les impôts et autres charges éventuelles applicables aux *prestations* sont déterminés par la loi du pays d'établissement ou de résidence du bénéficiaire et/ou par la loi du pays de la source des revenus.

Les droits de succession sont déterminés par la législation fiscale du pays de résidence du défunt et/ou la loi du pays de résidence du bénéficiaire.

19.2. Régime fiscal applicable aux prestations retraite

En vertu de l'article 169 du Code des Impôts sur les Revenus 1992, les *prestations* liquidées en capital bénéficient en principe du régime de conversion en rente fictive.

Les participations bénéficiaires ne sont pas soumises à l'impôt des personnes physiques.

Si la *prestation* en capital est liquidée en rente, la *prestation* nette du capital est versée sur un contrat de rente moyennant «versement à capital abandonné». Un montant de 3% de la *prestation* nette est alors en principe considéré comme revenu mobilier récurrent (par année) imposable.

19.3. Domiciliation

Le domicile des parties est élu de droit : ceux de la compagnie et de l'organisateur du régime de solidarité à ses sièges sociaux, celui du souscripteur assuré à la dernière adresse dont la compagnie a connaissance.

En cas de changement de domicile du souscripteur assuré, celui-ci s'engage à en aviser la compagnie par écrit, faute de quoi toute notification sera valablement faite à la dernière adresse officiellement connue de la compagnie.

Toute lettre recommandée que la compagnie envoie constitue une mise en demeure suffisante. Les dossiers ou documents de la compagnie justifient du contenu de la lettre; le récépissé de la poste justifie de l'envoi.

19.4. Décès causé par le terrorisme

AXA Belgium participe au Terrorism Reinsurance and Insurance Pool, constitué conformément à la loi du 1er avril 2007 relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme. Par conséquent, lorsqu'un sinistre est causé par un événement reconnu comme du terrorisme, la compagnie exécute ses engagements contractuels conformément aux dispositions prévues par cette loi, notamment en ce qui concerne la hauteur et le délai de paiement des *prestations*.

Par terrorisme, on entend : 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.

19.5. Protection de la vie privée

Protection des données personnelles

Les personnes concernées sont l'affilié/l'assuré et toutes les personnes physiques dont la compagnie a enregistré les données personnelles dans le cadre de l'exécution du présent contrat.

Responsable du traitement des données

AXA Belgium, S.A. dont le siège social est établi Place du Trône 1 à 1000 Bruxelles, enregistrée à la Banque Carrefour des Entreprises sous le n° 0404.483.367 (ci-après dénommée « la compagnie »).

Délégué à la protection des données

Le délégué à la protection des données de la compagnie peut être contacté aux adresses suivantes :

par courrier postal: AXA Belgium - Data Protection Officer (TR1/884)
Place du Trône 1
1000 Bruxelles
par courrier électronique: privacy@axa.be

Finalités des traitements et destinataires des données

Les données à caractère personnel, communiquées par la personne concernée elle-même ou reçues légitimement par la compagnie de la part des entreprises membres du groupe AXA, des entreprises en relation avec celles-ci, de l'employeur de la personne concernée ou de tiers, peuvent être traitées par la compagnie pour les finalités suivantes :

- la gestion du fichier des personnes :
 - Il s'agit des traitements effectués pour établir et tenir à jour les bases de données – en particulier les données d'identification – relatives à toutes les personnes physiques ou morales qui sont en relation avec la compagnie.
 - Ces bases de données sont tenues à jour et enrichies sur la base des informations que la personne concernée fournit à la compagnie ou d'informations provenant de sources externes de données.
 - Ces traitements sont nécessaires à l'exécution du contrat d'assurance ainsi que d'une obligation légale.
- la gestion du contrat d'assurance :
 - Il s'agit des traitements effectués en vue d'accepter ou refuser – de manière automatisée ou non – les risques préalablement à la conclusion du contrat d'assurance ou lors de remaniements ultérieurs de celui-ci ; de confectionner, mettre à jour et mettre fin au contrat d'assurance ; de recouvrer – de manière automatisée ou non – les primes impayées ; de gérer les sinistres et de régler les prestations d'assurance.
 - Ces traitements sont nécessaires à l'exécution du contrat d'assurance ainsi que d'obligation légale.

- le service à la clientèle :
 - Il s’agit des traitements effectués dans le cadre des services digitaux fournis aux clients complémentirement au contrat d’assurance (par exemple, l’offre d’outils et de services afin de simplifier la gestion de la police d’assurance, d’accéder aux documents liés à la police ou de faciliter les formalités pour la personne concernée en cas de sinistre).
 - Ces traitements sont nécessaires à l’exécution du contrat d’assurance et/ou de ces services digitaux complémentaires.

- la gestion de la relation entre la compagnie et l’intermédiaire d’assurances :
 - Il s’agit des traitements effectués dans le cadre de la collaboration entre la compagnie et l’intermédiaire d’assurances.
 - Ces traitements sont nécessaires aux intérêts légitimes de la compagnie consistant en l’exécution des conventions entre la compagnie et l’intermédiaire d’assurances.

- la détection, prévention et lutte contre la fraude :
 - Il s’agit de traitements effectués en vue de détecter, prévenir et lutter – de manière automatisée ou non – contre la fraude à l’assurance.
 - Ces traitements sont nécessaires aux intérêts légitimes de la compagnie consistant dans la préservation de l’équilibre technique et financier du produit, de la branche ou de l’entreprise d’assurance elle-même.

- la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme :
 - Il s’agit de traitements effectués en vue de prévenir, de détecter et de lutter – de manière automatisée ou non – contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.
 - Ces traitements sont nécessaires à l’exécution d’une obligation légale à laquelle la compagnie est soumise.

- la réalisation de tests :
 - Cela inclut des traitements en vue de développer et d’assurer le fonctionnement approprié d’applications nouvelles ou mises à jour.
 - Ces traitements sont nécessaires aux fins des intérêts légitimes poursuivis par la compagnie, consistant à développer des applications afin d’exercer ses activités ou de servir ses clients.

- la surveillance du portefeuille :
 - Il s’agit de traitements effectués en vue de contrôler et, le cas échéant, de restaurer – de manière automatisée ou non – l’équilibre technique et financier des portefeuilles d’assurances.
 - Ces traitements sont nécessaires aux intérêts légitimes de la compagnie consistant dans la préservation ou la restauration de l’équilibre technique et financier du produit, de la branche ou de l’entreprise d’assurances elle-même.

- les études statistiques :
 - Il s’agit de traitements effectués par la compagnie ou par un tiers en vue d’effectuer des études statistiques à finalités diverses telles que la sécurité routière, la prévention des accidents domestiques, la prévention des incendies, l’amélioration des processus de gestion de la compagnie, l’acceptation des risques et la tarification.
 - Ces traitements sont nécessaires aux intérêts légitimes de la compagnie consistant dans l’engagement sociétal, dans la recherche d’efficacités et dans l’amélioration de la connaissance de ses métiers.

- la gestion et la surveillance des risques :
 - Cela inclut des traitements par la compagnie ou un tiers afin d’effectuer la gestion et la surveillance des risques de l’organisation de la compagnie, y compris les inspections, la gestion des plaintes et l’audit interne et externe.
 - Ces traitements sont nécessaires au respect d’une obligation légale à laquelle la compagnie est soumise ou aux fins des intérêts légitimes de la compagnie consistant à assurer des mesures de protection appropriées pour la gouvernance de ses activités.

Dans la mesure où la communication des données à caractère personnel est nécessaire pour permettre de réaliser les finalités énumérées ci-dessus, les données à caractère personnel peuvent être communiquées à d'autres entreprises membres du Groupe AXA, à des entreprises et/ou à des personnes en relation avec celles-ci (avocats, experts, médecins conseils, réassureurs, coassureurs, intermédiaires d'assurances, prestataires de services, autres entreprises d'assurances, auditeurs externes, représentants, bureau de suivi de la tarification, bureaux de règlement de sinistres, TRIP ASBL, Datassur et autres organisations sectorielles) en vue d'être traitées conformément à ces finalités.

Ces données peuvent également être communiquées aux autorités de contrôle, aux services publics compétents ainsi qu'à tout autre organisme public ou privé avec lequel la compagnie peut être amenée à échanger des données à caractère personnel conformément à la législation applicable.

Lorsque la personne concernée est également cliente d'autres entités du Groupe AXA, ces données à caractère personnel peuvent être traitées par la compagnie dans des fichiers communs en vue de la gestion du fichier des personnes, en particulier la gestion et la mise à jour des données d'identification.

La personne concernée peut recevoir des clauses spécifiques de la compagnie durant l'exécution de la police, par exemple une clause applicable au traitement d'un sinistre. Lesdites clauses spécifiques n'affecteront pas la validité de la présente clause ni son applicabilité pour les finalités énumérées ci-dessus.

Traitement des données à des fins de marketing direct

Les données à caractère personnel, communiquées par la personne concernée elle-même ou reçues légitimement par la compagnie de la part des entreprises membres du groupe AXA, des entreprises en relation avec celles-ci ou de tiers, peuvent être traitées par la compagnie à des fins de marketing direct (actions commerciales, invitations à des événements, publicités personnalisées, profilage, couplage de données, notoriété de la marque, ...), en vue d'améliorer sa connaissance de ses clients et prospects, d'informer ces derniers à propos de ses activités, produits et services, et de leur adresser des offres commerciales.

Ces données à caractère personnel peuvent également être communiquées à d'autres entreprises du Groupe AXA et à des entreprises en relation avec la compagnie et/ou à l'intermédiaire d'assurances aux fins de leur propre marketing direct ou à des fins d'opérations communes de marketing direct, en vue d'améliorer la connaissance des clients et prospects communs, d'informer ces derniers à propos de leurs activités, produits et services respectifs, et de leur adresser des offres commerciales.

En vue d'offrir les services les plus appropriés en relation avec le marketing direct, ces données à caractère personnel peuvent être communiquées à des entreprises et/ou à des personnes intervenant en qualité de sous-traitants ou de prestataires de service au bénéfice de la compagnie, des autres entreprises du Groupe AXA et/ou de l'intermédiaire d'assurances.

Ces traitements sont nécessaires aux intérêts légitimes de la compagnie consistant dans le développement de son activité économique. Le cas échéant, ces traitements peuvent être fondés sur le consentement de la personne concernée.

Transfert des données hors de l'Union Européenne

Les autres entreprises du Groupe AXA, les entreprises et/ou les personnes en relation avec celles-ci auxquelles les données à caractère personnel sont communiquées, peuvent être situées aussi bien dans l'Union Européenne qu'en dehors. En cas de transferts de données à caractère personnel à des tiers situés en dehors de l'Union Européenne, la compagnie se conforme aux dispositions légales et réglementaires en vigueur en matière de tels transferts. Elle assure, notamment, un niveau de protection adéquat aux données à caractère personnel ainsi transférées sur la base des mécanismes alternatifs mis en place par la Commission européenne, tels les clauses contractuelles standard, ou encore les règles d'entreprise contraignantes du Groupe AXA en cas de transferts intragroupe (Mon. B. 6/10/2014, p. 78547).

La personne concernée peut obtenir une copie des mesures mises en place par la compagnie pour pouvoir transférer des données à caractère personnel hors de l'Union Européenne en envoyant sa demande à la compagnie à l'adresse indiquée ci-dessous (paragraphe « Contacter AXA Belgium »).

Conservation des données

La compagnie conserve les données à caractère personnel collectées relatives au contrat d'assurance pendant toute la durée de la relation contractuelle ou de la gestion des dossiers sinistres, avec mise à jour de celles-ci chaque fois que les circonstances l'exigent, prolongée du délai légal de conservation ou du délai de prescription de manière à pouvoir faire face aux demandes ou aux éventuels recours qui seraient engagés après la fin de la relation contractuelle ou après la clôture du dossier sinistre.

La compagnie conserve les données à caractère personnel relatives à des offres refusées ou auxquelles elle n'a pas donné suite jusqu'à cinq ans après l'émission de l'offre ou du refus de conclure.

Nécessité de fournir les données à caractère personnel

La compagnie demande les données à caractère personnel liées à la personne concernée afin de conclure et d'exécuter la police d'assurance. Ne pas fournir ces données peut rendre impossible la conclusion ou la bonne exécution du contrat d'assurance.

Confidentialité

La compagnie a pris toutes les mesures nécessaires afin de préserver la confidentialité des données à caractère personnel et afin de se prémunir contre tout accès non autorisé, toute mauvaise utilisation, modification ou suppression de celles-ci.

A cette fin, la compagnie suit les standards de sécurité et de continuité de service et évalue régulièrement le niveau de sécurité de ses processus, systèmes et applications ainsi que ceux de ses partenaires.

Les droits de la personne concernée

La personne concernée a le droit :

- d'obtenir de la compagnie la confirmation que des données à caractère personnel la concernant sont ou ne sont pas traitées et, lorsqu'elles le sont, d'accéder à ces données ;
- de faire rectifier et, le cas échéant, de faire compléter ses données à caractère personnel qui sont inexactes ou incomplètes ;
- de faire effacer ses données à caractère personnel dans certaines circonstances ;
- de faire limiter le traitement de ses données à caractère personnel dans certaines circonstances ;
- de s'opposer, pour des raisons tenant à sa situation particulière, à un traitement des données à caractère personnel fondé sur les intérêts légitimes de la compagnie. Le responsable du traitement ne traite plus les données à caractère personnel, à moins qu'il ne démontre qu'il existe des motifs légitimes et impérieux pour le traitement qui prévalent sur les intérêts et les droits et libertés de la personne concernée ;
- de s'opposer au traitement de ses données à caractère personnel à des fins de marketing direct, y compris au profilage effectué à des fins de marketing direct ;
- de ne pas faire l'objet d'une décision fondée exclusivement sur un traitement automatisé, y compris le profilage, produisant des effets juridiques la concernant ou l'affectant de manière significative ;sauf si ce traitement automatisé est nécessaire à la conclusion ou à l'exécution d'un contrat, auquel cas elle a le droit d'obtenir une intervention humaine de la part de la compagnie, d'exprimer son point de vue et de contester la décision de la compagnie;

- de recevoir ses données à caractère personnel qu'elle a fournies à la compagnie, dans un format structuré, couramment utilisé et lisible par machine ; de transmettre ces données à un autre responsable du traitement, lorsque (i) le traitement de ses données à caractère personnel est fondé sur son consentement ou pour les besoins de l'exécution d'un contrat et (ii) le traitement est effectué à l'aide de procédés automatisés ; et d'obtenir que ses données à caractère personnel soient transmises directement d'un responsable du traitement à un autre, lorsque cela est techniquement possible ;
- de retirer son consentement à tout moment, sans préjudice des traitements effectués de manière licite avant le retrait de celui, lorsque le traitement de ses données à caractère personnel est fondé sur son consentement .

Modifications apportées à la présente clause de protection des données

Le traitement des données à caractère personnel peut évoluer selon plusieurs facteurs, comme les changements réglementaires, les développements techniques et les modifications des finalités du traitement. La compagnie publiera régulièrement des versions actualisées de la clause de protection des données sur la page « Vie privée » du site AXA.be. En cas de modifications majeures, la compagnie fournira des efforts raisonnables pour s'assurer que les personnes concernées en prennent connaissance.

Contacteur AXA Belgium

Lorsqu'elle est cliente de la compagnie, la personne concernée peut consulter son Espace Client sur AXA.be et y gérer ses données personnelles et ses préférences en matière de Direct Marketing, ainsi que consulter les données la concernant.

La personne concernée peut contacter la compagnie pour exercer ses droits en complétant le formulaire disponible à la page « [Nous contacter](#) » via le bouton « La protection de vos données », accessible via un hyperlien en bas de la page d'accueil du site AXA.be.

La personne concernée peut aussi contacter la compagnie pour exercer ses droits par courrier postal daté et signé, accompagné d'une copie de la carte d'identité, adressé à : AXA Belgium Data Protection Officer (TR1/884), place du Trône 1 à 1000 Bruxelles.

La compagnie traitera les demandes dans les délais prévus par la loi. Sauf demande manifestement infondée ou excessive, aucun paiement ne sera exigé pour le traitement de ses demandes.

Introduire une plainte concernant le traitement des données à caractère personnel

Si la personne concernée estime que la compagnie ne respecte pas la réglementation en la matière, elle est invitée à contacter en priorité la compagnie. La personne concernée peut introduire une plainte auprès de la compagnie via l'adresse e-mail privacy@axa.be ou en complétant le formulaire disponible à la page « Nous contacter » via le bouton « Mécontent à propos d'un produit ou d'un service ? Signalez-le ici ». Ce formulaire est accessible via un hyperlien en bas de la page d'accueil du site AXA.be.

La personne concernée peut aussi introduire une réclamation concernant le traitement de ses données à caractère personnel auprès de l'Autorité de Protection des Données Personnelles à l'adresse suivante :

Rue de la Presse, 35
1000 Bruxelles
Tél. + 32 2 274 48 00
Fax. + 32 2 274 48 35
contact@apd-gba.be

La personne concernée peut également déposer une plainte auprès du tribunal de première instance de son domicile.

CHAPITRE II. CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ASSURANCE ACCESSOIRE « INCAPACITÉ DE TRAVAIL »

L'assurance accessoire « *Incapacité de travail* » ne s'applique que si les conditions particulières le prévoient.

L'insertion de cette assurance accessoire dans le contrat est soumise aux conditions en vigueur au moment de la demande du souscripteur assuré.

Les conditions générales de la convention sociale de pension sont applicables à cette assurance accessoire dans la mesure où les dispositions ci-après n'y dérogent pas et où ces conditions ne se rapportent pas spécifiquement à l'assurance principale.

Article 20 – Objet et prestations

20.1. Objet

Le but de l'assurance accessoire est de compenser une perte de revenus professionnels.

Lorsque le souscripteur assuré est atteint d'une *incapacité de travail* suite à une *interruption de travail* totale ou partielle, la compagnie lui verse une indemnité payée sous la forme d'une « Rente d'*incapacité de travail* » et d'une rente « Remboursement » visant à rembourser la prime afférente à l'assurance accessoire.

20.2. Prestations

La rente de base prise en considération pour déterminer le montant annuel de la « Rente d'*incapacité de travail* » à verser correspond au montant qui figure dans les conditions particulières à la *date du sinistre*.

La rente de base prise en considération pour déterminer le montant annuel de la rente « Remboursement » est la prime annuelle de l'assurance accessoire, telle qu'elle figure dans les conditions particulières à la *date du sinistre*.

Le montant annuel de la rente versée est déterminé en appliquant à ces rentes de base un pourcentage d'indemnisation égal au degré d'*incapacité de travail* tel qu'il est défini à l'article 21. Lorsque ce degré d'*incapacité de travail* atteint au moins 67 %, l'*incapacité de travail* est considérée comme totale; le pourcentage d'indemnisation est alors égal à 100 %.

Dans le cadre de la « Rente d'*incapacité de travail* », le résultat obtenu ne peut excéder, en base annuelle, 90 % du revenu annuel professionnel brut du souscripteur assuré, du dernier exercice qui précède la *date du sinistre* et ce, quel que soit le degré d'*incapacité de travail*. Cette limite d'intervention n'est toutefois pas d'application lorsque la rente annuelle de base est inférieure ou égale à 25.000 EUR.

20.3. Rente croissante

Si les conditions particulières du contrat prévoient cette croissance, la rente de base prise en considération pour déterminer la « Rente d'*incapacité de travail* » augmente annuellement de 2% par rapport à celle de l'année précédente (c'est-à-dire suivant une progression géométrique) pendant la durée de l'*incapacité de travail*. La première augmentation intervient un an après la *date du sinistre*, quelle que soit la durée du *délai de carence* ou le *délai d'attente*, selon ce qui est prévu dans les conditions particulières. Après la fin de la période d'*incapacité de travail*, la rente assurée est ramenée au niveau qu'elle avait avant la *date du sinistre*.

20.4. Modalités de paiement

Les rentes « *Incapacité de travail* » et « Remboursement » sont payables par fractions mensuelles, à terme échu, la première fois par un prorata initial au plus tôt le dernier jour du mois de l'ouverture du droit aux *prestations* et la dernière fois par un prorata final au moment où le droit aux *prestations* cesse. Le montant mensuel correspond à un douzième du montant annuel et chaque mois est supposé compter 30 jours.

La rente payée dans le cadre de la garantie «Remboursement» est toutefois affectée prioritairement au paiement des primes prévus par le contrat pour l'assurance accessoire pendant la durée de l'*incapacité de travail*.

Article 21 – Degré d'*incapacité de travail*

Le degré d'*incapacité de travail* est fixé proportionnellement à la perte, évaluée aux dires des médecins, de l'aptitude physique du souscripteur assuré à exercer une activité professionnelle quelconque qui soit compatible avec ses connaissances, ses capacités et sa position sociale. Il n'est tenu compte d'aucun autre critère économique.

Dans l'hypothèse où le degré d'atteinte à l'intégrité physique – déterminé par décision médicale, par référence au Barème Officiel Belge des Invalidités (B.O.B.I.), indépendamment de toute décision de la Sécurité Sociale – serait supérieur au degré d'*incapacité de travail*, défini ci-dessus, ce dernier serait considéré comme étant égal au degré d'atteinte à l'intégrité physique pour déterminer le droit aux *prestations* et le pourcentage d'indemnisation. Ceci ne modifie en rien le fait que cette assurance indemnise ou est censée indemniser exclusivement une perte de capacité de travail subie par le souscripteur assuré.

Toute atteinte à l'intégrité physique préexistante à la date de prise en cours de l'assurance ainsi que toute aggravation de telles atteintes ne peuvent intervenir pour la détermination du degré d'*incapacité de travail*. Il en va de même pour le pourcentage d'*incapacité de travail* imputable à une circonstance non couverte citée à l'article 26.

Article 22 – Début et fin du droit aux *prestations*

22.1. Début du droit aux *prestations*

Le droit aux *prestations* s'ouvre lorsque les conditions suivantes sont toutes réunies :

- le degré d'*incapacité de travail* du souscripteur assuré est d'au minimum 25%.
Ce pourcentage est de 67% si le contrat ne couvre que l'*incapacité de travail* totale;
- le *décal de carence* ou le *décal d'attente* dont le choix et la durée sont fixés aux conditions particulières est arrivé à son terme. En cas de *rechute*, le *décal de carence* ou le *décal d'attente*, selon ce qui est prévu dans les conditions particulières, n'est pas appliqué et la rente de base annuelle prise en considération pour le calcul des *prestations* est celle prévue par le contrat à la date de la *rechute*;
- une attestation médicale du ou des médecins traitants du souscripteur assuré, établie de préférence sur un formulaire mis à disposition par la compagnie et qui confirme l'*interruption de travail* totale ou partielle, est fournie.

22.2. Fin du droit aux *prestations*

Le droit aux *prestations* cesse dans les éventualités suivantes :

- lorsque le degré d'*incapacité de travail* devient inférieur à 25%.
Ce pourcentage est de 67% si le contrat ne couvre que l'*incapacité de travail* totale;
- au décès du souscripteur assuré;
- au terme de l'assurance accessoire indiqué dans les conditions particulières;
- après 5 années d'intervention si cette limitation est prévue dans les conditions particulières;
- en cas de résiliation de l'assurance accessoire par le souscripteur assuré;
- si le souscripteur assuré arrête son traitement délibérément et contre avis médical;
- si les affections psychiques sont couverts dans les conditions particulières, après 3 années d'intervention (successives ou non, cumulées pendant toute la durée de l'assurance accessoire) pour les *incapacités de travail* qui sont la suite directe d'une affection psychique. Néanmoins, la période de 3 ans sera prolongée si le souscripteur assuré est admis dans un établissement psychiatrique ou assimilé;
- lorsque la convention sociale de pension prend fin;
- à partir du moment où le souscripteur assuré est *mis à la retraite*.

Uniquement relatif à la rente «Remboursement»: le droit aux *prestations* cesse lorsque l'assurance accessoire prend fin en cas de défaut de renvoi en temps utile du formulaire INAMI à la compagnie (voir article 4).

Article 23 – Formalités à accomplir en vue du paiement des *prestations*

23.1. Déclaration

Tout *accident* ou *maladie* ayant entraîné ou susceptible d'entraîner l'*incapacité de travail* du souscripteur assuré doit être déclaré à la compagnie, par lettre recommandée, de préférence sur un formulaire émanant de celle-ci, dans le délai d'un mois à dater de la survenance de l'*accident* ou de la *maladie*, sous peine de sanction.

Toutefois, la compagnie ne se prévaudra pas du non-respect de ce délai si la déclaration a été faite aussi rapidement que cela pouvait raisonnablement se faire ou si la déclaration tardive n'a pas d'impact sur l'appréciation du sinistre et que la compagnie ne subit de ce fait aucun préjudice.

A cette déclaration sera joint un document officiel permettant de constater la date de naissance du souscripteur assuré, ainsi qu'un certificat du ou des médecins traitants du souscripteur assuré, rédigé de préférence sur un formulaire délivré par la compagnie, qui établit l'*interruption* totale ou partielle *du travail* et mentionne la date de survenance, les causes, la nature, le degré et la durée présumée de l'*incapacité de travail*. Le souscripteur assuré transmettra également à la compagnie copie de sa dernière déclaration fiscale ou tout autre document pouvant attester du niveau de ses revenus professionnels bruts, relatif à la dernière année civile précédant la *date du sinistre*.

Le souscripteur assuré recevra les délégués de la compagnie et fournira sans retard tous les renseignements que la compagnie jugera nécessaires pour déterminer les circonstances et fixer l'étendue du sinistre.

23.2. Obligations du souscripteur assuré

Les mesures nécessaires doivent être prises pour que les délégués de la compagnie puissent rencontrer le souscripteur assuré et que les médecins de la compagnie puissent examiner celui-ci en tout temps et en tout lieu. Ils doivent être à même de remplir toutes les missions que la compagnie jugera nécessaires, dans un délai de trente jours à dater de la notification que la compagnie aura faite. La compagnie pourra demander que le contrôle médical ait lieu en Belgique.

Tout manquement à ces obligations pourra être sanctionné suivant les dispositions légales.

23.3. Fixation du degré d'*incapacité de travail*

Le degré d'*incapacité de travail* est fixé conformément à l'article 21 des conditions générales.

La décision de la compagnie est considérée comme acceptée si le souscripteur assuré ne lui signifie pas son désaccord, par écrit, dans le mois suivant la notification.

23.4. Changement du degré de l'*incapacité de travail*

Toute aggravation du degré de l'*incapacité de travail* doit être déclarée à la compagnie suivant les modalités précisées au 23.1. ci-dessus.

Toute atténuation du degré de l'*incapacité de travail* et la cessation de l'*incapacité de travail* doivent être déclarées à la compagnie, par lettre recommandée, dans un délai d'un mois.

Les *prestations* sont réduites en conséquence à dater du jour de la diminution du degré d'*incapacité de travail*, le trop perçu étant remboursé à la compagnie.

Toutes les dispositions prévues aux points 23.1, 23.2 et 23.3 ci-dessus sont applicables à ces cas.

Article 24 – Autres engagements du souscripteur assuré

24.1. Changement dans les activités professionnelles, perte du bénéfice des avantages sociaux INAMI ou changement du lieu de résidence

Tout changement dans les activités professionnelles, en ce compris la perte du bénéfice des avantages sociaux INAMI et la cessation d'activité, et tout déplacement de sa résidence habituelle vers l'étranger doivent être déclarés à la compagnie, par écrit, dès que possible et en tout cas dans les trente jours de leur survenance.

La perte du bénéfice des avantages sociaux INAMI entraîne la cessation de l'assurance accessoire à la fin de la période d'assurance pour laquelle une cotisation INAMI est encore octroyée, que celle-ci soit ou non affectée au financement de l'assurance accessoire. La période d'assurance est la période d'un an qui court à compter du lendemain de la date d'expiration du délai de renvoi du formulaire à l'INAMI (voir article 4).

La compagnie proposera au souscripteur assuré la conclusion d'un autre contrat d'assurance, dont les modalités correspondent à sa nouvelle situation.

Les autres changements entraînent une adaptation en conséquence de la prime, du *délai de carence* ou du *délai d'attente*, selon ce qui est prévu dans les conditions particulières, et des conditions de l'assurance accessoire, conformément aux dispositions légales, et ce à partir du jour de la survenance du changement.

Si le souscripteur assuré refuse l'adaptation ou s'il ne l'a pas acceptée dans le mois de la réception de l'avis d'adaptation, la compagnie peut résilier l'assurance accessoire suivant les dispositions de la loi.

24.2. Modification des revenus professionnels

Le souscripteur assuré doit informer la compagnie de toute modification de ses revenus professionnels annuels bruts, par écrit, dès que possible et en tout cas dans les trente jours de sa survenance.

La compagnie procède alors à l'adaptation de la rente « *Incapacité de travail* » assurée, conformément aux dispositions légales, et rembourse, le cas échéant, l'excédent de prime perçue pour l'année en cours au souscripteur assuré ou, si cet excédent est représenté par une cotisation INAMI, l'affecte à la convention sociale de pension.

Toute augmentation de la rente assurée est sujette à l'acceptation préalable de la compagnie.

24.3. Changement de statut dans le système de sécurité sociale

Le souscripteur assuré doit informer la compagnie de tout changement de son statut dans le système de sécurité sociale, par écrit, dès que possible et en tout cas dans les trente jours de sa survenance.

La compagnie procède alors à l'adaptation de la prime, du *délai de carence* ou du *délai d'attente*, selon ce qui est prévu dans les conditions particulières, et des conditions d'assurance, conformément aux dispositions légales.

Si le souscripteur assuré refuse cette adaptation ou s'il ne l'a pas acceptée dans le mois de la réception de l'avis d'adaptation, la compagnie peut résilier l'assurance suivant les dispositions légales.

Pour la perte du bénéfice des avantages sociaux INAMI, voir l'article 24.1.

24.4. Défaut de déclaration

Si un sinistre survient et que le souscripteur assuré n'a pas rempli l'obligation de déclaration visée aux points 24.1 et 24.3, la compagnie n'est tenue d'effectuer sa *prestation* que selon le rapport entre la prime payée et la prime qui aurait dû être payée si la survenance du changement avait été prise en considération, lorsque le défaut de déclaration peut être reproché au souscripteur assuré.

Article 25 – Prime

25.1. Montant

La prime représente le prix demandé pour garantir les *prestations* de l'assurance accessoire. Le montant est précisé dans les conditions particulières.

Cette prime peut être financée par la part de la cotisation INAMI non affectée à la convention sociale de pension ou par une contribution propre du souscripteur assuré.

25.2. Paiement

Le paiement de la prime financée par la part de la cotisation INAMI non affectée à la convention sociale de pension, est soumis aux dispositions de la convention sociale de pension (article 10).

La prime financée par une contribution propre du souscripteur assuré est payable anticipativement aux échéances prévues, sur demande de la compagnie adressée au souscripteur assuré.

Si la prime est financée par les contributions propres du souscripteur assuré, la compagnie peut, en cas de défaut de paiement à une échéance, résilier l'assurance accessoire à condition que le souscripteur assuré ait été mis en demeure, soit par exploit d'huissier, soit par lettre recommandée à la poste. La résiliation prend effet à l'expiration d'un délai de trente jours à compter du lendemain de la signification ou du dépôt de la lettre recommandée à la poste.

En cas de financement de la prime par une part de la cotisation INAMI :

- le défaut de renvoi en temps utile du formulaire INAMI à la compagnie (voir article 4) entraîne, de plein droit, la cessation de l'assurance accessoire à l'issue du délai imparti pour la transmission du formulaire à l'INAMI et ceci, quelles que soient les raisons de ce défaut de renvoi (perte du bénéfice des avantages sociaux ou autre);
- une modification dans la part de la cotisation INAMI affectée à la convention sociale de pension et dans celle affectée au financement de l'assurance accessoire entraîne, selon le cas, la cessation de cette assurance, la réduction des rentes assurées ou leur augmentation, à l'issue de la période d'assurance couverte par la dernière cotisation INAMI versée. Une telle modification est soumise aux conditions en vigueur au moment de la demande.

Le souscripteur assuré a le droit de mettre fin au paiement de la prime de son assurance accessoire, indépendamment de la situation réservée à l'assurance principale.

Article 26 – Circonstances non couvertes

Les *prestations* assurées ne sont pas acquises lorsque l'événement assuré résulte ou survient à l'occasion de l'une des circonstances énoncées à l'article 14, point 14.5, des conditions générales de l'assurance principale ou de l'une des circonstances énoncées ci-dessous. La compagnie apporte la preuve du fait qui l'exonère de sa garantie.

1. suicide ou tentative de suicide du souscripteur assuré;
2. fait intentionnel du souscripteur assuré. Par fait intentionnel, on entend le fait commis volontairement et sciemment, qui cause un dommage raisonnablement prévisible, à l'exception des cas de légitime défense et de sauvetage justifiés de personnes ou de biens;
3. acte téméraire, pari, défi quelconque auquel le souscripteur assuré aurait participé;
4. influence d'un stupéfiant, d'un hallucinogène ou d'une autre drogue;
5. état d'ivresse ou état d'intoxication alcoolique suivant le code de la route;
6. affection allergique à l'exception de celles ne présentant des symptômes objectifs qui permettent un diagnostic précis;
7. *maladie* dont une des composantes est l'alcoolisme ou résultant directement ou indirectement de toxicomanie – y compris l'alcoolisme – ou de l'usage abusif de médicaments;
8. traitement esthétique, à moins qu'il ne s'agisse de chirurgie réparatrice à la suite d'un *accident* ou d'un cancer;
9. stérilisation, insémination artificielle, fécondation in vitro;

10. les affections psychiques si pas couvertes dans les conditions particulières;

11. professions et activités professionnelles à risques :

- marin (pétrolier, bateau de sauvetage, sous-marin), policier de brigade anti-gang ou anti-drogue, pompier, personnel armé de surveillance;
- activités professionnelles comportant :
 - la fabrication, la transformation ou la manipulation de substances chimiques ou biologiques;
 - la fabrication, l'usage ou la manipulation de pièces d'artifices ou d'engins et produits explosifs;
 - le transport de matières inflammables ou explosives;
 - la construction, l'entretien ou la démolition d'immeubles ou de structures de grande hauteur;
 - un risque de chute d'une hauteur de plus de 4 mètres, la descente dans des puits, mines ou carrières;

12. activités sportives à risques :

- la présence du souscripteur assuré à bord d'un véhicule quelconque participant ou se préparant à une épreuve sportive (course, match, etc.);
- la pratique, en tant que professionnel ou amateur rémunéré, d'un sport quelconque;
- la pratique, en compétition ou hors piste, du ski ou du snowboard sur neige;
- la pratique d'un sport dangereux tel que : alpinisme en dehors de l'Europe, escalade de falaises ou de murs artificiels sans pitons de sécurité, base jumping, benji, bobsleigh, conduite en moto, chasse à courre, course de compétition (sauf la course à pied), deltaplane, descente en rappel, équitation en compétition y compris la préparation, luge en compétition ou skeleton, parachutisme à ouverture retardée, parachutisme ascensionnel, parapente, plongée sous-marine avec appareil respiratoire autonome au-delà de 40 m, spéléologie (en dehors d'une activité occasionnelle, sans utilisation de scaphandre autonome, dans des grottes ou gouffres déjà explorés), ULM, vol en ballon, vol à voile, voile ou yachting de longue traversée, sports de combats et arts martiaux en compétition, motonautisme en compétition (inshore ou offshore), wing-suit flying;

13. pilotage d'un avion ou d'un hélicoptère.

Lorsque l'événement assuré résulte de l'exercice d'une des professions et activités à risques énoncées aux points 11 à 13 ci-dessus, les *prestations* de l'assurance accessoire sont acquises si les conditions particulières mentionnent expressément que ces circonstances sont couvertes.

Article 27 – Dispositions diverses

27.1. Prise d'effet et terme de l'assurance accessoire

L'assurance accessoire prend effet à la date mentionnée dans les conditions particulières.

Sauf si elle a été résiliée antérieurement, l'assurance accessoire prend fin :

- à la date de terme fixée aux conditions particulières. La poursuite tacite de la convention de pension conformément à l'article 14.2 n'entraîne pas par elle-même une prolongation de l'assurance accessoire;
- au décès du souscripteur assuré;
- lorsque l'assurance principale prend fin;
- en cas de défaut de renvoi en temps utile du formulaire INAMI à la compagnie (voir article 4), à l'issue du délai imparti pour la transmission de ce formulaire à l'INAMI;
- à partir du moment où le souscripteur assuré est *mis à la retraite*.

Le souscripteur assuré peut mettre fin à l'assurance accessoire indépendamment de la situation réservée à l'assurance principale.

Une assurance accessoire résiliée pour quelque cause que ce soit ne peut être remise en vigueur.

27.2. Incontestabilité

Contrairement à l'assurance principale, l'assurance accessoire n'est pas *incontestable*. Toute omission ou inexactitude – intentionnelle ou non – dans les déclarations du souscripteur assuré engendrera les sanctions prévues par la législation applicable en cette matière.

Dès qu'un délai de deux ans s'est écoulé à compter de la prise en cours de l'assurance accessoire ou d'une augmentation des garanties, la compagnie ne peut plus invoquer les sanctions du chef d'omissions ou d'inexactitudes non intentionnelles dans les déclarations du souscripteur assuré, lorsque ces omissions ou inexactitudes se rapportent à une *maladie* ou une affection dont les symptômes s'étaient déjà manifestés au moment de la prise en cours de cette assurance ou de cette augmentation des garanties et que cette *maladie* ou affection n'a pas été diagnostiquée avant l'expiration de ce même délai de deux ans.

27.3. Etendue territoriale

La couverture de l'assurance accessoire est acquise dans le monde entier. Toutefois, la couverture de l'assurance accessoire n'est acquise que moyennant l'accord de la compagnie lorsque le souscripteur assuré n'a pas sa résidence habituelle en Belgique ou lorsqu'il séjourne plus de six mois par an à l'étranger.

27.4. Contestation – Expertise

Un éventuel désaccord de la part du souscripteur assuré sur le degré de l'*incapacité de travail* ou sur un sujet médical doit être signifié à la compagnie dans les 15 jours à compter de la notification faite par cette dernière.

A défaut d'entente entre les parties, la question est soumise contradictoirement à deux médecins experts nommés et dûment mandatés, l'un par le souscripteur assuré, l'autre par la compagnie.

Faute d'arriver à un accord, les médecins experts choisissent un troisième médecin expert. Les trois médecins experts statuent en commun mais, à défaut de majorité, l'avis du troisième est prépondérant. Les médecins experts sont dispensés de toutes formalités.

Si l'une des parties ne nomme pas son médecin expert ou si les deux médecins experts ne s'entendent pas sur le choix du troisième, la désignation en est faite par le Président du Tribunal de Première Instance du domicile du souscripteur assuré, à la requête de la partie la plus diligente.

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

LEXIQUE

Accident

Événement soudain entraînant une lésion corporelle et dont la cause ou l'une des causes est extérieure à l'organisme de la victime. Sont assimilés à des accidents :

- la noyade ;
- les lésions subies lors du sauvetage de personnes ou de biens en péril ;
- les intoxications et brûlures résultant, soit de l'absorption involontaire de substances toxiques ou corrosives, soit du dégagement fortuit de gaz ou de vapeurs ;
- les complications des lésions initiales produites par un *accident* couvert ;
- la rage et le tétanos.

Le suicide n'est pas un *accident*.

Age de retraite

Age correspondant au terme indiqué dans les conditions particulières du contrat et au moins égal à l'*âge légal de la pension en vigueur* au moment de la souscription. Si la convention sociale de pension se poursuit au-delà du terme prévu dans les conditions particulières, l'âge de retraite correspond au nouveau terme de la convention sociale de pension résultant de la prolongation tacite (voir article 14.2).

Age légal de la pension en vigueur

Conformément à la loi du 10 août 2015 visant à relever l'âge légal de la pension de retraite et portant modification des conditions d'accès à la pension de retraite anticipée et de l'âge minimum de la pension de survie, l'âge légal de la pension en vigueur est de 65 ans. Il est porté à 66 ans en 2025 et à 67 ans en 2030.

Capital-risque

Partie des *prestations* prévues par la garantie décès, qui excède le montant de la *réserve* constituée majorée de la participation bénéficiaire acquise.

Date du sinistre

Date à partir de laquelle le degré d'*incapacité de travail* déterminé par les médecins, comme décrit à l'article 21 des conditions générales, atteint au moins le niveau mentionné à l'article 22 des conditions générales.

Délai d'attente

Période, fixée aux conditions particulières, pendant laquelle les prestations ne sont dues à partir du premier jour de l'incapacité que pour autant que cette incapacité ait une durée au moins égale à cette période. Le *délai d'attente* prend effet à la *date du sinistre*.

Délai de carence

Période, fixée aux conditions particulières, durant laquelle aucune *prestation* n'est due par la compagnie. Le *délai de carence* prend effet à la *date du sinistre*.

Incapacité de travail

Une diminution ou une perte de la capacité d'exercer une activité professionnelle causée, suivant les dispositions des conditions particulières, soit par une *maladie*, soit par une *maladie* ou un *accident*.

Incontestable

Une assurance est qualifiée d'*incontestable* lorsque sa nullité ne peut être invoquée par la compagnie du chef d'omissions ou d'inexactitudes non intentionnelles dans les déclarations du souscripteur assuré.

Interruption de travail

L'arrêt de l'activité professionnelle pour raisons de santé.

Maladie

Altération de la santé d'origine non accidentelle, présentant des symptômes objectifs.

Mise à la retraite

Prise de cours effective de la pension de retraite relative à l'activité professionnelle qui a donné lieu à la constitution des prestations de pension complémentaire.

Prestation

Pour l'assurance principale (convention de pension) et l'assurance accessoire «*Incapacité de travail*», le montant payable par la compagnie en exécution du contrat.

Pour le régime de solidarité, le montant dû par l'organisateur du régime de solidarité en vertu du règlement de solidarité.

Prestation estimée à l'âge de retraite

Prestation à l'âge de retraite (date terme du contrat) calculée en partant de l'hypothèse qu'une cotisation INAMI égale à celle versée l'année précédente sera versée chaque année jusqu'à l'âge de retraite (date terme). Il s'agit d'une simple estimation qui ne vaut ni notification d'un droit à une pension complémentaire, ni engagement de la compagnie quant au rendement réel futur.

Rachat (partiel ou total) – Racheter

Opération par laquelle le souscripteur assuré retire une partie ou la totalité de la *réserve* de l'assurance principale.

En cas de *rachat* total, le contrat est résilié, contre versement par la compagnie de la *réserve* disponible, majorée de la participation bénéficiaire acquise, sous déduction de l'éventuelle indemnité mentionnée dans les conditions générales.

Rechute

Toute nouvelle *incapacité de travail* survenant dans les trois mois suivant la fin de la prise en charge d'une *incapacité de travail* couverte par l'assurance accessoire et causée par la même *maladie* ou le même *accident*.

Réserve

Montant constitué par les versements nets affectés à l'assurance principale (c'est-à-dire les versements affectés à la convention sociale de pension, après prélèvement de la cotisation de solidarité et nets des chargements d'entrée), capitalisés et diminués mensuellement du coût de la garantie *capital-risque* si celle-ci est prévue dans le contrat ainsi que des chargements de gestion.

Réserve acquise

La *réserve acquise* (au souscripteur assuré) à un moment déterminé correspond à la *réserve* du contrat existant à ce moment déterminé conformément à la convention de pension et augmentée des éventuelles participations bénéficiaires attribuées y afférentes.

La *réserve acquise* (au souscripteur assuré) à un moment déterminé peut diminuer ultérieurement en raison de divers événements (tels qu'une insuffisance de versements pour couvrir le coût du capital risque ou le prélèvement d'une indemnité en cas de transfert de *réserve* ou l'adjonction ou augmentation du capital risque).

Spot Rate

Taux d'intérêt défini aux annexes 2 et 4 de l'Arrêté royal du 14 novembre 2003 relatif à l'activité d'assurance sur la vie.

Taux d'intérêt

Taux technique qui résulte des bases techniques définies pour l'assurance principale.

Vous avez besoin de vivre confiant et d'envisager l'avenir en toute sérénité.
Notre métier est de vous proposer les solutions qui protègent votre entourage et
vos biens en vous aidant à préparer activement vos projets.



Retrouvez l'ensemble de vos services
et documents contractuels
sur **MyAXA** via [axa.be](https://www.axa.be)

AXA vous répond sur :

