



Conditions Générales REVENU GARANTI

Edition 05/2009

007/0607 • 5-09

DEFINITIONS

ACCIDENT

Un événement soudain qui porte atteinte à l'intégrité physique de l'assuré par l'action subite d'une force extérieure à l'organisme et indépendante de sa volonté.

ACCIDENT DE LA VIE PRIVEE

Tout accident non pris en charge dans le cadre de la législation relative aux accidents du travail.

ACCIDENT DU TRAVAIL

Tout accident pris en charge dans le cadre de la législation relative aux accidents du travail.

ACTIVITES PROFESSIONNELLES RISQUEES POUR FEMMES ENCEINTES

Activités professionnelles qui exposent la mère et/ou le fœtus à un danger potentiel, telles que :

- utilisation de produits chimiques ;
- utilisation d'agents infectieux ;
- utilisation de rayons ionisants ;
- utilisation de cytostatiques (comme par ex. des anticancéreux) ;
- soulèvement de charges ;
- occupations dans un lieu où règnent des températures élevées ;
- travail de nuit.

ANNEE D'ASSURANCE

La période comprise entre deux anniversaires successifs de la date d'effet du présent contrat, mentionnée dans les Conditions particulières.

ASSURE

La personne physique sur la tête de laquelle repose le risque de survenance de l'événement assuré.

BENEFICIAIRE

La personne en faveur de laquelle sont stipulées les prestations d'assurance.

DELAI D'ATTENTE

Délai de carence à l'expiration duquel la prestation est servie avec effet au premier jour de l'incapacité, pour une incapacité garantie.
La durée du délai d'attente est fixée aux Conditions particulières.

DELAI DE CARENCE

Période durant laquelle aucune prestation n'est servie pour une incapacité garantie.
La durée du délai de carence est fixée aux Conditions particulières.

GROSSESSE PATHOLOGIQUE

Complication de grossesse, tant pour l'assurée que pour le fœtus, consécutive à une maladie ou à une malformation.

INCAPACITE

Est la diminution de la capacité, de l'assuré, à exercer une activité professionnelle en raison d'une maladie ou d'un accident couvert.
L'incapacité partielle ou totale est déterminée en fonction de la diminution de l'intégrité physique ou psychique de l'assuré par référence au barème européen d'évaluation des atteintes à l'intégrité physique et psychique.

Son degré est fixé proportionnellement à la perte, consécutive à un accident ou à une maladie, évaluée par des médecins, de l'aptitude de l'assuré à exercer une activité professionnelle compatible avec ses connaissances et ses aptitudes d'avant la survenance. L'appréciation de ce degré d'incapacité est donc indépendante de tout autre critère économique

LA SOCIETE

La S.C.R.L. "P&V ASSURANCES" ayant son siège social 151 rue Royale à B-1210 Bruxelles.

MALADIE

Toute altération, d'origine non accidentelle, de la santé de l'assuré présentant des symptômes physiques objectifs qui rendent le diagnostic indiscutable.

PRENEUR

La personne physique ou morale qui souscrit le contrat et qui s'engage à payer les primes.

PRIME D'ASSURANCE

Somme, taxe sur les contrats d'assurance, impôts et cotisations légales inclus, payée par le preneur à la société en contrepartie des garanties.

REVENU PROFESSIONNEL

Sauf convention contraire mentionnée dans les Conditions particulières du contrat, il s'agit du revenu professionnel net : soit les revenus bruts diminués des frais professionnels, en ce comprises les cotisations sociales éventuelles.

ARTICLE 1 : ACCEPTATION DU RISQUE

La société se réserve le droit de subordonner l'acceptation d'un assuré ou l'augmentation de la garantie au résultat favorable d'un examen médical.

ARTICLE 2 : QUEL EST L'OBJET DE L'ASSURANCE ?

En cas d'incapacité de l'assuré, en échange des primes versées, et dans les limites prévues par les Conditions générales et particulières, la société garantit au bénéficiaire, le paiement des prestations prévues aux Conditions particulières.

ARTICLE 3 : QUELLE EST L'ETENDUE DES PRESTATIONS ?

a) Rente

La société s'engage à servir, au bénéficiaire, une rente, pendant la durée de l'incapacité de l'assuré et proportionnellement au taux de prestation.

Le montant maximum de la rente est fixé aux Conditions particulières. Dans le cas d'un taux de prestation inférieur à 100%, ce montant maximum est multiplié par le taux de prestation.

La rente garantie par la société dans le cas d'un taux de prestation à 100% est limitée de telle manière que le cumul de celle-ci avec les éventuels revenus et interventions ne dépasse pas 80% des revenus professionnels d'avant la survenance.

Ces éventuels revenus et interventions sont :

- les revenus obtenus après la survenance de l'incapacité;
- les indemnités légales et extralégales, en ce comprises celles provenant d'une mutualité;
- les interventions résultant de la couverture de l'invalidité, qu'elles soient légales ou extralégales, en ce compris celles provenant d'une mutualité.

Dans le cas d'un taux de prestation inférieur à 100%, le plafond de 80% des revenus professionnels est augmenté et est égal à 100% diminués de 20% du taux de prestation (par exemple, si le taux de prestation est égal à 50%, le plafond est égal à 90%).

Lorsque la durée de la couverture à la prise d'effet du contrat est inférieure à

6 ans, la rente garantie, cumulées avec d'éventuels revenus et interventions comme décrits ci-dessus, est limitée à 80% des revenus perçus mensuellement à partir du jour de la prise d'effet du contrat.

b) Remboursement des primes

Dès l'entrée en jouissance de la rente, la société rembourse au preneur, pendant la durée de l'incapacité et proportionnellement au taux de prestation, le montant de la prime, hors taxes, impôts et cotisations, fixée aux Conditions particulières. Au moment du calcul des prestations, en cas de limitation de la rente annuelle maximum assurée conformément au point a), la société rembourse au preneur la partie de prime trop perçue relative à l'année d'assurance en cours au moment de la survenance.

c) Modalités de paiement

Le paiement de la rente, déduction faite des éventuelles retenues fiscales, sociales ou autres que la société est tenue d'opérer, et le remboursement des primes s'effectuent par fractions mensuelles, à terme échu, la première fois par un prorata initial le dernier jour du mois de l'ouverture du droit aux prestations et pour la dernière fois par un prorata final au moment où le droit aux prestations cesse.

d) Loi du 1er avril 2007

En application de l'article 8 de la loi du 1er avril 2007 relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme, les interventions consécutives à des actes de terrorisme pourraient être limitées si la société adhère à la personne morale définie à l'article 4 de cette même loi.

ARTICLE 4 : COMMENT LE TAUX DE PRESTATION EST-IL FIXE ?

a) Le taux de prestation est égal au degré d'incapacité de l'assuré.

Le taux de prestation est fixé à 100 % lorsque son degré atteint au moins 67 %.

b) Conformément à l'article 6.3) a) des présentes Conditions générales, les atteintes à l'intégrité physique ou psychique éventuelles existant déjà au moment de la prise d'effet de la présente assurance, au moment de sa remise en vigueur, au moment de l'extension de garantie, ou résultant d'un risque exclu par la présente assurance, ne peuvent intervenir pour la détermination du taux de prestation. Le taux de prestation qui

en résulte sera déduit du taux de prestation déterminé au point a) du présent article.

ARTICLE 5 : A PARTIR DE QUAND LE DROIT AUX PRESTATIONS S'OUVRE-T-IL? QUAND CESSE-T-IL?

1) Le droit aux prestations s'ouvre :

- a) au plus tôt à la date de prise d'effet de l'assurance indiquée aux Conditions particulières;
- b) lorsque le taux de prestation atteint au moins 25 %;
- c) à l'expiration d'un délai de carence ou d'attente dont la durée est précisée aux Conditions particulières.

Sauf dérogation prévue dans les Conditions particulières, il sera toutefois toujours appliqué un délai de carence de 12 mois minimum en cas de maladie survenant dans les cinq dernières années du contrat.

Le délai de carence ou d'attente prend cours à la date qui a été fixée par des médecins comme étant celle du début de l'incapacité.

Si une nouvelle incapacité survient pour la même cause dans les trois mois qui suivent la fin de l'indemnisation de l'incapacité précédente, un nouveau délai de carence ou d'attente ne sera pas appliqué.

2) Le droit aux prestations cesse :

- a) lorsque le taux de prestation devient inférieur à 25 %;
- b) au décès de l'assuré;
- c) en cas de résiliation de la présente assurance autorisée par les présentes Conditions générales;
- d) lorsque l'assuré atteint l'âge fixé par les Conditions particulières comme étant celui de la fin des prestations.

ARTICLE 6 : DANS QUELS CAS N'Y A-T-IL PAS DE PRESTATIONS ?

1. La prestation N'EST JAMAIS ACQUISE lorsque l'incapacité résulte :

- a) d'un événement de guerre, guerre civile ou de faits de même nature, en qualité de civil ou de militaire. Les actes de terrorisme, au sens de la loi du 1er avril 2007, sont toutefois couverts.

Les dommages causés par des armes ou des engins destinés à exploser par une modification de

- structure du noyau atomique restent néanmoins exclus dans tous les cas;
- b) d'une affection dont les symptômes ne peuvent être objectivés ainsi que du syndrome de fatigue chronique et de la fibromyalgie;
- c) d'une affection mentale ou nerveuse, à l'exception de celles :
1. nécessitant un internement, prescrit par un médecin, dans un établissement psychiatrique ou hospitalier; la garantie n'est toutefois acquise que pendant la durée de l'hospitalisation ou du séjour dans l'établissement psychiatrique;
 2. consécutives à une perte anatomique ou fonctionnelle d'un membre ou d'un organe.
- L'affection mentale ou nerveuse dont le diagnostic repose sur des signes anatomiquement décelables, est néanmoins couverte.
- d) de toutes formes de dépression, à l'exception de celles :
1. nécessitant un internement, prescrit par un médecin, dans un établissement psychiatrique ou hospitalier; la garantie n'est toutefois acquise que pendant la durée de l'hospitalisation ou du séjour dans l'établissement psychiatrique;
 2. consécutives à une perte anatomique ou fonctionnelle d'un membre ou d'un organe.
- Pour les exceptions reprises aux points c) et d) ci-dessus, les prestations ne seront toutefois octroyées que pendant une durée de maximum 2 années consécutives ou non s'étalant sur toute la durée du contrat ou des contrats ultérieurs de même nature souscrits auprès de la société.
- e) de la pratique d'un sport quelconque pour lequel l'assuré perçoit des rémunérations ou des indemnités soumises à des retenues de sécurité sociale;
- f) de soins et traitements esthétiques et leurs suites, sauf si ceux-ci résultent d'une maladie ou d'un accident pour lequel la société intervient;
- g) de cataclysmes naturels;
- h) d'une faute lourde de l'assuré, du preneur, du bénéficiaire ou de leurs ayants droit définie comme suit :
- 1) participation volontaire de l'assuré à des émeutes ou à tous actes de violence collectifs :

- à moins qu'il n'y ait pris part en qualité de membre des forces chargées du maintien de l'ordre,
 - à moins qu'il ne se trouve dans un cas de légitime défense,
 - ou à moins qu'en cas de grèves, de manifestations ou initiatives syndicales similaires l'assuré n'ait pas pris une part active aux actes de violence;
- 2) participation volontaire de l'assuré à un crime ou à un délit, à des rixes, paris ou défis;
 - 3) tout fait intentionnel de l'assuré, du preneur, du bénéficiaire ou de leurs ayants-droit ayant pour conséquence, l'incapacité de l'assuré.
- La garantie reste toutefois acquise à l'assuré agissant dans le cadre d'un sauvetage de personnes ou de biens;
- 4) tentative de suicide de l'assuré;
 - 5) ivresse, intoxication alcoolique, alcoolisme, toxicomanie ou usage non thérapeutique de médicaments, stimulants, drogues, stupéfiants ou de substances hallucinogènes ;
- i) d'une stérilisation, d'insémination artificielle ou d'une fécondation in-vitro.
2. Lorsque l'incapacité résulte d'une grossesse ou d'un accouchement, les prestations ne sont acquises qu'à partir du 4ème mois qui suit la délivrance. Une grossesse pathologique est néanmoins couverte à l'expiration du délai de carence ou d'attente, si la cessation ou la diminution des activités professionnelles n'est pas consécutive à des activités professionnelles risquées telles que définies dans les présentes Conditions générales.
3. SAUF stipulation contraire dans les Conditions particulières, la garantie n'est pas acquise lorsque l'incapacité résulte :
 - a) d'une infirmité ou d'un état de santé déficient de l'assuré qui existait et s'était déjà manifesté à la date de la prise d'effet de l'assurance, à la date de l'extension ou de la remise en cours des garanties contractuelles et, dans les cas de maladies, à condition que celle-ci ait été diagnostiquée dans les deux années qui suivent cette date;
 - b) de tout fait ou succession de faits de même origine, dès lors que ce fait ou ces faits proviennent ou

- résultent des propriétés radioactives, toxiques, explosives ou autres propriétés dangereuses des combustibles nucléaires, produits ou déchets radioactifs, ainsi que les dommages résultant directement ou indirectement de toute source de radiations ionisantes; excepté dans le cadre d'un traitement, non expérimental, médicalement prescrit;
- c) de travaux, effectués dans le cadre d'activités professionnelles, à une hauteur supérieure à quatre mètres; descente en puits, mines ou carrières en galeries; travaux sur installations électriques à haute tension; manipulation d'engins et de produits explosifs ou corrosifs; activités sur un chantier de construction ou de démolition, souterrain ou sous eau;
- d) de la participation, à l'aide d'un véhicule automoteur, à des compétitions (entraînements et essais compris), courses de vitesse, paris ou défis, excepté les rallyes touristiques.
4. SAUF stipulation contraire dans les Conditions particulières, les prestations sont réduites de moitié lorsque l'incapacité résulte :
 - a) de la pratique, en tant que conducteur ou passager, de la moto, du trike, du quad ou du cyclomoteur :
 - équipé d'un moteur dont la cylindrée dépasse 50 cc;
 - ou dont la vitesse peut dépasser 45 km/h sur terrain plat.
 - b) de la pratique des sports de combat, de défense et des arts martiaux;
 - c) de la pratique des sports suivants : le saut à l'élastique, le bobsleigh, le karting, la plongée sous-marine, l'alpinisme, la varappe, la spéléologie;
 - d) de la pratique des sports aériens (parachutisme, vol à voile, deltaplane, ULM, parasailing, ...);
 - e) du pilotage d'un avion ou d'un hélicoptère;
 - f) de motonautisme en compétition.

ARTICLE 7 : QUELLE EST L'ETENDUE TERRITORIALE ?

L'assurance est valable dans le monde entier, pour autant que l'assuré ait sa résidence habituelle ou son domicile en Belgique et qu'un contrôle de l'incapacité puisse être exercé en Belgique.

ARTICLE 8 : COMMENT LA PRIME EST-ELLE CALCULEE ?

La prime indiquée aux Conditions particulières est calculée en fonction des éléments mentionnés sur la proposition d'assurance et/ou connus de la société.

ARTICLE 9 : QUE SE PASSE-T-IL EN CAS DE DATE DE NAISSANCE ERRONEE ?

S'il est constaté que la date de naissance de l'assuré, déclarée lors de la souscription du contrat n'est pas la date de naissance réelle, la rente assurée sera réduite ou augmentée dans la proportion de la prime stipulée au contrat, à la prime correspondant à l'âge résultant de la date de naissance réelle.

ARTICLE 10 : A QUEL MOMENT LE CONTRAT PREND-IL EFFET ?

Le contrat prend effet à la date indiquée aux Conditions particulières, mais pas avant le paiement de la première prime.

Le paiement de la première prime équivaut à l'acceptation des conditions du contrat par le preneur.

La société n'est tenue à aucune prestation suite à une incapacité survenue alors que ces conditions n'étaient pas remplies.

Si dans un délai de 30 jours à compter de la date d'effet, la première prime n'a pas été payée, le contrat sera considéré comme non avenu.

ARTICLE 11 : QUELLE EST LA DUREE DU CONTRAT ?

A la demande expresse du preneur, et excepté dans les cas repris à l'article 13 des présentes Conditions générales, le contrat est conclu jusqu'à l'âge au terme mentionné dans les Conditions particulières.

Le preneur peut toutefois y mettre un terme à la fin de chaque année

d'assurance moyennant un préavis de 3 mois signifié à la société par l'envoi d'une lettre recommandée déposée à la poste.

ARTICLE 12 : QUE SE PASSE-T-IL EN CAS DE MODIFICATIONS TARIFAIRES ET CONTRACTUELLES ?

A la demande du preneur et avec l'accord réciproque des parties, la société peut modifier les bases techniques de la prime et de la couverture, dans l'intérêt du preneur.

Dans les limites posées par la législation, la société se réserve la faculté de modifier la prime et/ou les Conditions générales et particulières du contrat, notamment en cas de modification, dans le chef de l'assuré, de la profession, du revenu ou du statut dans le système de sécurité sociale.

Hormis ces derniers cas, lorsque la société use de cette faculté, elle peut appliquer les nouvelles conditions dès l'échéance annuelle suivante. Soit elle notifie cette modification au preneur, 120 jours au moins avant cette date d'échéance, soit dans les 90 jours suivant la réception de cette notification, le preneur peut résilier le contrat. Passé ces délais, les nouvelles conditions sont considérées comme agréées.

ARTICLE 13 : A QUEL MOMENT LE CONTRAT PREND-IL FIN ?

Le contrat prend fin en cas de :

- décès de l'assuré;
- transfert de résidence de l'assuré hors de Belgique;
- résiliation par la société ou le preneur, autorisée par les présentes Conditions générales;
- cessation définitive et complète des activités professionnelles assurées ou disparition des revenus professionnels assurés, sauf si cette cessation ou disparition est consécutive à une incapacité couverte par le présent contrat.

Le contrat prend également fin au terme prévu par les Conditions particulières.

ARTICLE 14 : QUELLES SONT LES OBLIGATIONS A REMPLIR PAR LE PRENEUR ET L'ASSURE ?

S'acquitter des points suivants :

a) A la souscription du contrat :

Communiquer à la société, toutes les circonstances connues d'eux dont il est raisonnable de penser qu'elles constituent des éléments d'appréciation du risque.

b) Au cours du contrat :

1. Paiement des primes.

La prime est indivisible. Elle est payable par anticipation et suivant la périodicité prévue dans les Conditions particulières. La prime est quérable.

L'invitation à payer équivaut à la présentation de la quittance à domicile.

A défaut de paiement de la prime ou d'une partie de la prime en cours de contrat, la société adresse au preneur une lettre recommandée lui octroyant un délai de 15 jours pour s'acquitter.

Par la seule expiration de ce délai, la garantie se trouve suspendue de plein droit. Elle ne reprend ses effets que le lendemain du paiement intégral du principal et des frais.

A défaut pour le preneur de s'acquitter dans les délais, le contrat est résilié à l'expiration d'un délai de 15 jours à compter du 1er jour de la suspension sans qu'il ne soit nécessaire à la société de lui adresser un nouveau courrier.

En cas de suspension de garanties pour non-paiement de prime, la société n'est tenue à aucune prestation pour les incapacités survenues pendant la période de suspension.

Les primes échues pendant la période de suspension de la garantie restent dues à la société à titre de dommages et intérêts.

2. Notifications.

a) Tout changement des ou dans les activités professionnelles de l'assuré, toute cessation de ses activités professionnelles, tout déplacement de sa résidence habituelle hors de Belgique ainsi que tout élément susceptible de modifier le risque assuré doivent être notifiés dans les 30 jours de la survenance, par écrit, à la société.

Faute de notification dans ce délai, le bénéficiaire est déchu des droits

résultant du présent contrat lorsque le changement intervenu est de nature à modifier le risque de telle sorte que si la société en avait eu connaissance, elle n'aurait pas contracté aux mêmes conditions.

La société se réserve expressément le droit de modifier les Conditions particulières du contrat endéans les 30 jours de la réception de la notification.

- b) L'assurance de l'invalidité ou de l'incapacité, toutes deux comprises au sens de la loi du 20/07/2007, auprès d'autres entreprises d'assurance ou organismes de pension et la couverture de ces mêmes risques auprès d'une mutualité doivent être immédiatement signalées à la société.

Dans ce cas, la société se réserve le droit de réduire le montant de la rente assurée par le contrat, à due concurrence. Tous les droits des incapacités en cours restent néanmoins acquis.

- c) Toute diminution des revenus professionnels de l'assuré doit être signalée dans les 30 jours de sa survenance, par écrit, à la société.

3. Déclarations en cas d'incapacité.

- a) Sous peine d'encourir la déchéance du droit aux prestations, tout accident ou maladie ayant entraîné ou susceptible d'entraîner l'incapacité de l'assuré doit être déclaré par écrit à la société (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. La déchéance n'est pas encourue si la déclaration est faite dans un délai d'un an, à partir du jour de l'accident ou du jour où la maladie s'est déclarée, s'il a été établi qu'il a été impossible de faire plus tôt ladite déclaration et s'il est encore possible d'effectuer le contrôle médical prévu à l'article 15 des présentes Conditions générales.
- b) A cette déclaration sera joint un certificat du ou des médecins traitants, rédigé sur un formulaire délivré par la société et spécifiant les causes, la nature, le degré et la durée probable de l'incapacité. La société se réserve le droit d'exiger tous les renseignements qu'elle jugera nécessaires.
- c) L'assuré autorisera ses médecins traitants à communiquer aux médecins conseil de la société, toutes les informations qu'ils possèdent sur son état de santé.
- d) Les mesures nécessaires doivent être prises pour que les délégués de la société puissent rencontrer l'assuré et que ses médecins-conseil puissent

examiner celui-ci en tout temps. Ils doivent être à même de remplir en Belgique toutes les missions jugées nécessaires par la société dans un délai de 30 jours à dater de la notification émanant de celle-ci.

- e) Toute aggravation ou atténuation du degré d'incapacité ou toute cessation de l'incapacité doit être signalée à la société dans un délai d'un mois; en cas d'omission, toutes sommes indûment payées par la société devront lui être restituées.
- f) L'assuré est tenu de prendre toutes les mesures nécessaires pour prévenir et atténuer les conséquences de la maladie ou de l'accident.
- g) Dès la survenance d'une incapacité, l'assuré devra pouvoir prouver, à la société, le montant de ses revenus professionnels avant et après la survenance.

ARTICLE 15 : CONTROLE ET ARBITRAGE

- a) Sur la base des renseignements fournis, la société juge de la réalité, de la durée et du degré de l'incapacité.

Elle mandate éventuellement un médecin afin de contrôler l'incapacité et notifie sa décision au bénéficiaire.

Cette décision est considérée comme acceptée si le bénéficiaire ne signifie pas, par écrit, à la société son désaccord dans les 16 jours de la notification.

- b) De commun accord entre les parties, qui renoncent ainsi à tout recours en justice, toute contestation médicale peut être soumise à deux experts médecins, l'un nommé par le bénéficiaire et l'autre par la société.

En cas de désaccord, les experts peuvent s'adjoindre un troisième expert, qui décide souverainement.

Si l'une des parties ne nomme pas son expert ou si les deux experts ne s'entendent pas sur le choix du troisième, la désignation sera faite par le Président du Tribunal de Première Instance du domicile de la société, à la demande de la partie la plus diligente.

Chacune des parties supporte les honoraires et frais de son expert. Les honoraires et frais du troisième expert, les frais de sa désignation ainsi que les frais d'examens complémentaires sont partagés par moitié.

Les experts peuvent être dispensés de toutes formalités judiciaires.

ARTICLE 16 : SUBROGATION

Lorsque la société intervient ou est tenue d'intervenir dans le cadre du présent contrat, elle est substituée à l'assuré dans tous les droits et actions de celui-ci contre les tiers responsables du dommage.

Dès lors, l'assuré ne peut renoncer à un recours sans l'accord écrit préalable de la société.

ARTICLE 17 : QUELLES SANCTIONS PEUVENT ETRE APPLIQUEES ?

1. Omission ou inexactitude intentionnelles dans la déclaration

Lorsque l'omission ou l'inexactitude intentionnelles dans la déclaration induisent la société en erreur sur les éléments d'appréciation du risque, le contrat est nul.

Les primes échues jusqu'au moment où la société a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude intentionnelles lui sont dues.

2. Omission ou inexactitude non intentionnelles dans la déclaration

Lorsque l'omission ou l'inexactitude dans la déclaration ne sont pas intentionnelles, la société propose dans un délai d'un mois à compter du jour où elle a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude, la modification du contrat avec effet au jour où elle a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude.

Si la société apporte la preuve qu'elle n'aurait en aucun cas assuré le risque, elle peut résilier le contrat dans le même délai.

Si la proposition de modification du contrat est refusée par le preneur ou si, au terme d'un délai d'un mois à compter de la réception de cette proposition, cette dernière n'est pas acceptée, la société peut résilier le contrat dans les quinze jours.

La société ne pourra toutefois pas résilier le contrat lorsque l'omission ou l'inexactitude non intentionnelles se rapportent à une maladie ou une affection dont les symptômes s'étaient déjà manifestés avant le début du contrat et dont la maladie ou l'affection n'a pas été diagnostiquée dans les deux ans suivant le début du contrat.

La société ne pourra jamais invoquer l'omission ou l'inexactitude intentionnelles dans la déclaration pour la maladie ou l'affection qui ne se sont jamais manifestés.

Si le preneur ou l'assuré commet(tent) une fraude ou une tentative de fraude en vue d'obtenir des prestations indues, et sans préjudice de la possibilité d'engager une procédure judiciaire éventuelle, la société :

- a le droit de résilier le contrat;
- n'est tenue à aucune prestation;
- se réserve le droit de réclamer le remboursement des prestations payées indûment et des frais exposés.

En cas de manquement du preneur ou de l'assuré aux obligations du présent contrat, la société n'est tenue à aucune prestation.

Cet alinéa n'est cependant pas d'application si le preneur ou l'assuré donne la preuve que ce manquement est dû à un cas de force majeure ou n'a causé aucun préjudice à la société.

ARTICLE 18 : QUE FAIRE EN CAS DE CHANGEMENT DE DOMICILE ?

Le domicile des parties est élu de droit :

- celui de la société : à son siège social;
- celui du preneur : à la dernière adresse connue de la société;
- celui de l'assuré : à la dernière adresse connue de la société.

En cas de changement de domicile du preneur ou de l'assuré, ceux-ci s'engagent à prévenir la société par écrit, faute de quoi toute notification sera valablement faite au dernier domicile officiellement connu de la société.

ARTICLE 19 : QUELS SONT LES TRIBUNAUX COMPETENTS ?

La loi belge est applicable au contrat.

Sans préjudice de la possibilité d'intenter une action en justice, toute plainte au sujet de ce contrat peut être adressée au service Ombudsman de la société ou au service Ombudsman Assurances, Square de Meeûs 35 à B-1000 Bruxelles.

