



Conditions Générales

Revenu Garanti

L'assurance Chiffre d'affaires

Date : 01/12/2024 - Référence : CG_001_2024

Xerius, Association d'Assurances Mutuelles

Agréée sous le numéro de code 1052

Brouwersvliet 4 boîte 4

2000 Anvers

www.xerius.be



Table des matières

Définitions - art. 1-25.....	3
Assurabilité - art. 26-29.....	6
Contrat d'assurance - art. 30-37	6
Déclaration de l'incapacité de travail - art. 38-45	10
Communications - art. 46-47	12
Primes - art. 48-50.....	13
Dispositions particulières - art. 51-61	13



Définitions

1 Assureur

Xerius Association d'Assurances Mutuelles (AAM), entreprise d'assurances agréée sous le numéro de code 1052 pour pratiquer la branche « maladie » et la branche « accidents » (AR du 10 novembre 1997, MB du 13 décembre 1997) dont le siège social est établi Brouwersvliet 4 boîte 4, 2000 Anvers, Belgique, RPM Anvers 0454.283.959.

Xerius AAM relève de la surveillance de :

- l'Autorité des services et marchés financiers (FSMA), rue du Congrès 12-14, 1000 Bruxelles ; et
- la Banque nationale de Belgique (BNB), boulevard de Berlaimont 14, 1000 Bruxelles.

2 Revenu garanti

Le revenu garanti est une assurance ou un engagement contre la perte de revenus, qui protège le bénéficiaire en cas d'incapacité de travail de l'assuré.

3 Assurance chiffre d'affaires

L'assurance chiffre d'affaires est une assurance contre la perte de chiffre d'affaires, qui protège la société en cas d'incapacité de travail du dirigeant d'entreprise.

4 Preneur d'assurance

La personne physique ou morale qui conclut la police et qui est redevable des primes.

5 Assuré

La personne physique sur laquelle repose le risque.

6 Bénéficiaire

La personne physique ou morale qui a droit aux prestations d'assurance.

7 Contrat d'assurance

Le contrat d'assurance est la police. La police se compose des Conditions générales, du Certificat personnel et des avenants.

8 Plan d'assurance

Le plan d'assurance est la garantie souscrite telle que définie dans la police.

9 Cas d'assurance

Le cas d'assurance est l'incapacité de travail de l'assuré. Il débute par la constatation médicale d'une incapacité de travail d'au moins 67%, sauf dérogation dans le Certificat personnel, et prend fin dès qu'il n'y a plus d'incapacité de travail d'au moins 25%.

L'incapacité de travail ne peut jamais dépasser 100%.



10 Incapacité de travail

La diminution médicalement objective de l'aptitude à exercer une activité professionnelle compatible avec les connaissances, les aptitudes et l'expérience de l'assuré.

11 Maladie

Toute atteinte à l'état de santé de l'assuré, qui n'est pas causée par un accident et qui présente des symptômes objectifs, constatés par un médecin.

12 Accident

Un événement soudain et imprévu qui trouve directement son origine dans le fonctionnement d'une force indépendante de la volonté de l'assuré et qui donne lieu à une lésion corporelle à constater sur le plan médical.

13 Crime

Un crime est un délit qui, conformément aux lois, est puni d'une peine criminelle et dont la décision est passée en force de chose jugée.

14 Acte intentionnel

On entend par là que l'assuré a délibérément et volontairement fait preuve d'un comportement qui a causé un dommage raisonnablement prévisible. Il n'est pas requis que l'assuré ait eu l'intention de causer le dommage tel qu'il s'est réellement produit.

15 Sinistre

Tout événement pouvant faire intervenir les garanties du contrat.

16 Incapacité physiologique

La simple diminution de l'intégrité physique de l'assuré, sans tenir compte de son impact sur sa capacité à exercer une profession. Le degré est fixé par décision médicale basée sur le « Barème Officiel Belge des Invalidités ».

17 Incapacité de travail économique

La diminution de la capacité à exercer une profession à la suite d'une incapacité de travail physiologique. Le degré est fixé en tenant compte de la profession exercée par l'assuré et de ses possibilités de réadaptation dans une activité professionnelle qui correspond à son expérience, sa formation et ses connaissances. Le grade est estimé indépendamment de tout autre critère économique.

18 Affections préexistantes

La diminution de l'intégrité physique à la suite d'accidents, de maladies et d'affections qui se sont produits avant la date de souscription du contrat ou dont la (les) cause(s) est (sont) antérieure(s) à cette date et/ou dont les premiers symptômes sont apparus avant cette date.

19 Rechute

Une incapacité de travail réitérée suite à l'affection médicale du cas d'assurance précédent. Elle est considérée comme la poursuite du cas d'assurance précédent si l'interruption a duré moins de trente jours.



20 Délai de carence

La période contractuelle, qui prend cours à la date de début du cas d'assurance, pendant laquelle le bénéficiaire supporte lui-même le risque et pendant laquelle l'assureur n'est redevable d'aucune prestation d'assurance.

21 Rente annuelle

Le montant annuel assuré défini dans la police.

22 Type de rente

Le type de rente est déterminé dans le Certificat personnel.

Le type de rente peut être constant, croissant ou idéalement croissant.

22.1 Rente constante

La rente annuelle et la prime restent inchangées pendant toute la durée de l'assurance.

22.2 Rente croissante

La rente annuelle augmente chaque année du pourcentage fixé dans la police, calculé sur le montant précédent, à partir du 366^e jour de l'incapacité de travail. Après la fin de l'incapacité de travail, la rente est ramenée au montant initial.

22.3 Rente croissante idéale

La rente annuelle et la prime sont majorées chaque année du pourcentage déterminé dans la police. L'augmentation est appliquée au montant initial de la rente et à la prime initiale.

23 Prime

Le montant fixé dans la police, majoré des frais de police et du taux de fractionnement, de la taxe d'assurance et des impôts et/ou prélèvements complémentaires de quelque nature que ce soit, imposés par la loi ou par toute autre disposition réglementaire.

24 Revenu professionnel imposable net

Le revenu professionnel imposable net est égal au revenu brut diminué des frais professionnels, à savoir notamment les cotisations sociales payées et, le cas échéant, les primes payées dans le cadre d'une pension complémentaire libre pour indépendants.

25 Chiffre d'affaires

Le chiffre d'affaires comprend tous les montants, hors TVA, qui correspondent à la vente ou à la fourniture de biens et services à des tiers en Belgique ou à l'étranger. Il comprend également tous les autres frais (transport, emballage, etc.) qui sont refacturés au client, même si ils sont portés en compte séparément. Les remises, rabais et escomptes doivent être déduits, de même que la valeur des produits retournés (par le biais de notes de crédit). Les revenus qui apparaissent dans les comptes d'exploitation si d'autres produits d'exploitation, produits financiers ou produits exceptionnels ne sont pas pris en compte dans le chiffre d'affaires.



Assurabilité

26 Sont assurables : toutes les personnes physiques

- 26.1 ayant un âge maximum au début du contrat tel que défini ci-après. L'âge maximal de départ doit être inférieur d'au moins dix ans à l'âge final du plan d'assurance choisi et peut donc s'élever à maximum 56 ans et 364 jours (365 jours pour une année bissextile).
- 26.2 qui exercent une activité professionnelle indépendante reconnue par l'assureur à partir de laquelle un revenu est généré.
- 26.3 dont le domicile est établi en Belgique.

27 Risque accru

L'assureur peut assurer les personnes qui représentent un risque accru à des conditions particulières.

28 Conditions spécifiques au revenu garanti

Dans le cadre du revenu garanti, l'assuré peut se faire assurer à concurrence de maximum 80% de ses revenus professionnels imposables nets sur une base annuelle.

Un assuré doit fournir la preuve du revenu réel pendant les trois premières années suivant la conclusion de la police. S'il en ressort que ce revenu est supérieur au maximum précité, la rente annuelle assurée est limitée dans la police à maximum 80% du revenu professionnel imposable net de l'assuré.

Pendant la durée de la police, l'assureur a le droit de s'informer sur les revenus de l'assuré.

29 Conditions spécifiques à l'assurance chiffre d'affaires

L'assurance chiffre d'affaires n'est accessible qu'aux sociétés ayant un seul dirigeant d'entreprise et pouvant présenter au moins trois comptes annuels déposés.

Le dirigeant d'entreprise à assurer est responsable d'au moins 95% du chiffre d'affaires de la société.

Un maximum de 60% du chiffre d'affaires de la société peut être assuré.

Pendant la durée de la police, l'assureur a le droit de s'informer sur le chiffre d'affaires de la société.

Pour les sociétés dont les trois comptes annuels déposés ne sont pas disponibles, l'assurance chiffre d'affaires est limitée à maximum 25.000 euros.

Contrat d'assurance

30 Prise d'effet et durée de l'assurance

Le contrat prend effet à la date mentionnée dans le Certificat personnel, à condition que le preneur d'assurance renvoie un exemplaire signé du Formulaire de souscription dans un délai de maximum trente jours à compter de la date de son envoi par l'assureur. La preuve de la date d'envoi est démontrée à l'autre partie par la date du cachet de la poste de l'envoi.



Si le preneur d'assurance renvoie tardivement l'exemplaire signé par ses soins, c'est-à-dire après l'expiration d'un délai de six mois, la procédure d'affiliation doit être entièrement renouvelée. Le preneur d'assurance devra à nouveau compléter une proposition d'assurance et un questionnaire médical. L'assureur peut, si nécessaire, imposer un nouvel examen médical.

L'âge à terme est fixé à 67 ans. Un âge plus jeune peut être fixé s'il correspond à l'âge normal auquel l'activité professionnelle prend fin. En cas d'écart par rapport à l'âge à terme, le preneur d'assurance et l'assuré déclarent que cela a été fait à leur demande et que l'âge plus jeune est l'âge normal auquel l'activité professionnelle prend fin, en dispensant la compagnie de tout contrôle en la matière.

La couverture prend effet après le paiement de la première prime.

31 Étendue territoriale

L'assurance est valable dans le monde entier, sauf dérogation prévue dans le contrat d'assurance.

Si une incapacité de travail survient pendant un séjour de l'assuré à l'étranger et que l'assuré ne retourne pas en Belgique, les prestations sont limitées à un mois maximum.

32 Objet de l'assurance

L'incapacité de travail couverte découle, selon ce qui est stipulé dans le Certificat Personnel, d'une maladie ou d'un accident.

33 Garantie d'assurance

En cas d'incapacité de travail de l'assuré, l'assureur garantit :

- le versement d'une rente mensuelle ;
- le remboursement de la prime ;

proportionnellement au degré et à la durée de l'incapacité de travail.

- 33.1 L'assurance couvre l'incapacité de travail économique qui touche l'assuré. La référence à l'incapacité de travail physiologique sert uniquement à déterminer le montant des prestations. Si le degré d'incapacité de travail économique et physiologique est différent, le degré d'incapacité de travail le plus élevé est pris en considération, sauf dérogations prévues dans le Certificat personnel.
- 33.2 En cas de cessation des activités professionnelles assurées ou de disparition du revenu professionnel pour d'autres raisons que la survenance d'un cas d'assurance, la garantie d'assurance est acquise proportionnellement au degré d'incapacité de travail déterminé sur la base de l'incapacité physiologique.
- 33.3 La garantie d'assurance est acquise lors de la survenance d'un cas d'assurance reconnu par l'assureur dès que la période du délai de carence mentionné dans le Certificat personnel est entièrement écoulée.
- 33.4 Au début de l'incapacité de travail, la garantie d'assurance est acquise à partir d'un degré d'incapacité de travail de 67%.
- 33.5 Pendant l'incapacité de travail, la garantie d'assurance est acquise proportionnellement au degré d'incapacité de travail déterminé sur la base du critère économique et physiologique. Le pourcentage exact du degré d'incapacité de travail est fixé par le médecin-conseil de Xerius AAM.
- 33.6 La garantie d'assurance acquise prend fin lorsque le degré d'incapacité de travail est inférieur à 25%.

34 Délai de carence

- 34.1 La durée du délai de carence est déterminée dans le Certificat personnel.
- 34.2 Le délai de carence prend cours à la date de début du cas d'assurance et prend fin soit à l'expiration de la



période fixée dans le Certificat personnel, soit dès que l'assuré ne remplit plus l'une des conditions de la garantie d'assurance.

34.3 En cas de rechute dans les trente jours suivant la fin de l'incapacité de travail précédente, le délai de carence ne s'applique pas ou s'applique seulement à la partie restante. Par rechute, on entend une incapacité de travail réitérée suite à l'affection médicale du cas d'assurance précédent. Elle est considérée comme la poursuite du cas d'assurance précédent si l'interruption a duré moins de trente jours. Pendant la période d'interruption, l'assuré n'a pas droit à des prestations.

34.4 Pour toute incapacité de travail qui débute après le 60e anniversaire de l'assuré, un délai de carence de 365 jours est appliqué sans préjudice du Certificat personnel.

35 Exclusions

Le présent contrat d'assurance ne couvre PAS les incapacités de travail :

35.1 résultant directement ou indirectement de faits de guerre, d'émeutes ou de violences d'origine politique ou idéologique.

35.2 survenant lorsque l'assuré est en état d'ivresse ou sous l'influence d'intoxications alcooliques, de stupéfiants ou stimulants, de drogues ou d'hallucinogènes.

35.3 où l'abus d'alcool est un facteur important dans la survenance.

35.4 dues à l'utilisation de stupéfiants ou de stimulants.

35.5 résultant d'une bagarre, d'un méfait ou d'un délit provoqué par l'assuré.

35.6 à la suite de la participation volontaire de l'assuré à un crime ou un délit.

35.7 résultant d'une affection qui ne peut pas être contrôlée par un examen médical.

35.8 qui découlent :

35.8.1 d'une maladie professionnelle ;

35.8.2 d'une grossesse normale ;

35.8.3 des interventions médicales suivantes :

- une stérilisation ;
- une insémination artificielle ou des interventions médicales dans le cadre d'une fécondation in vitro ;
- un traitement chirurgical esthétique, qui n'entre pas en ligne de compte pour un remboursement de l'INAMI pour autant qu'il ne s'agisse pas de complications graves découlant de cette intervention médicale.

35.9 des troubles subjectifs ou psychiques, à l'exception des affections et troubles mentionnés ci-après de manière limitative après application du délai de carence avec un minimum de 180 jours :

- dépression simple
- dépression majeure
- décompensation psychique (burn-out)
- trouble de stress post-traumatique (TSPT)
- trouble d'anxiété généralisé
- anorexie nerveuse
- boulimie nerveuse

et dont, pour les affections mentionnées ci-dessus, le diagnostic est établi par un psychiatre belge et répond aux critères du référentiel international DSM-V ou d'une version actuelle au moment du sinistre. L'assureur n'accorde cette garantie que pour un sinistre pendant toute la durée de la police et paie une allocation pour une durée maximale de 12 mois.



- 35.10 découlant d'affections qui existaient déjà au moment de la prise d'effet du contrat d'assurance ou en cas d'augmentation des garanties contractuelles (affections préexistantes).
- 35.11 résultant d'un suicide ou d'une tentative de suicide, d'un acte intentionnel de l'assuré, du preneur d'assurance, du bénéficiaire ou de ses ayants droit, de paris et de défis.
- 35.12 survenant à la suite de, sauf disposition contraire expresse dans le Certificat personnel :
 - 35.12.1 la pratique professionnelle d'une discipline sportive quelconque, c'est-à-dire celle pour laquelle on bénéficie d'une quelconque indemnité autre que pour couvrir les frais de pratique démontrables ;
 - 35.12.2 la pratique non professionnelle de sports aquatiques manifestement dangereux (tels que plongée sous-marine et courses nautiques), de sports aériens (comme le parachutisme, le vol à voile, le vol acrobatique, le deltaplane, la montgolfière, le parachute ascensionnel), de sports d'hiver (comme le saut à ski, le patinage de vitesse, le hockey sur glace, le bobsleigh), de sports de combat (tels que boxe, catch, combat, karaté, judo, jiu-jitsu et autres disciplines similaires), de sports motorisés et de saut à l'élastique, d'alpinisme, de spéléologie, de chasse au gibier, cette liste n'étant pas limitative ;
 - 35.12.3 l'utilisation de n'importe quel véhicule lors de compétitions, concours de vitesse, paris ou défis
 - 35.12.4 l'utilisation en tant que conducteur ou passager d'un véhicule automoteur à deux ou plusieurs roues (à l'exception d'un véhicule automobile) équipé d'un moteur dont la cylindrée dépasse 50 cc et dont la puissance peut dépasser 40 km/h.
- 35.13 à la suite de tremblements de terre, d'éruptions volcaniques et d'autres catastrophes naturelles.
- 35.14 à la suite d'influences ou de changements climatiques (gel, coup de soleil, etc.).
- 35.15 à la suite de fissions nucléaires et autres risques.
- 35.16 résultant de risques dangereux, sauf disposition contraire expresse dans le Certificat personnel, tels que :
 - 35.16.1 l'élagage et l'abattage des arbres à tige haute ;
 - 35.16.2 le travail sur des toits, échelles ou échafaudages ;
 - 35.16.3 le travail sur des câbles ou lignes électriques à haute tension ou sur des machines mécaniques, et en particulier sur des machines à bois ;
 - 35.16.4 la descente dans des mines, des carrières ou des puits ;
 - 35.16.5 l'utilisation ou la manipulation d'explosifs ou de produits toxiques/corrosifs ;
 - 35.16.6 la pratique de hobbies à risque (voir article 35.10.2) ;
 - 35.16.7 l'utilisation d'aéronefs, sauf comme passager d'un avion ou hélicoptère, aménagé pour transporter des personnes.
- 35.17 à la suite d'un accident impliquant la responsabilité civile d'un tiers, sauf si l'assureur a été informé à temps de la cause de l'accident. Dans ce dernier cas, l'assuré est tenu de subroger l'assureur dans tous ses droits qu'il pourrait faire valoir à l'égard du tiers responsable et ne peut, sans l'accord de l'assureur, conclure avec lui un contrat qui lui est redevable d'une indemnisation.

36 Extensions de garantie

La garantie d'assurance vaut également en cas :

- 36.1 d'incapacité de travail due à une chute.
- 36.2 de déchirure et fracture musculaires.
- 36.3 d'intoxication.
- 36.4 d'asphyxie, de brûlure, d'intoxication sanguine après un accident, de rage après des morsures d'animaux,



de tétanos et de charbon.

36.5 d'incapacité de travail à la suite de complications pendant la grossesse, à condition qu'elle ait été prescrite par un médecin spécialisé ou de complications graves d'un accouchement.

Toutefois aux conditions cumulatives suivantes :

- l'assuré est affilié depuis au moins dix mois ; et
- l'incapacité de travail est complète ; et
- les activités professionnelles ont été temporairement arrêtées complètement.

La période de six semaines avant et neuf semaines après l'accouchement n'est cependant jamais remboursable.

37 Fin du contrat d'assurance

Le contrat d'assurance prend fin :

- à l'âge terme défini dans le Certificat Personnel ou en cas de ;
- demande de résiliation signée du preneur d'assurance si celle-ci intervient à la fin de l'année d'assurance et moyennant le respect d'un délai de préavis de trente jours ;
- en cas demande de résiliation signée du preneur d'assurance dans les trente jours suivant la notification d'une modification de tarif ou d'une modification des Conditions générales et/ou du Certificat personnel du contrat d'assurance ; la résiliation prend effet à l'échéance annuelle du contrat d'assurance ;
- cessation de l'activité indépendante de l'assuré, qui doit être notifiée par écrit dans un délai de trente jours (voir plus loin l'article 47) ;
- fraude ou tentative de fraude ;
- décès ;
- résiliation par l'assureur en cas de défaut de paiement (voir plus loin l'article 49) ;
- autre motif de résiliation expressément prévu dans le contrat d'assurance.

Déclaration de l'incapacité de travail

38 Délai de déclaration

Tout accident ou maladie ayant entraîné une incapacité de travail doit être déclaré à l'assureur au plus tard dans les cinq jours ouvrables au moyen d'un certificat médical établi par le médecin traitant. Ce certificat doit mentionner le diagnostic, le degré et la durée probable de l'incapacité de travail.

Si la déclaration d'un cas d'assurance intervient en dehors du délai susmentionné, l'assureur a le droit d'en accepter l'intervention le jour où la déclaration est parvenue à l'entreprise d'assurances.

Les circonstances suivantes doivent également être signalées à l'assureur dans un délai de cinq jours ouvrables :

- 38.1 la prolongation de l'incapacité de travail ;
- 38.2 l'augmentation et la diminution du degré d'incapacité de travail ;
- 38.3 la survenance d'un cas d'assurance visé à l'article 34.3 (rechute) ;
- 38.4 la fin de l'incapacité de travail.

39 Constatation de l'incapacité de travail

Sur la base des renseignements fournis, le médecin désigné de l'assureur détermine l'authenticité, le degré et la durée de l'incapacité de travail.

L'assuré mandatera ses médecins traitants pour fournir tous les renseignements au médecin désigné par



l'assureur.

L'assureur se réserve le droit de soumettre le cas d'assurance à une expertise.

Le fait de ne pas fournir les renseignements demandés et/ou de ne pas donner suite à une convocation à l'examen par le médecin désigné aura pour conséquence que le droit à la rente expirera, et ce, jusqu'à la date à laquelle les renseignements demandés auront pu être fournis ou l'examen aura pu avoir lieu.

40 Suivi des traitements médicaux

L'assuré est tenu de :

- prendre dans les plus brefs délais toutes les mesures nécessaires pour accélérer la guérison ;
- s'abstenir de tout ce qui peut aggraver les conséquences du sinistre ; et
- suivre tout traitement médical prescrit.

Si l'assuré ne suit pas un traitement imposé par son médecin et reconnu par la science médicale et qualifié d'adéquat, l'assureur peut refuser ou arrêter l'intervention en tout ou en partie.

41 Contrôle médical

Pendant la période d'incapacité, l'assureur se réserve le droit de suivre l'état de santé de l'assuré et de le contrôler à tout moment. Si ce contrôle est rendu impossible par l'assuré, l'assureur peut refuser les prestations d'assurance.

42 Contrôle financier

Pendant la période d'incapacité de travail de l'assuré, l'assureur est en droit de s'informer sur le revenu de l'assuré en cas de revenu garanti et sur le chiffre d'affaires de la société en cas d'assurance chiffre d'affaires. Si l'assuré rend impossible la collecte des données précitées, l'assureur peut refuser les prestations d'assurance.

42.1 En cas de revenu garanti, l'assuré peut se faire assurer à concurrence de maximum 80% de ses revenus professionnels imposables nets sur une base annuelle (voir article 28).

S'il s'avère, après contrôle, que l'assuré n'a pas respecté le maximum précité, l'assureur peut limiter la rente annuelle assurée à maximum 80% des revenus professionnels imposables nets de l'assuré.

42.2 Dans le cadre d'une assurance chiffre d'affaires, jusqu'à maximum 60% du chiffre d'affaires de la société peut être assuré (voir article 29).

Dans ce cadre, l'assureur peut demander des informations concernant les trois derniers exercices complets. S'il s'avère, après contrôle, que le maximum précité a été dépassé, l'assureur peut limiter la rente annuelle assurée à maximum 60% du chiffre d'affaires de la société.

43 Conséquences du non-respect des obligations en cas de sinistre

Si l'assureur subit un préjudice du fait du non-respect des obligations par l'assuré, l'assureur peut réduire les prestations d'assurance dans la mesure du préjudice subi.

Si l'assuré a agi dans une intention frauduleuse, l'assureur peut refuser la couverture et résilier la police avec effet immédiat.

Si des indemnités ont été indûment versées, l'assureur peut les réclamer ou les retenir sur des versements ultérieurs, en même temps que les intérêts légaux.



44 Litiges médicaux

En cas de litiges de nature médicale, les parties peuvent, d'un commun accord, faire trancher ce litige par le biais d'une expertise médicale à l'amiable, chacune étant représentée par son propre médecin-conseil. La demande de cette expertise médicale à l'amiable doit être introduite dans les 30 jours à compter de la notification au preneur d'assurance, à l'assuré ou au bénéficiaire de la décision de l'assureur concernant l'incapacité de travail de l'assuré.

Si les deux médecins-conseils ne parviennent pas à un accord, un troisième médecin peut être désigné. Ce troisième médecin est désigné d'un commun accord entre les parties. Si les parties ne parviennent pas à un accord sur la désignation de ce troisième médecin, le choix peut être laissé au président du tribunal de première instance du siège social de l'assureur.

La décision collégiale des deux médecins-conseils ou, à défaut d'accord mutuel, la décision du troisième médecin sont définitives et contraignantes pour toutes les parties pour autant qu'elles soient motivées et respectent la disposition de la police.

Chaque partie est responsable du paiement des honoraires de son propre médecin-conseil et de la moitié de ceux du troisième médecin désigné le cas échéant.

45 Fin des prestations

Les prestations prennent fin :

- lorsque le degré d'incapacité de travail passe sous les 25% ;
- en cas de décès de l'assuré ;
- lorsque le contrat prend fin pour quelque raison que ce soit.

Communications

Communication lors de la souscription du contrat et en cours de contrat.

46 Lors de la souscription du contrat

Le preneur d'assurance est tenu de déclarer à l'assureur l'existence de tout autre contrat ou assurance du même type que le présent contrat.

Le contrat est établi sur la base des données fournies sans omission ni inexactitude par le preneur d'assurance et l'assuré afin d'informer l'assureur des risques qu'il prend en charge.

En cas d'omission intentionnelle ou d'inexactitude dans la communication des données relatives au risque, le contrat est nul et non avenue lorsque l'assureur en est trompé dans l'appréciation du risque.

S'il est constaté que la date de naissance indiquée lors de la souscription du contrat est erronée, la rente assurée sera adaptée proportionnellement à la prime stipulée dans le contrat et à celle correspondant à l'âge exact.

47 En cours de contrat

Les modifications suivantes doivent être déclarées par écrit à l'assureur dans les trente jours :

- toute modification de la profession de l'assuré ;
- toute modification des activités de loisirs exercées ;
- toute cessation des activités professionnelles de l'assuré ;
- toute modification du revenu de l'assuré ;
- toute modification du revenu professionnel imposable net de l'assuré (revenu garanti) ou du chiffre d'affaires de



- la société (assurance chiffre d'affaires) ;
- tout changement de résidence à l'étranger.

Dans les trente jours de la réception de cette déclaration, l'assureur se réserve le droit de résilier le contrat ou de modifier les conditions.

Primes

48 Paiement de la prime

Les primes sont payables annuellement par anticipation à l'échéance, sauf disposition contraire dans le Certificat personnel, sur présentation de la quittance ou de l'avis d'échéance. Tous les suppléments tels que les taxes, cotisations, qui se rapportent au contrat ou qui s'y rapportent ultérieurement, sont à charge du preneur d'assurance et doivent être payés en même temps que la prime.

Le preneur d'assurance reste redevable du paiement de la prime en cas d'intervention et pendant la durée du cas d'assurance, sauf disposition contraire dans le Certificat personnel ou les avenants.

49 Défaut de paiement

En cas de défaut de paiement, le preneur d'assurance est mis en demeure par lettre recommandée. Si le paiement n'est pas effectué dans les quinze jours suivant l'envoi de cette lettre recommandée, le contrat est résilié ou suspendu par l'assureur.

La résiliation et/ou la suspension prennent effet à l'expiration du délai précité de quinze jours.

La garantie peut entrer en vigueur dans les six mois suivant la suspension contre paiement des arriérés de primes et moyennant l'approbation de la direction selon les modalités initiales.

L'assureur se réserve le droit de subordonner la remise en vigueur du contrat au résultat d'un examen médical de l'assuré auprès d'un médecin agréé par l'assureur. Les frais de cet examen médical sont à charge du preneur d'assurance. Le contrat n'entrera à nouveau en vigueur qu'après confirmation écrite de l'assureur.

50 Modification de tarif

À l'échéance annuelle, la prime et la franchise peuvent être adaptées à l'indice des prix à la consommation. D'autres modifications sont possibles moyennant accord mutuel. La prime et les conditions de couverture peuvent être adaptées proportionnellement en cas de modification de la profession et/ou du revenu et/ou du régime de sécurité sociale.

Le preneur d'assurance peut alors résilier le contrat à condition de le faire dans les 30 jours suivant la notification de l'augmentation tarifaire.

Dispositions particulières

51 Notifications

Les notifications doivent avoir lieu au domicile des parties. Le domicile est élu de plein droit : celui de l'assureur au siège social, celui du preneur d'assurance, sans préjudice de l'article 36 du Code judiciaire, à son adresse mentionnée dans le Certificat personnel ou à l'adresse qu'il aurait communiquée par la suite à l'assureur. Toute



notification est réputée avoir eu lieu à la date de son dépôt à la poste.

Tout changement de domicile du preneur d'assurance doit être immédiatement signalé à l'assureur. Si le preneur d'assurance ne le fait pas, tous les messages destinés au preneur d'assurance sont valablement envoyés à l'adresse mentionnée dans le Certificat personnel ou à la dernière adresse communiquée par écrit à l'assureur par le preneur d'assurance.

52 Coûts

L'assureur se réserve le droit de facturer des frais lorsqu'il est contraint d'effectuer des dépenses particulières occasionnées par le preneur d'assurance, l'assuré ou le bénéficiaire.

53 Juridiction - droit applicable

Le droit belge est d'application.

Les litiges éventuels entre les parties concernant l'exécution du contrat relèvent de la compétence exclusive des tribunaux belges.

54 Protection de la vie privée

Dans le cadre de l'exécution des contrats, l'assureur dispose d'un certain nombre de données à caractère personnel relatives aux personnes concernées (affilié, bénéficiaires, etc.).

L'assureur traite ces données à caractère personnel en vertu du contrat conclu et des dispositions du Règlement général sur la protection des données 2016/679 (ci-après dénommé RGPD).

Cela sous-entend entre autres que :

- l'assureur garantit le traitement confidentiel des données et leur seule utilisation dans le cadre de l'exécution du contrat ;
- l'accès aux données à caractère personnel est strictement limité aux personnes qui en ont besoin dans l'exercice de tâches inhérentes au contrat. Ces personnes sont soumises contractuellement à une obligation légale de confidentialité ;
- les données à caractère personnel ne peuvent être conservées que tant que cela est légalement requis dans le cadre du contrat ;
- les personnes dont les données à caractère personnel sont traitées peuvent faire valoir leurs droits, tels qu'ils sont prévus par le RGPD, dont le droit à la consultation et à la rectification, en prenant contact avec l'assureur.

En dehors de l'exécution précitée du contrat, les données à caractère personnel peuvent également être traitées et affectées à d'autres objectifs spécifiques ou transmises à d'autres organisations, mais uniquement moyennant le consentement exprès de (des) intéressé(s).

L'assureur prend toutes les mesures techniques, physiques et organisationnelles de sécurisation, en tenant compte de l'évolution des technologies, afin de préserver les données à caractère personnel de toute perte accidentelle ou destruction involontaire ou illégale, modification involontaire ou publication ou tout accès non autorisé(e).

La politique relative à la vie privée de l'assureur peut être consultée sur le site Internet www.xerius.be.

55 Données médicales

Le preneur d'assurance, l'assuré et le bénéficiaire autorisent expressément l'assureur à collecter et à traiter des données médicales et des informations relatives à la santé, et ce, en vue et dans le cadre de la fourniture et de la gestion de services d'assurance en général. Les données et informations médicales relatives à la santé ne sont traitées que sous la surveillance et la responsabilité d'un médecin-conseil. L'accès à ces données est strictement



limité aux collaborateurs qui en ont besoin dans le cadre des tâches qui leur sont confiées.

L'assureur ne communique les données médicales collectées et les informations relatives à la santé à des tiers que si la loi l'impose.

56 Données financières

Le preneur d'assurance, l'assuré et le bénéficiaire autorisent expressément l'assureur à collecter et à traiter des données financières, et ce, en vue et dans le cadre de la fourniture et de la gestion de services d'assurance en général. L'accès à ces données est strictement limité aux collaborateurs qui en ont besoin dans le cadre des tâches qui leur sont confiées.

L'assureur ne communique les données financières collectées à des tiers que s'il y est légalement tenu.

57 Fiscalité

Le présent contrat a pour but d'indemniser une perte de revenus du travail et constitue par conséquent un engagement individuel tel que visé à l'article 52, 3°, b, 4e tiret du Code des impôts sur les revenus 1992 qui complète les allocations légales en cas d'incapacité de travail due à un accident du travail ou à une maladie.

58 Demandes d'informations et plaintes

Si le preneur d'assurance, l'assuré ou le bénéficiaire a des questions sur la police, ils peuvent contacter l'assureur à cet effet.

Si le preneur d'assurance, l'assuré ou le bénéficiaire est mécontent des services, produits, procédures ou collaborateurs de l'assureur, une plainte peut en premier lieu être introduite auprès de l'assureur. Les coordonnées de celui-ci sont :

Xerius AAM
Brouwersvliet 4 boîte 4
2000 Anvers
Téléphone : 078 482 564
Adresse e-mail : assurances@xerius.be

Afin de garantir le traitement rapide et efficace de votre plainte, l'assureur vous prie de toujours introduire celle-ci par écrit.

Si le preneur d'assurance, l'assuré ou le bénéficiaire estime que l'assureur n'a pas traité sa plainte de façon adéquate ou que sa réponse est insatisfaisante, il peut, en seconde instance, soumettre sa plainte à l'Ombudsman des Assurances. Les coordonnées de l'Ombudsman des Assurances sont :

Ombudsman des Assurances
Square de Meeûs 35
1000 Bruxelles
Téléphone : 02 547 58 71
Adresse e-mail : info@ombudsman.as
Site Web : www.ombudsman.as

L'intégralité de la politique de gestion des plaintes peut être demandée auprès du département Assurances (voir ci-dessus pour les coordonnées). Une version abrégée de cette politique est également disponible sur le site Internet de l'assureur (voir www.xerius.be/fr).

Bien entendu, chaque partie dispose également du droit d'entamer une procédure judiciaire.



Les litiges d'ordre médical peuvent également, pour autant que les parties marquent explicitement leur accord écrit à ce sujet au plus tôt au moment où le litige apparaît, être tranchés par expertise médicale à l'amiable (arbitrage). Pour plus d'informations à ce sujet, voir l'article 44.

59 Conflits d'intérêts

L'assureur est susceptible d'être confronté à des conflits d'intérêts. Une politique en matière de conflits d'intérêts a été élaborée afin de mettre en œuvre tout ce qui est raisonnablement possible pour identifier, prévenir ou, le cas échéant, gérer ces conflits d'intérêts de sorte à préserver les intérêts du client.

En vertu de cette politique :

- les éventuels conflits d'intérêts sont identifiés à l'aide d'une liste non exhaustive de situations pouvant potentiellement engendrer un conflit d'intérêts ;
- les conflits d'intérêts qui ne peuvent être évités sont gérés au moyen de mesures organisationnelles ;
- l'affilié est informé de façon transparente de la possible survenue d'un conflit d'intérêts et des mesures de gestion prises en la matière ;
- les conflits d'intérêts concrets survenus et qui comportent le risque significatif que les intérêts d'un ou plusieurs affilié(s) aient subi un préjudice sont consignés dans un registre ;
- la politique élaborée en matière de conflits d'intérêts est régulièrement contrôlée et évaluée.

La politique en matière de conflits d'intérêts intégrale peut être obtenue auprès du département Assurances à l'adresse assurances@xerius.be. Une version abrégée de cette politique est également disponible sur le site Internet de l'assureur (voir www.xerius.be/fr).

60 Modification des conditions générales

L'assureur peut modifier les Conditions générales pour des raisons justifiées (par exemple dans le cadre d'une modification de la législation), dans le respect d'éventuelles restrictions contraignantes en la matière, dans les limites de la bonne foi et sans porter atteinte aux caractéristiques essentielles du (des) contrat(s). Les Conditions générales sont toujours disponibles librement sur le site Internet de l'assureur (www.xerius.be).

61 Avertissement

Toute escroquerie ou tentative d'escroquerie de l'assureur entraîne non seulement la résiliation, voire la nullité du contrat d'assurance, mais également des poursuites pénales sur la base de l'article 496 du Code pénal.