

# ALGEMENE VOORWAARDEN

ERGO Life Overlijdensverzekering

# 1. Inhoudsopgave

<b>1.</b>	<b>DEFINITIES</b> .....	<b>3</b>
<b>2.</b>	<b>INWERKINGTREDING EN PREMIEBETALING</b> .....	<b>3</b>
<b>3.</b>	<b>DEKKINGEN</b> .....	<b>3</b>
	3.1. Dekkingen bij overlijden .....	3
	3.2. Dekking ‘arbeidsongeschiktheidsuitkering’ .....	8
	3.3. Algemene bepalingen.....	14
<b>4.</b>	<b>RECHTEN VAN DE VERZEKERINGNEMER</b> .....	<b>17</b>
	4.1. Algemene bepalingen.....	17
	4.2. Opzegging .....	17
	4.3. Aanduiding en wijziging van de begunstigden .....	17
	4.4. Afkoop.....	17
	4.5. Voorschot en in pandgeving .....	18
<b>5.</b>	<b>RECHTEN VAN DE BEGUNSTIGDE(N)</b> .....	<b>18</b>
<b>6.</b>	<b>INDIVIDUELEPENSIOENTOEZEGGINGSVERZEKERING</b> .....	<b>18</b>
	6.1. Situering.....	18
	6.2. Rechten van de verzekeringnemer en van de begunstigden.....	19
	6.3. Premiebetaling / uitdiensttreding.....	19
<b>7.</b>	<b>DIVERSE BEPALINGEN</b> .....	<b>19</b>
	7.1. Juridische aard van de dekkingen .....	19
	7.2. Samenvoeging .....	20
	7.3. Belastingen.....	20
	7.4. Persoonlijk certificaat .....	20
	7.5. Reservevorming / risicopremies / tariefwijziging.....	20
	7.6. Premiewanbetaling / uitputting van de reserves .....	22
	7.7. Wederinwerkingstelling .....	23
	7.8. Uitkeringen .....	23
	7.9. Briefwisseling en bewijs .....	23
	7.10. Wijziging van de algemene voorwaarden.....	24
	7.11. Wettelijk kader.....	24
	7.12. Bescherming van de persoonlijke levenssfeer .....	24
	7.13. Klachten en geschillen .....	25

## 1. DEFINITIES

verzekeraar	ERGO Insurance nv, met maatschappelijke zetel te 1000 Brussel, Bischoffsheimlaan 1-8
overeenkomst	de overlijdensverzekering, bestaande uit deze Algemene Voorwaarden, het Persoonlijk Certificaat en eventuele andere documenten, die samen moeten gelezen worden en één geheel vormen
verzekeringnemer	de persoon die de overeenkomst sluit met de verzekeraar; indien er twee verzekeringnemers zijn, slaat de term 'verzekeringnemer', naargelang het zinsverband, gezamenlijk op beide verzekeringnemers of afzonderlijk op elke verzekeringnemer
verzekerde(n)	de natuurlijke perso(o)n(en) op het hoofd waarvan de dekking(en) is (zijn) gesloten
begunstigde(n)	de perso(o)n(en) aan wie de uitkeringen toekomen waarin de overeenkomst voorziet

## 2. INWERKINGTREDING EN PREMIEBETALING

De overeenkomst treedt in werking op de in het Persoonlijk Certificaat vermelde datum. De betaaldatum van een premie is de valutadatum van die premie op de bankrekening van de verzekeraar. De premiebetaling geschiedt rechtstreeks op de door de verzekeraar aangeduide bankrekening met vermelding van de opgegeven referenties of via domiciliëring, naargelang wat is overeengekomen. De premiebetaling is niet verplicht (zie echter 7.6), tenzij de verzekeringnemer zich hiertoe door een andere verbintenis dan de overeenkomst zelf (zoals een lening of een krediet) heeft verbonden.

## 3. DEKKINGEN

### 3.1. Dekkingen bij overlijden

#### 3.1.1. Omschrijving van de dekkingen bij overlijden

##### 3.1.1.1. Overlijdenskapitaal

###### 3.1.1.1.1. Verzekerd voorval

Indien de verzekerde tijdens de dekkingsperiode (zie 3.1.2.1) overlijdt, keert de verzekeraar het overeengekomen kapitaal uit aan de begunstigde(n) en eindigt de overeenkomst. Indien er twee verzekerden zijn, moet 'het overlijden van de verzekerde' gelezen worden als het overlijden van één van beide verzekerden ('eerste overlijden van twee'; bij simultaan overlijden is er geen 'dubbele uitkering').

###### 3.1.1.1.2. Bedrag van het overlijdenskapitaal

Het uit te keren kapitaal is het verzekerd bedrag op de datum waarop het verzekerd voorval zich voordoet. Er is geen winstdeling bij overlijden.

### **3.1.1.2. Kapitaal bij opeenvolgend overlijden (binnen 12 maanden)**

#### 3.1.1.2.1. Verzekerd voorval

Indien beide verzekerden hetzij simultaan, het zij binnen een tijdspanne van 12 maanden overlijden, keert de verzekeraar het overeengekomen kapitaal uit aan de begunstigde(n). Hierbij is er dekking indien het eerste overlijden zich tijdens de dekkingsperiode (zie 3.1.2.1) voordoet en het tweede overlijden uiterlijk 12 maanden na het eerste overlijden plaats vindt.

#### 3.1.1.2.2. Bedrag van het kapitaal bij opeenvolgend overlijden

Het uit te keren kapitaal is het verzekerd bedrag op de datum van het eerste overlijden. Er is geen winstdeling bij overlijden.

### **3.1.1.3. Overlijdenskapitaal bij ongeval (of plotse aandoening)**

#### 3.1.1.3.1. Verzekerd voorval in het kader van de basisdekking ('overlijdenskapitaal bij ongeval')

Indien de verzekerde overlijdt binnen 180 dagen na en als rechtstreeks gevolg van een ongeval en zowel het ongeval als het overlijden zich voordoen tijdens de dekkingsperiode (zie 3.1.2.1), keert de verzekeraar het overeengekomen kapitaal uit aan de begunstigde(n). Indien er twee verzekerden zijn, moet 'het overlijden van de verzekerde' gelezen worden als het overlijden van één van beide verzekerden ('eerste overlijden van twee'; bij simultaan overlijden is er geen 'dubbele uitkering').

Een ongeval in de zin van deze verzekering is een plotselinge gebeurtenis, onafhankelijk van de wil van de verzekerde, de verzekeringnemer of de begunstigde, waarvan één van de oorzaken buiten het organisme van de verzekerde ligt.

Worden eveneens bij uitbreiding of toepassing van voorgaande definitie als ongeval beschouwd:

- het redden van personen die in gevaar verkeren;
- een aanval of aanslag van niet-politieke aard, gepleegd op de verzekerde in zover de aanslag of aanval niet in verband kan worden gebracht met oproer of opstand of niet gepleegd werd door medeplichtigheid van de begunstigde;
- steken van insecten of beten van dieren;
- de onvrijwillige val in het water of het inademen van gassen of dampen waarvan de ontsnapping niet voorzien was;
- inslag van bliksem en elektrische schokken.

#### 3.1.1.3.2. Verzekerd voorval in het kader van de uitgebreide dekking ('overlijdenskapitaal bij ongeval of plotse aandoening')

De dekking 'overlijdenskapitaal bij ongeval' (zie 3.1.1.3.1) kan uitgebreid worden tot de dekking 'overlijdenskapitaal bij ongeval of plotse aandoening'. De uitbreiding tot 'plotse aandoening' houdt in dat er, naast de omstandigheden als vermeld in punt 3.1.1.3.1, ook dekking is in geval van overlijden van de verzekerde als rechtstreeks gevolg van een 'plotse aandoening', zoals hieronder beschreven en mits zowel de plotse aandoening als het overlijden zich voordoen tijdens de dekkingsperiode. Indien er twee verzekerden zijn, moet ook hier 'het overlijden van de verzekerde' gelezen worden als het overlijden van één van beide verzekerden ('eerste overlijden van twee') en is er bij simultaan overlijden ook hier geen 'dubbele uitkering'.

Worden beschouwd als plotse aandoening in de zin van deze verzekering, mits zij niet het gevolg zijn van een ongeval zoals bedoeld in punt 3.1.1.3.1:

- myocardinfarct;
- cerebrovasculair accident of herseninfarct van elke aard (hemorragisch of ischemisch);
- hartritmestoornissen;
- slagaderbreuk;
- longembolie;
- acute virale myocarditis;
- plotse dood zonder precieze oorzaak.

In die gevallen is er dekking, niet alleen als het overlijden onmiddellijk plaats heeft gevonden, maar ook als het overlijden zich voordoet binnen 120 uur na en als als rechtstreeks gevolg van het optreden van een voormelde plotse aandoening. De voormelde 120 uur worden verlengd tot 30 dagen indien coma (zijnde het wegvallen van het bewustzijn en de waakzaamheid, niet omkeerbaar door stimulering, als gevolg van een traumatisch of pathologisch hersenletsel) optreedt binnen de voormelde 120 uur.

### 3.1.1.3.3. **Bedrag van het overlijdenskapitaal bij ongeval (of plotse aandoening)**

Het uit te keren kapitaal is het verzekerd bedrag op de datum waarop het verzekerd voorval zich voordoet, met dien verstande echter dat eventuele verhogingen van het verzekerd bedrag tussen de datum van het ongeval of de plotse aandoening en de datum waarop het verzekerd voorval zich voordoet, die niet reeds vóór de datum van het ongeval of de plotse aandoening werden overeengekomen, niet worden uitgekeerd. Er is geen winstdeling bij overlijden.

Indien het Persoonlijk Certificaat een onderscheid maakt tussen het overlijdenskapitaal ‘ door ziekte’ en ‘door ongeval (of plotse aandoening)’, valt enkel het positieve verschil tussen het verzekerd bedrag ‘door ongeval (of plotse aandoening)’ en het verzekerd bedrag ‘door ziekte’ onder de bepalingen van de dekking ‘overlijdenskapitaal bij ongeval (of plotse aandoening)’. Het opgegeven verzekerd bedrag ‘ door ziekte’ vormt samen met het overeenstemmend opgegeven verzekerd bedrag ‘door ongeval (of plotse aandoening)’ de dekking ‘overlijdenskapitaal’ (zie 3.1.1.1).

## 3.1.2. **Draagwijdte van de dekkingen bij overlijden**

### 3.1.2.1. **Dekkingsperiode**

De dekkingsperiode van de dekkingen bij overlijden begint en eindigt uiterlijk op de respectievelijke in het Persoonlijk Certificaat voorziene datums. Tenzij anders is aangegeven op het Persoonlijk Certificaat, begint de dekkingsperiode ten vroegste op de betaaldatum van de eerste of enige premie, zijnde de valutadatum van die premie op de bankrekening van de verzekeraar. Indien de overeenkomst een einddatum heeft, eindigt de dekkingsperiode steeds uiterlijk op die einddatum. Indien de overeenkomst geen einddatum heeft, eindigt de dekkingsperiode uiterlijk bij het zich voordoen van het verzekerd voorval in het kader van de dekking ‘overlijdenskapitaal’ (zie 3.1.1.1).

### **3.1.2.2. Uitgesloten risico's inzake overlijden**

De verzekeraar verleent geen dekking in , het kader van de dekkingen 'overlijdenskapitaal' (zie 3.1.1.1) en 'kapitaal bij opeenvolgend overlijden' (zie 3.1.1.2) als het overlijden het rechtstreekse of onrechtstreekse gevolg is van onderstaande uitgesloten risico's:

- De zelfmoord van de verzekerde is niet gedekt indien deze plaats heeft minder dan één jaar na de inwerkingtreding of de wederinwerkingstelling van de overeenkomst of van het bijvoegsel tot verhoging van de verzekerde prestaties. In dit laatste geval is enkel de verhoging niet gedekt.
- Het overlijden van de verzekerde tengevolge van een ongeval met een luchtvaartuig waarin hij inscheepte als passagier, is gedekt. Mits uitdrukkelijk vermeld op het Persoonlijk Certificaat en conform de op dat ogenblik geldende acceptatievoorwaarden, waarborgt de verzekering eveneens het overlijden van de verzekerde tengevolge van een ongeval met een luchtvaartuig waarin hij inscheepte als lid van het vliegend personeel of als legerpiloot.  
Nooit verzekerd is het overlijden van de verzekerde ingevolge een ongeval met een luchtvaartuig dat geen vliegvergunning heeft voor het vervoer van personen of goederen; van een luchtmacht; het overlijden wordt evenwel gedekt wanneer het een toestel betreft dat op het ogenblik van het ongeval bestemd was voor personenvervoer; dat producten met strategische kenmerken vervoert in streken waar vijandelijkheden aan de gang zijn of opstand heerst; dat zich voorbereidt tot of deelneemt aan een sportwedstrijd; dat proefvluchten uitvoert; van het type 'ultra-licht gemotoriseerd'.
- Er wordt geen dekking verleend voor het overlijden als gevolg van oproer, burgerlijke onlusten, alle collectieve gewelddaden van politieke, ideologische of sociale aard, al dan niet gepaard gaande met opstand tegen de overheid of tegen welke gevestigde macht ook, indien de verzekerde er op vrijwillige en actieve wijze aan deel heeft genomen.
- Er wordt geen dekking verleend voor het overlijden als gevolg van een oorlogsgebeurtenis, dat wil zeggen, een gebeurtenis die het rechtstreekse of onrechtstreekse gevolg is van een offensieve of defensieve actie van een oorlogvoerende mogendheid of van welke andere gebeurtenis van militaire aard ook, burgeroorlog inbegrepen. Dit risico kan evenwel gedekt worden door een bijzondere overeenkomst, mits de omstandigheden dit verantwoorden en mits instemming van de Financial Services and Markets Authority (FSMA). Wanneer de verzekerde overlijdt ten gevolge van een oorlog die uitgebroken is tijdens zijn verblijf in het buitenland, worden de verzekerde prestaties uitgekeerd indien het overlijden gebeurt binnen de eerste 30 dagen na het uitbreken van de vijandelijkheden. Er wordt ook dekking verleend na de termijn van 30 dagen op voorwaarde dat de begunstigde bewijst dat de verzekerde onmogelijk vroeger dit land kon verlaten. Het overlijden is nooit verzekerd, wat er ook de oorzaak van is, wanneer de verzekerde actief deelgenomen heeft aan de vijandelijkheden. De begunstigde moet het bewijs leveren dat de verzekerde niet actief heeft deelgenomen aan de vijandelijkheden.
- Het overlijden van de verzekerde dat rechtstreeks veroorzaakt wordt door een opzettelijke fout van uitzonderlijke ernst waardoor degene die ze begaan heeft, zonder geldige reden wordt blootgesteld aan een gevaar waarvan hij zich bewust had moeten zijn, is niet gedekt.
- Terrorisme in de zin van de wet van 1 april 2007 betreffende de verzekering tegen schade veroorzaakt door terrorisme (deze uitsluiting geldt echter enkel als het overlijden in dit kader veroorzaakt is door wapens of tuigen die bestemd zijn om te ontploffen door de structuurwijziging van de atoomkern).

In het kader van de dekking 'kapitaal bij opeenvolgend overlijden', is er sprake van een uitgesloten risico als minstens één van beide verzekerden overlijdt ingevolge enig voormeld uitgesloten risico.

### **3.1.2.3. Uitgesloten risico's inzake overlijden door ongeval**

De verzekeraar verleent geen dekking in het kader van de dekking 'overlijdenskapitaal bij ongeval' (zie 3.1.1.3.1) in gevolge een risico dat in het kader van de overige dekkingen bij overlijden conform punt 3.1.2.2 zou uitgesloten zijn (zowel toegepast op het overlijden zelf als op het ongeval) of als het overlijden veroorzaakt wordt door een ongeval dat zelf het rechtstreekse of onrechtstreekse gevolg is van één van de volgende omstandigheden waarin de verzekerde verkeert op het ogenblik van het ongeval:

- De staat van dronkenschap of alcoholintoxicatie van minstens 1,6 gr/l bloed of onder invloed van verdovende middelen of drugs verkeerde, tenzij de verzekerde of de begunstigde bewijst dat er geen oorzakelijk verband bestaat tussen het ongeval en deze omstandigheden;
- Het deelnemen van de verzekerde als bestuurder of inzittende van een motorvoertuig aan snelheidswedstrijden of oefenritten daarvan;
- De uitoefening van een sport die als zeer gevaarlijk kan beschouwd worden zoals bobslee, roeien of zeilen op meer dan 500 m van de kust, yachting op meer dan 2 zeemijl van de kust, auto, moto-, of motorbootrennen, waterski, ski met schansspringen, benjispringen, alpinisme;
- De uitvoering van militaire prestaties;
- Een kwaal of een ziekte die niet rechtstreeks en uitsluitend het gevolg is van het ongeval;
- Een heelkundige ingreep die niet noodzakelijk is naar aanleiding van een gedekt ongeval (of als gevolg van een vergiftiging naar aanleiding van een heelkundige bewerking anders dan die welke de verzekerde voor een gedekt ongeval moet ondergaan);
- Een zelfmoord of een poging tot zelfmoord;
- Het vrijwillig deelnemen aan een misdaad of wanbedrijf;
- Een verschijnsel aan te duiden met de naam kernenergie;
- Infecties en besmettingen, tenzij deze rechtstreeks het gevolg zijn van een gedekt ongeval of een hierdoor nodige behandeling ;
- De uitoefening van beroepen waarbij men te maken kan hebben met springstoffen;
- De beroepsmatige uitoefening van een sport.

### **3.1.2.4. Uitgesloten risico's inzake overlijden door plotse aandoening**

De verzekeraar verleent geen dekking in het kader van de dekking 'overlijdenskapitaal bij ongeval of plotse aandoening', wat betreft de uitbreiding naar 'plotse aandoening' (zie 3.1.1.3.2), ingevolge een risico dat in het kader van de overige dekkingen bij overlijden conform punt 3.1.2.2 zou uitgesloten zijn (zowel toegepast op het overlijden zelf als op de plotse aandoening) of als het overlijden veroorzaakt wordt door een plotse aandoening die zelf het rechtstreekse of onrechtstreekse gevolg is van één van de volgende omstandigheden waarin de verzekerde verkeert op het ogenblik van de plotse aandoening:

1. de staat van dronkenschap of alcoholintoxicatie van minstens 1,6 gr/l bloed tenzij de verzekerde of de begunstigde bewijst dat er geen oorzakelijk verband bestaat tussen de plotse aandoening en deze omstandigheden;
2. de deelneming aan weddingschappen, aan uitdagingen, aan een misdaad of aan een wanbedrijf;
3. een vechtpartij voor zover de verzekerde er op vrijwillige en actieve wijze aan deel heeft genomen;
4. Zelfmoord, poging tot zelfmoord of elk letsel door de begunstigde van de waarborg of de verzekerde zelf opzettelijk toegebracht of veroorzaakt ;

5. het gebruik van geneesmiddelen, stimulerende middelen, verdovende middelen of gelijkaardige stoffen, niet conform een medisch voorschrift, evenals wanneer de verzekerde overlijdt wegens het niet in acht nemen van de inname van levensbelangrijke geneesmiddelen;
6. de zich uitbreidende aandoeningen zoals kanker, leukemie, lymfomen;
7. de rechtstreekse of onrechtstreekse effecten van explosie, bestraling, het vrijkomen van warmte afkomstig van de transmutatie van kernen of radioactiviteit. Blijft evenwel gedekt, het overlijden veroorzaakt door bronnen van ioniserende straling, gebruikt of bestemd om te worden gebruikt in een erkende gemedicaliseerde structuur ;
8. een heelkundige ingreep die niet noodzakelijk is naar aanleiding van een gedekt ongeval (of als gevolg van een vergiftiging naar aanleiding van een heelkundige bewerking anders dan die welke de verzekerde voor een gedekt ongeval moet ondergaan).

### **3.1.2.5. Prestaties bij overlijden ingevolge een uitgesloten risico**

Bij het zich voordoen van een verzekerd voorval ingevolge een uitgesloten risico worden enkel de eventuele reserves die gevormd werden in het kader van de dekkingen ‘overlijdenskapitaal’ en ‘kapitaal bij opeenvolgend overlijden’ (zie 7.5) uitgekeerd aan de begunstigde(n) van die dekkingen.

## **3.2. Dekking ‘arbeidsongeschiktheidsuitkering’**

### **3.2.1. Omschrijving van de dekking ‘arbeidsongeschiktheidsuitkering’**

#### **3.2.1.1. Verzekerd voorval**

Als de verzekerde tijdens de dekkingsperiode (zie 3.2.2.1) arbeidsongeschikt wordt (zie 3.2.1.2), heeft de begunstigde, vanaf het verstrijken van de in het Persoonlijk Certificaat vermelde eigenrisicotermijn en dit gedurende de uitkeringsperiode (zie 3.2.1.5), recht op de volledige of gedeeltelijke uitkering van een arbeidsongeschiktheidsrente.

#### **3.2.1.2. Arbeidsongeschiktheid**

Er is sprake van arbeidsongeschiktheid zodra de arbeidsongeschiktheidsdrempel bereikt wordt. De arbeidsongeschiktheidsdrempel is de minimale economische invaliditeitsgraad die moet vastgesteld worden opdat er sprake kan zijn van arbeidsongeschiktheid. De in aanmerking genomen economische invaliditeitsgraad is de werkelijke economische invaliditeitsgraad, verminderd met de economische invaliditeitsgraad voortvloeiend uit of verband houdend met een niet gedekte oorzaak (zie 3.2.1.3.), een uitgesloten risico (zie 3.2.2.3) en/of een niet gedekte voorafbestaande ziekte of aandoening (zie 3.3.2).

Wanneer de oorzaak van de arbeidsongeschiktheid van de verzekerde te wijten is aan een ziekte vermeld in punt 3.2.1.3.2.1. hieronder, is de betaling van de vergoeding onderworpen aan de specifieke voorwaarden vermeld in punt 3.2.1.3.2.1.

Om recht te hebben op tussenkomst van de verzekeraar moet dus de werkelijke economische invaliditeitsgraad, na aftrek van de economische invaliditeitsgraad die voortvloeit uit of verband houdt met een uitgesloten risico en/of een niet-gedekte voorafbestaande ziekte of aandoening, minstens de arbeidsongeschiktheidsdrempel bedragen.

Indien de arbeidsongeschiktheidsdrempel bereikt wordt en er aldus sprake is van arbeidsongeschiktheid, wordt de tussenkomst van de verzekeraar bepaald op basis van de arbeidsongeschiktheidsgraad, zijnde de hoogste van de economische invaliditeitsgraad (verminderd met de economische invaliditeitsgraad voortvloeiend uit of verband houdend met een niet gedekte oorzaak, een uitgesloten risico en/of een niet gedekte voorafbestaande ziekte of aandoening) en de fysiologische invaliditeitsgraad (verminderd met de fysiologische invaliditeitsgraad voortvloeiend uit of verband houdend met een niet gedekte oorzaak, een uitgesloten risico en/of een niet gedekte voorafbestaande ziekte of aandoening). Is de arbeidsongeschiktheidsgraad lager dan 66%, dan is er sprake van een gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid. Bedraagt de arbeidsongeschiktheidsgraad minstens 66%, dan is er sprake van een volledige arbeidsongeschiktheid.

De economische invaliditeitsgraad vertegenwoordigt de mate waarin de arbeidsgeschiktheid van de verzekerde verminderd is tengevolge van een fysiologische invaliditeit, zijnde een aantasting van zijn lichamelijke gaafheid. De economische invaliditeitsgraad wordt vastgelegd rekening houdend met de gehele of gedeeltelijke onmogelijkheid waarin de verzekerde zich tijdelijk of blijvend bevindt om een beroepswerkzaamheid uit te oefenen die verenigbaar is met zijn kennis, bekwaamheden en beroepsantecedenten. Hierbij wordt geen rekening gehouden met de algemene economische toestand noch met enig ander economisch criterium.

De fysiologische invaliditeitsgraad vertegenwoordigt de mate waarin de lichamelijke gaafheid van de verzekerde verminderd is. Deze wordt vastgesteld bij medische beslissing, indien mogelijk op basis van de Officiële Belgische Schaal der Invaliditeiten en de Belgische rechtspraak terzake. De verwijzing naar de fysiologische invaliditeitsgraad heeft enkel een eventuele invloed op de hoogte van de uit te keren of toe te kennen arbeidsongeschiktheidsrenten en doet niets af aan het feit dat deze renten enkel de arbeidsongeschiktheid dekken of geacht worden enkel de arbeidsongeschiktheid te dekken en, zonder afbreuk te doen aan hun forfaitair karakter, tot essentieel doel hebben in een tussenkomst te voorzien bij inkomensverlies.

Een zwangerschap, bevalling, normale pre- of postnatale rust en werkverwijdering die verband houdt met zwangerschap en/of bevalling zonder het gevolg te zijn van een medische aandoening, worden niet als een ziekte beschouwd en zijn dus niet gedekt in het kader van deze overeenkomst.

### **3.2.1.3. Gedekte arbeidsongeschiktheidsorzaken**

De gedekte arbeidsongeschiktheid kan het gevolg zijn van een ongeval en/of een ziekte, naargelang wat werd overeengekomen. Met betrekking tot de ongevallen kan een verder onderscheid gemaakt worden tussen ongevallen van het privéleven en arbeidsongevallen.

#### **3.2.1.3.1. Ongeval**

Voor de betekenis van de term 'ongeval' wordt verwezen naar punt 3.1.1.3.1. Een ongeval is ofwel een arbeidsongeval ofwel een privéongeval.

- Een arbeidsongeval is een ongeval zoals gedefinieerd in de Belgische wetgeving op de arbeidsongevallen, inclusief de ongevallen naar en van de werkplaats. De verwijzing naar de wetgeving op de arbeidsongevallen strekt er enkel toe om het begrip arbeidsongeval te definiëren.
- Een privéongeval is ieder ongeval dat geen arbeidsongeval is.

### 3.2.1.3.2. Ziekte

Een ziekte is elke aantasting van de gezondheid van de verzekerde die te wijten is aan een andere oorzaak dan een ongeval, zoals hiervoor beschreven. Een zwangerschap, bevalling, normale pre- of postnatale rust en werkverwijdering die verband houdt met zwangerschap en/of bevalling zonder het gevolg te zijn van een medische aandoening, worden niet als een ziekte beschouwd en zijn dus niet gedekt in het kader van deze overeenkomst.

#### 3.2.1.3.2.1 Geestesziekten

De ziekte van de verzekerde veroorzaakt door een psychische stoornis. In het kader van deze Algemene Voorwaarden zijn de geestesziekten ingedeeld in twee categorieën, hieronder beschreven. Voor beide categorieën bestaat er een verschillende dekking.

##### A. Psychische stoornissen

Wij verzekeren, na toepassing van een wachtperiode van één jaar vanaf de inwerkingtreding van de overeenkomst, en indien alle voorwaarden cumulatief vervuld zijn:

het gaat om één van de zenuwziekten of psychische stoornissen die hierna limitatief worden opgesomd :

- zware depressie;
- bipolaire stoornis;
- psychotische stoornis;
- algemene angststoornis;
- schizofrenie;
- dissociatieve stoornis;
- obsessieve-compulsieve stoornis;
- anorexie;
- boulimia nervosa.

waarvan de diagnose is vastgesteld door een in België erkende arts in de psychiatrie op basis van organische en medisch verklaarbare symptomen.

##### B. Andere psychische en functionele stoornissen

Wij verzekeren, na toepassing van een wachtperiode van één jaar vanaf de inwerkingtreding van de overeenkomst, en indien alle voorwaarden cumulatief vervuld zijn:

het gaat om één van de stoornissen die hierna limitatief worden opgesomd

- burn out;
- fibromyalgie;
- chronisch vermoeidheidssyndroom;
- psychiatrische complicaties van somatische aandoeningen;
- functionele psychische stoornissen en de gevolgen ervan.

waarvan de diagnose is vastgesteld op basis van organische symptomen en/of medisch verklaarbaar is door een in België erkende arts, gespecialiseerd in deze stoornissen.

De tussenkomst van de verzekeraar wegens een verzekerd voorval dat het resultaat is van een onder punt b) vermelde ziekte kan niet langer duren dan maximum 2 jaar gedurende de ganse duur van de aanvullende verzekering.

#### 3.2.1.3.2.2 Ziekte andere dan een geestesziekte

Hiermee wordt bedoeld: elke aantasting van de gezondheid van de verzekerde die te wijten is aan een andere oorzaak dan een ongeval of die niet te wijten is aan een geestesziekte.

Een zwangerschap, bevalling, normale pre- of postnatale rust en preventieve werkverwijdering die geen verband houdt met een medische aandoening, worden niet als een ziekte beschouwd en zijn dus niet gedekt in het kader van deze overeenkomst.

### **3.2.1.4. Bedrag van de arbeidsongeschiktheidsuitkering (rente)**

#### 3.2.1.4.1. Algemeen

Het bedrag van de arbeidsongeschiktheidsuitkering is gelijk aan het verzekerd bedrag (of de verzekerde bedragen) ervan vanaf het verstrijken van de eigenrisicotermijn (zie ook 3.2.1.5).

Tenzij anders is aangegeven op het Persoonlijk Certificaat, wordt de arbeidsongeschiktheidsuitkering uitgedrukt in een jaarbedrag. Ze wordt in maandelijkse schijven op het einde van iedere maand uitgekeerd dit prorata de arbeidsongeschiktheidsgraad. Voor de eerste en de laatste maand van de effectieve uitkeringsperiode wordt de rente prorata het aantal dagen arbeidsongeschiktheid in de betrokken maanden berekend.

#### 3.2.1.4.2. Arbeidsongeschiktheidsgraad

De arbeidsongeschiktheidsrente(n) wordt (worden) uitgekeerd of toegekend in verhouding tot de arbeidsongeschiktheidsgraad voor zover de arbeidsongeschiktheidsdrempel bereikt wordt. Er vindt een volledige uitkering of toekenning plaats indien de arbeidsongeschiktheidsgraad minstens 66% bedraagt. Wijzigt de arbeidsongeschiktheidsgraad, dan wordt het bedrag van de rente aangepast in functie van de nieuwe arbeidsongeschiktheidsgraad. Zodra de arbeidsongeschiktheidsdrempel niet meer bereikt is, wordt de uitkering of toekenning van de arbeidsongeschiktheidsrente(n) stop gezet. De verzekeraar doet geen (verhoogde) uitkering of toekenning voor een verhoging van de arbeidsongeschiktheidsgraad die optreedt na de dekkingsperiode (zie 3.2.2.1.) en dus ook niet na de beëindiging van de betreffende dekking.

#### 3.2.1.4.3. Progressieprofiel

Er kan in een progressieprofiel van de arbeidsongeschiktheidsrente(n) worden voorzien gedurende het eerste jaar van de arbeidsongeschiktheid. Dit houdt in dat gedurende de progressieperiode maximum het (de) voorziene percentage(s) van de betreffende rente(n) wordt (worden) uitgekeerd, rekening houdend met de arbeidsongeschiktheidsgraad (zie 3.2.1.4.2.).

#### 3.2.1.4.4. Indexatie van de ingegane arbeidsongeschiktheidsrente(n)

Er kan in een indexatie van de ingegane arbeidsongeschiktheidsrente(n) worden voorzien ('indexatie na schade'). In dit geval wordt het bedrag van de betreffende rente(n) jaarlijks verhoogd door vermenigvuldiging van het aanvangsbedrag ervan met een indexatiefactor. Deze factor is gelijk aan  $(1 + \text{indexatiepercentage})$  tot de macht 'n', waarbij 'n' het aantal volledige jaren sinds de aanvangsdatum van de arbeidsongeschiktheid vertegenwoordigt. De eerste indexatie wordt bijgevolg doorgevoerd vanaf de dertiende kalendermaand die volgt op de aanvangsdatum van de arbeidsongeschiktheid.

Zodra de verzekerde niet langer getroffen wordt door een arbeidsongeschiktheid die de toepassing

van de dekking tot gevolg heeft, wordt het verzekerd bedrag van de arbeidsongeschiktheidsrente(n) teruggebracht op het niveau van vóór de arbeidsongeschiktheidsperiode.

#### 3.2.1.4.5. Premievrijstelling in geval van arbeidsongeschiktheid

De waarborgen van de hoofdverzekering evenals de waarborgen van de aanvullende verzekeringen genieten een premievrijstelling tijdens de periode waarin de verzekeraar effectief een arbeidsongeschiktheidsrente uitkeert of toekent.

Het verzekerde bedrag van de waarborg “premiervrijstelling in geval van arbeidsongeschiktheid” wordt als volgt bepaald: (totaalbedrag, op jaarbasis, van de overeengekomen toekomstige premies, exclusief taksen of inhoudingen, min het bedrag van de premies dat normaal bestemd is voor de financiering van de waarborgen in geval van arbeidsongeschiktheid) x de economische invaliditeitsgraad die aanleiding geeft tot de betaling van een arbeidsongeschiktheidsrente.

De dekking wordt voortgezet zonder premiebetaling tegen de arbeidsongeschiktheidsgraad waarvoor de verzekeraar effectief zijn tussenkomst heeft toegezegd.

Echter, wanneer de verplichtingen van de verzekeraar op grond van deze waarborg om een of andere reden slechts worden vastgesteld na het in voege gaan van de toekenning en wanneer de verzekeringnemer ondertussen zelf de premies heeft betaald, betaalt de verzekeraar deze reeds betaalde premies terug aan de verzekeringnemer, indien en in de mate waarin deze ten laste zijn van de verzekeraar op grond van deze waarborg (terugbetaling van de premie).

Wordt de arbeidsongeschiktheidsdrempel niet meer bereikt, dan eindigt de waarborg “premiervrijstelling”. De verzekeraar voert geen (verhoogde) betaling uit of kent geen (verhoogde) premievrijstelling toe in geval van een verhoging van de arbeidsongeschiktheidsgraad die plaatsvindt na de dekkingsperiode en dus niet langer dan het einde van de dekking.

#### 3.2.1.4.6. Minimumdrempel

Voor de waarborg “premiervrijstelling in geval van arbeidsongeschiktheid” evenals voor de waarborg “rente” is de arbeidsongeschiktheid slechts gedekt wanneer een minimale arbeidsongeschiktheidsdrempel van 25% bereikt is.

#### 3.2.1.5. **Uitkeringsperiode**

De verzekeraar is de arbeidsongeschiktheidsrente verschuldigd vanaf het verstrijken van de eigenrisicotermijn (zie ook 3.2.1.1.). De eigenrisicotermijn is de termijn die begint te lopen vanaf het ogenblik dat het verzekerde risico zich voordoet en tijdens dewelke de verzekerde nog geen enkele vergoeding ontvangt van de verzekeraar. De overeengekomen eigenrisicotermijn wordt vermeld in het Persoonlijk Certificaat. Onder “zelfstandige” moet worden verstaan : elke natuurlijke persoon die een beroepsactiviteit uitoefent waarvoor hij niet door een arbeidsovereenkomst gebonden is of waarvoor zijn situatie niet unilateraal door de overheid geregeld is.

Voor zelfstandigen, alsook voor alle andere categorieën van verzekerden (bijvoorbeeld : werknemers, ambtenaren), bedraagt de minimum eigenrisicotermijn 30 dagen.

Er kan echter ook in een afkoop van de eigenrisicotermijn worden voorzien, in welk geval de betreffende renten - retroactief - vanaf de aanvangsdatum van de arbeidsongeschiktheid worden uitgekeerd of toegekend op voorwaarde dat de verzekerde nog steeds arbeidsongeschikt is bij het verstrijken van deze eigenrisicotermijn met afkoop. De afkoop van de eigenrisicotermijn wordt vermeld in het Persoonlijk Certificaat.

De arbeidsongeschiktheidsrente wordt uiterlijk uitgekeerd tot het einde van de in het Persoonlijk Certificaat vermelde uitkeringsperiode (als de uitkeringsperiode er wordt uitgedrukt als een looptijd - in jaren - wordt die looptijd gerekend vanaf de aanvangsdatum van de arbeidsongeschiktheid en dus niet vanaf het verstrijken van de eigenrisicotermijn). De uitkeringsperiode eindigt echter steeds ten laatste op een van de volgende tijdstippen:

- » zodra de in aanmerking genomen economische invaliditeitsgraad onder de 'arbeidsongeschiktheidsdrempel' daalt (zie 3.2.1.2) ;
- » op de einddatum van de hoofdverzekering waaraan de aanvullende arbeidsongeschiktheidsverzekering is gekoppeld ;
- » op de einddatum van de overeenkomst;
- » bij het overlijden van de verzekerde.

### **3.2.1.6. Herval**

Er is sprake van herval als een arbeidsongeschiktheid aanvangt binnen drie maanden volgend op het einde van een vorige periode van arbeidsongeschiktheiden te wijten is aan dezelfde oorzaak als die vorige periode van arbeidsongeschiktheid. Bij herval wordt de vorige periode van arbeidsongeschiktheid mee in aanmerking genomen voor de berekening van de eigenrisicotermijn.

Indien een ingegane arbeidsongeschiktheidsrente stijgt (door 'indexatie na schade' of toepassing van een 'progressieprofiel'), wordt de uit te keren of toe te kennen rente bij herval berekend alsof er geen onderbreking van de arbeidsongeschiktheid is geweest en waarbij de tussenliggende periode wordt meegeteld voor de toepassing van de 'indexatie na schade' en/of het 'progressieprofiel'.

## **3.2.2. Draagwijdte van de dekking 'arbeidsongeschiktheidsuitkering'**

### **3.2.2.1. Dekkingsperiode**

De dekkingsperiode van de dekking 'arbeidsongeschiktheidsuitkering' begint en eindigt uiterlijk op de respectievelijke in het Persoonlijk Certificaat voorziene datums. Tenzij anders is aangegeven op het Persoonlijk Certificaat, begint de dekkingsperiode ten vroegste op de betaaldatum van de eerste of enige premie, zijnde de valutadatum van die premie op de bankrekening van de verzekeraar. Indien de overeenkomst een einddatum heeft, eindigt de dekkingsperiode steeds uiterlijk op die einddatum. Indien de overeenkomst geen einddatum heeft, eindigt de dekkingsperiode uiterlijk bij het zich voordoen van het verzekerd voorval in het kader van de dekking 'overlijdenskapitaal' (zie 3.1.1.1).

### **3.2.2.2. Geografische uitgestrektheid**

De dekking 'arbeidsongeschiktheidsuitkering' is in principe geldig over de hele wereld. In de landen die geen deel uitmaken van de Europese Unie verleent de verzekeraar echter slechts dekking voor zover hij, volgens zijn eigen beoordeling, zonder buitengewone kosten of moeilijkheden het vereiste medische toezicht kan (blijven) uitoefenen.

### **3.2.2.3. Uitgesloten risico's**

De verzekeraar verleent geen dekking en doet bijgevolg geen uitkering in het kader van de waarborg 'arbeidsongeschiktheidsuitkering' ingevolge een risico dat in het kader van de diverse waarborgen bij overlijden (ook door ongeval) conform de punten 3.1.2.2 en 3.1.2.3 zou uitgesloten zijn (zowel toegepast op de arbeidsongeschiktheid zelf als op de oorzaak ervan) of als de arbeidsongeschiktheid zelf dan wel de oorzaak ervan het rechtstreekse of onrechtstreekse gevolg is van :

- » een reeds bestaande situatie;
- » psychische stoornissen, met uitzondering van deze uitdrukkelijk vermeld onder 3.2.1.3.2.1;
- » een allergische aandoening die geen fysiologische invaliditeitsgraad van meer dan 25% vertegenwoordigt
- » behandelingen die de verzekerde op zichzelf heeft toegepast, behalve daden van normale persoonlijke verzorging;
- » een poging tot zelfmoord.

## **3.3. Algemene bepalingen**

### **3.3.1. Correcte gegevensverstrekking**

Bij het sluiten, het verhogen of de wederinwerkingstelling van de dekkingen moeten de verzekeringnemer en de verzekerde(n) alle hen bekende gegevens die zij redelijkerwijs moeten beschouwen als gegevens die van invloed kunnen zijn op de beoordeling van de risico's door de verzekeraar, aan deze laatste in alle oprechtheid en zonder verzwijging meedelen. Het gaat hierbij onder meer om de beroepsactiviteit, uitgeoefende sporten en andere activiteiten, alsook om de ziekten en aandoeningen die al gediagnosticeerd zijn of waarvan minstens de symptomen zich al hebben gemanifesteerd.

Bij onjuistheid van de opgegeven geboortedatum van de (een) verzekerde, kan de verzekeraar de risicopremies en/of de verzekeringsprestaties (in voorkomend geval retroactief) aanpassen op basis van de tariefelementen in functie van de juiste geboortedatum. In geval van andere onopzettelijke verzwijgingen of onopzettelijke onjuiste verklaringen dan die met betrekking tot de geboortedatum, zijn hierop de wettelijke bepalingen terzake van toepassing, en dit gedurende het eerste jaar na het sluiten, na de inwerkingtreding van een niet initieel overeengekomen verhoging (wat betreft die verhoging), respectievelijk na de wederinwerkingstelling van de dekkingen 'overlijdenskapitaal' en 'kapitaal bij opeenvolgend overlijden' en, onverminderd andersluidende dwingende bepalingen, gedurende de volledige looptijd van de overeenkomst wat betreft de overige dekkingen (aanvullende verzekeringen).

Specifiek in het kader van de dekking 'arbeidsongeschiktheidsuitkering' (zie 3. 2) moet de verzekerde, niet alleen bij het sluiten, het verhogen of de wederinwerkingstelling van de dekking, maar ook gewoon tijdens de looptijd van de dekking, de verzekeraar onmiddellijk in kennis stellen van iedere daling van zijn beroepsinkomen of van het feit dat hij bij een andere verzekeringsmaatschappij een verzekering gesloten heeft of sluit die een zelfde of soortgelijk risico dekt of bij een (andere) pensioeninstelling een dergelijke dekking geniet. De verzekeraar kan op basis hiervan het verzekerd bedrag van de dekking verminderen of de dekking zelfs beëindigen. Indien de verzekerde nalaat de verzekeraar in kennis te stellen van een daling van zijn beroepsinkomen of van het feit dat hij ook bij een andere verzekeringsmaatschappij of pensioeninstelling gedekt is voor een zelfde of soortgelijk risico, kan de verzekeraar bij een schadegeval zijn tussenkomst verminderen of zelfs weigeren.

Elke fraude, opzettelijke verzwijging of opzettelijke onjuiste verklaring heeft de nietigheid van de betreffende dekking(en) tot gevolg. De premies die vervallen zijn tot op het ogenblik waarop de verzekeraar hiervan kennis krijgt, komen hem toe. De aandacht wordt er op gevestigd dat de wetgeving ook in geval van onopzettelijke verzwijgingen of onopzettelijke onjuiste verklaringen voorziet in sancties die, afhankelijk van de situatie, kunnen oplopen tot een weigering van de verzekeraar om tussenkomst te verlenen.

### **3.3.2. Aanvaarding van de dekkingen door de verzekeraar en voorafbestaande ziekten en aandoeningen**

De dekkingen en enige verhoging van het nominaal verzekerd bedrag ervan zijn onderworpen aan de algemene aanvaardingscriteria van de verzekeraar. De dekkingen zijn slechts verzekerd indien zij voorkomen op het Persoonlijk Certificaat of in een andere door de verzekeraar schriftelijk uitgebrachte bevestiging.

Indien verklaringen van de verzekeringnemer(s) of de verzekerde(n), medische formaliteiten en/of onderzoeken ter gelegenheid van het sluiten, het verhogen of de wederinwerkingstelling van de dekkingen een bestaande ziekte of aandoening vermelden, aan het licht brengen of op basis van symptomen waarschijnlijk maken, is die gedekt, tenzij schriftelijk tegenbericht van de verzekeraar met vermelding van de ziekte of aandoening waarvoor de (verhoging van de) dekking niet wordt verleend.

Indien de verzekeraar voor een dekking een bijpremie aanreket en/of een dekking geheel of gedeeltelijk (bijvoorbeeld voor een welbepaalde ziekte of aandoening) weigert, wordt die bijpremie en/of weigering, tenzij anders overeengekomen, ook toegepast op elke latere verhoging van de betreffende dekking(en).

### **3.3.3. Verzwaring van de risicograad**

Indien uit enig document blijkt dat bij de aanvaarding van een dekking door de verzekeraar of bij de berekening van het tarief van een dekking rekening werd gehouden met bepaalde kenmerken van de verzekerde (rookgedrag, beroepsactiviteit, sociaal statuut, uitgeoefende sporten, woonplaats, enz.), dan moet iedere wijziging hiervan die een verzwaring van het risico voor de verzekeraar inhoudt binnen 30 dagen spontaan aan de verzekeraar schriftelijk worden meegedeeld. De verzekeraar is ook gerechtigd om de verzekeringnemer en/of de verzekerde over eventuele wijzigingen van de voormelde kenmerken van de verzekerde te bevragen, in welk geval de verzekeringnemer en/of de verzekerde ertoe gehouden is/zijn binnen de aangegeven termijn hierop te antwoorden.

Mocht de verzwaring van het betreffende risico van zodanige aard zijn dat de verzekeraar deze dekking tegen andere voorwaarden zou hebben verleend, dan stelt hij binnen 1 maand vanaf de voormelde kennisgeving voor om de voorwaarden van de dekking aan te passen met uitwerking op de datum van de verzwaring van het risico.

Indien het voorstel van de verzekeraar geweigerd of niet aanvaard wordt binnen een termijn van 1 maand te rekenen vanaf de ontvangst van dit voorstel, kan de verzekeraar de betreffende dekking met een aangetekend schrijven opzeggen binnen 15 dagen. Indien echter de verzekeraar het bewijs kan leveren dat hij de dekking onder de gewijzigde omstandigheden niet zou hebben verleend, kan hij binnen een termijn van 1 maand, te rekenen vanaf de dag waarop hij van de verzwaring kennis heeft gekregen, met een aangetekend schrijven de dekking opzeggen.

Mocht een schadegeval plaats vinden voordat de verzwaring van het risico aan de verzekeraar werd gemeld, dan wordt de uitkering, als het niet spontaan meedelen van de verzwaring van het risico

kan verweten worden of als die niet zou gemeld zijn in antwoord op een bevraging hierover door de verzekeraar, geregeld op basis van de prestaties die verzekerd zouden zijn geweest met de werkelijk betaalde premie, rekening houdend met de gewijzigde kenmerken van het risico. Indien echter de verzekeraar het bewijs kan leveren dat hij de dekking onder de gewijzigde omstandigheden niet zou hebben verleend, dan kan hij de prestatie beperken tot de terugbetaling van alle betaalde premies voor het betreffende risico. Indien het niet spontaan meedelen van een verzwaaring van het risico of het niet melden ervan in antwoord op een bevraging hierover door de verzekeraar met bedrieglijk opzet geschiedt, kan de verzekeraar zijn uitkering weigeren en komen alle premies die op het ogenblik waarop hij kennis krijgt van de bedrieglijke verzwijging al vervallen zijn, hem toe als schadevergoeding. De bepalingen van dit punt gelden niet met betrekking tot de verslechtering van de gezondheidstoestand van de verzekerde en gelden, wat betreft de dekking 'arbeidsongeschiktheidsuitkering', slechts met inachtneming van de specifieke dwingende wettelijke beperkingen inzake 'ziekteverzekeringen'.

### **3.3.4. Aangifte van een schadegeval**

Elk schadegeval (overlijden, ongeval of plotse aandoening met dodelijke afloop of arbeidsongeschiktheid in hoofde van enige verzekerde) moet bij de verzekeraar via het daartoe bestemde formulier uiterlijk binnen 30 dagen aangegeven worden. Bij laattijdige aangifte kan de verzekeraar, tenzij genoegzaam wordt aangetoond dat de aangifte van het schadegeval zo snel dit redelijkerwijs mogelijk is werd ingediend, zijn tussenkomst verminderen met het door hem geleden nadeel.

De aangifte moet vergezeld zijn van alle originele documenten, attesten en rapporten die het bestaan en de ernst van het schadegeval kunnen aantonen. De verzekeraar kan hiertoe elk bijkomend stuk vorderen. Bij overlijden moet er ook een medisch attest worden gevoegd volgens het volledig ingevulde model van de verzekeraar met vermelding van de overlijdensoorzaak. Alle belanghebbenden bij de tussenkomst van de verzekeraar moeten elke mogelijke medewerking verlenen zodat de door de verzekeraar nuttig geacht te onderzoeken en controles zo vlot mogelijk kunnen uitgevoerd worden, moeten elke arts die aan de verzekerde zorgen (heeft) verstrekt verzoeken om hen alle door de verzekeraar gevraagde inlichtingen te verstrekken (bij arbeidsongeschiktheid geldt dit alles zowel bij het ontstaan van de arbeidsongeschiktheid als in het kader van de latere medische opvolging ervan) en moeten de aldus verkregen inlichtingen onverwijld overmaken aan de adviserende arts van de verzekeraar. Bij arbeidsongeschiktheid moeten alle maatregelen om de genezing te bespoedigen zo snel mogelijk genomen worden en moeten de voorgeschreven medische behandelingen gevolgd worden. Indien aan één van deze verplichtingen niet wordt voldaan, kan de verzekeraar zijn tussenkomst geheel of gedeeltelijk weigeren of onderbreken.

Bij de uitkering van een arbeidsongeschiktheidsrente heeft zowel de verzekerde als de verzekeraar steeds het recht om de in aanmerking genomen economische invaliditeitsgraad aan een herziening te onderwerpen. Elke wijziging in de gezondheidstoestand van de verzekerde die een vermindering van de economische invaliditeitsgraad veroorzaakt of zou kunnen veroorzaken, moet binnen 15 dagen spontaan aan de verzekeraar worden gemeld. Zoniet eist de verzekeraar de terugbetaling van elke ten onrechte uitgekeerde of toegekende som, verhoogd met de wettelijke intresten.

Indien valse getuigschriften worden voorgelegd, valse verklaringen worden afgelegd of opzettelijk bepaalde feiten of omstandigheden worden verzwegen of niet vermeld die duidelijk van belang zijn bij de beoordeling van de verplichtingen van de verzekeraar, kan hij zijn tussenkomst weigeren of stopzetten en elke ten onrechte uitgekeerde som terugvorderen, verhoogd met de wettelijke intresten.

## 4. RECHTEN VAN DE VERZEKERINGNEMER

### 4.1. Algemene bepalingen

De verzekeringnemer geniet tijdens de looptijd van de overeenkomst een aantal rechten. De belangrijkste worden in de volgende punt en beschreven (wat betreft de individuele pensioentoezeggingsverzekering wordt er ook verwezen naar een aantal specifieke bepalingen in punt 6.2). De toepassing van wettelijke of conventionele bepalingen kan echter voor gevolg hebben dat de uitoefening van bepaalde rechten verboden is, geschorst wordt of de toestemming vergt van één of meerdere derden (zoals bij inpandgeving, aanvaarding van begunstiging, enz.). In voor komend geval moet een vraag tot uitoefening of een opdracht tot uitvoering van een recht derhalve mee ondertekend worden door de derde(n) die zijn (hun) toestemming moet(en) geven opdat de vraag of de opdracht als geldig zou beschouwd worden. Indien dit niet het geval is of, meer algemeen, in alle gevallen waarin de verzekeraar om enige reden geen (onmiddellijk) gevolg kan geven aan een vraag tot uitoefening of een opdracht tot uitvoering van een recht, licht hij de verzekeringnemer hierover zo snel mogelijk in en deelt hij hem de reden hiervan mee.

Als er twee verzekeringnemers zijn, vergt elke vraag tot uitoefening of elke opdracht tot uitvoering van een rechten, meer algemeen, elke handeling of verrichting waarvoor het (schriftelijk) akkoord nodig is van de verzekeringnemer, het (schriftelijk) akkoord van beide verzekeringnemers.

### 4.2. Opzegging

De verzekeringnemer kan de overeenkomst opzeggen met een gedateerde en ondertekend aangetekend schrijven, gericht aan de verzekeraar:

- hetzij binnen 30 dagen te rekenen vanaf de datum van inwerkingtreding van de overeenkomst;
- hetzij, als uit het onderschrijvingsformulier blijkt dat de overeenkomst wordt gesloten tot waarborg of wedersamenstelling van een door de verzekeringnemer aangevraagd krediet, binnen 30 dagen te rekenen vanaf het ogenblik waarop hij verneemt dat het aangevraagde krediet niet wordt toegekend.

Bij opzegging eindigt de overeenkomst en stort de verzekeraar de betaalde premies, verminderd met de al verbruikte risicopremies en, in de eerste voormelde hypothese van opzegging, na aanrekening van de kosten voor medische onderzoeken, terug aan de verzekeringnemer (zie ook 7.8).

### 4.3. Aanduiding en wijziging van de begunstigten

De verzekeringnemer duidt de begunstigde(n) aan en kan de oorspronkelijk aangeduide begunstigde(n) wijzigen (zie ook 5). De wijziging van de begunstigten moet vervat zijn in een gedateerd en ondertekend geschrift. Om tegenstelbaar te zijn aan de verzekeraar, moet dit geschrift hem worden overgemaakt.

### 4.4. Afkoop

Het afkooprecht geldt enkel indien het Persoonlijk Certificaat dit expliciet zo aangeeft. Bij gebrek aan dergelijke expliciete bepaling, is er geen afkooprecht. Indien het afkooprecht geldt, kunnen de in punt 7.5 bedoelde reserves van de overeenkomst worden afgekocht, in welk geval de overeenkomst wordt beëindigd. De afkoop wordt aangevraagd met een gedateerd en ondertekend afkoopformulier dat de verzekeraar op eenvoudig verzoek ter beschikking stelt. Dit formulier geldt als regelingskwijting zodra de verzekeraar de afkoopwaarde heeft uitgekeerd.

Bij afkoop wordt een afkoopvergoeding aangerekend, die gelijk is aan het maximum van:

- 75,00 EUR (dit bedrag wordt in functie van het gezondheidsindexcijfer der consumptieprijzen (basisindex = indexcijfer september 2008) geïndexeerd; het indexcijfer dat in aanmerking wordt genomen is dat van de tweede maand van het trimester dat de afkoopdatum voorafgaat) en
- 5% van het bedrag van de afgekochte brutoreserve (als de overeenkomst een einddatum heeft, wordt deze tweede term desgevallend beperkt tot 1% van de afgekochte brutoreserve vermenigvuldigd met de - in jaren uitgedrukte - nog te lopen duur van de overeenkomst tot diens einddatum).

#### 4.5. Voorschot en inpandgeving

De verzekeringnemer heeft geen recht op een voorschot op de voorziene uitkeringen, maar kan de rechten voortvloeiend uit de overeenkomst wel in pand geven.

### 5. RECHTEN VAN DE BEGUNSTIGDE(N)

De begunstigde(n) geniet(en) de volgende rechten:

- het recht op de verzekeringsprestaties zoals bepaald in punt 3;
- het recht om de begunstiging van die verzekeringsprestaties al vóór hun opeisbaarheid te aanvaarden door middel van een door hem (hen), de verzekeringnemer en de verzekeraar ondertekend bijvoegsel aan het Persoonlijk Certificaat of desgevallend via een bepaling in die zin die rechtstreeks verwerkt is in het Persoonlijk Certificaat zelf (de aanvaarding van de begunstiging heeft, tenzij in die gevallen waarin de wet herroeping toestaat, onder meer als gevolg dat de opzegging, de herroeping en wijziging van de begunstiging, de afkoop en de inpandgeving slechts mogelijk zijn mits de schriftelijke toestemming van de aanvaardende begunstigde).

### 6. INDIVIDUELEPENSIOENTOEZEGGINGSVERZEKERING

#### 6.1. Situering

De individuelepensioentoezeggingsverzekering (verder afgekort als 'IPT-verzekering') is een verzekering die gesloten wordt door een rechtspersoon op het hoofd van een zogeheten 'regelmatig en minstens maandelijks bezoldigde zelfstandige bedrijfsleider' (ook 'aangeslotene' genoemd), in het voordeel van de als begunstigten aangeduide personen van de diverse dekkingen bij overlijden (zie 3. 1) en in het voordeel van de bedrijfsleider wat betreft de dekking 'arbeidsongeschiktheidsuitkering' (zie 3.2). In het kader van de dekking 'kapitaal bij opeenvolgend overlijden' (zie 3.1.1.2), treedt naast de aangeslotene ook een andere persoon als medeverzekerde op.

De premies zijn volledig ten laste van de verzekeringnemer. Hieronder worden de specifieke regels beschreven die gelden voor de IPT-verzekering. Indien of in de mate dat zij onverenigbaar zijn met andere bepalingen van deze algemene voorwaarden, hebben zij er voorrang op.

## 6.2. Rechten van de verzekeringnemer en van de begunstigen

In het kader van de IPT-verzekering, draagt de verzekeringnemer aan de aangeslotene het recht over om de begunstigen te wijzigen. Deze wijziging van begunstigen geschiedt onder de verantwoordelijkheid van de aangeslotene.

In het kader van de IPT-verzekering, draagt de verzekeringnemer aan de aangeslotene ook het recht over om de overeenkomst af te kopen, althans indien het afkooprecht geldt (zie 4.4) en met dien verstande dat de aangeslotene, onverminderd andere contractuele en wettelijke beperkingen, het afkooprecht slechts kan uitoefenen als hij uit dienst is getreden bij de verzekeringnemer.

In het kader van de IPT-verzekering, draagt de verzekeringnemer aan de aangeslotene tevens het recht over om de overeenkomst te laten aanwenden als waarborg voor een vastgoedlening, mits eerbiediging van de Belgische fiscale wetgeving terzake. Die wetgeving stelt meer bepaald dat een inpandgeving (met inbegrip van een overdracht van rechten aan een derde) slechts mogen worden toegestaan om het de aangeslotene mogelijk te maken in de Europese Economische Ruimte gelegen onroerende goederen die belastbare inkomsten opbrengen te verwerven, te (ver)bouwen, te verbeteren of te herstellen. Bovendien moet de lening terugbetaald worden zodra de voormelde goederen uit het vermogen van de aangeslotene verdwijnen.

Voor de aanvaarding van de begunstiging (zie 5) is ook de instemming van de aangeslotene vereist.

## 6.3. Premiebetaling / uitdiensttreding

Onverminderd de toepassing van andere wettelijke en contractuele bepalingen en ondanks het feit dat de premiebetaling in de verhouding tussen de verzekeringnemer en de verzekeraar niet verplicht is, kan de verzekeringnemer in zijn relatie tot de aangeslotene slechts de premiebetaling stopzetten mits het akkoord van de aangeslotene. Bij uitdiensttreding van de aangeslotene als 'zelfstandige bedrijfsleider' van de verzekeringnemer wordt echter de premiebetaling automatisch stopgezet (zodra hij er kennis van heeft, licht de verzekeringnemer de verzekeraar in over de uitdiensttreding van de aangeslotene). De bepalingen van punt 7.6 zijn dan overeenkomstig van toepassing.

# 7. DIVERSE BEPALINGEN

## 7.1. Juridische aard van de dekkingen

De dekking 'overlijdenskapitaal' en de eventuele dekking 'kapitaal bij opeenvolgend overlijden' van de overeenkomst (of van de samengevoegde overeenkomsten; zie 7.2) vormen samen de hoofdovereenkomst. Alle andere dekkingen zijn aanvullende verzekeringen ten opzichte van de hoofdovereenkomst. Dit houdt onder meer het volgende in:

- de verzekeringnemer heeft, in zijn verhouding met de verzekeraar, het recht om op elk moment en onafhankelijk van het verloop van de hoofdovereenkomst, de aanvullende verzekeringen te beëindigen;
- de bepalingen van de algemene voorwaarden betreffende de hoofdovereenkomst gelden eveneens voor de aanvullende verzekeringen, tenzij hiervan wordt af geweken of tenzij uit het zinsverband blijkt dat zij enkel betrekking hebben op de hoofdovereenkomst;

- de opzegging of de afkoop van de hoofdovereenkomst brengt van rechtswege de beëindiging van de aanvullende verzekeringen mee;
- de stopzetting van de premiebetaling voor de hoofdovereenkomst impliceert van rechtswege de stopzetting van de premiebetaling voor de aanvullende verzekeringen.

De aanvullende verzekeringen hebben noch afkoopwaarde, noch reductie- of omzettingswaarde.

Bij het zich voordoen van het verzekerd voorval in het kader van de dekking ‘overlijdenskapitaal’, worden alle dekkingen (en dus ook de overeenkomst zelf) automatisch beëindigd, tenzij eventueel de dekking ‘kapitaal bij opeenvolgend overlijden’ (zie 3.1.1.2). Uitkeringen in het kader van een lopend schadegeval in het kader van de dekking ‘arbeidsongeschiktheidsuitkering’ worden ook automatisch stopgezet (zie 3.2.1.4).

## 7.2. Samenvoeging

Verskillende overeenkomsten kunnen, mits het akkoord van de verzekeraar, worden samengevoegd. De samenvoeging blijkt uit de vermelding van die overeenkomsten op hetzelfde Persoonlijk Certificaat en houdt in dat de betreffende overeenkomsten, hoewel ze vanuit een fiscaal-juridisch oogpunt gescheiden blijven, vanuit een verzekeringstechnisch oogpunt als een eenheid worden beschouwd. Dit impliceert onder meer dat de dekkingen gelden voor alle samengevoegde overeenkomsten samen en dat het aanvullend karakter van de aanvullende verzekeringen (zie 7.1) beschouwd wordt ten opzichte van alle samengevoegde overeenkomsten.

## 7.3. Belastingen

De verzekeraar kan alle belastingen, bijdragen en lasten van welke aard ook die kunnen worden geheven op de premies, de reserves of welke uitkering ook, ten laste van de verzekeringnemer of de begunstigde(n) leggen.

## 7.4. Persoonlijk certificaat

De verzekeraar brengt bij de inwerkingtreding en bij iedere wijziging van de overeenkomst een (geactualiseerd) Persoonlijk Certificaat uit dat hij overmaakt aan de verzekeringnemer (het laatst uitgereikte document vervangt telkens het vorige). Het Persoonlijk Certificaat geeft een overzicht van de belangrijkste gegevens (premiebedrag, dekkingen, enz.) van de (samengevoegde) overeenkomst(en). De verzekeringnemer wordt verondersteld volledig akkoord te gaan met de inhoud van zijn Persoonlijk Certificaat en de latere versies hiervan, tenzij hij binnen 30 dagen na aflevering ervan door de verzekeraar, deze laatste zijn schriftelijke opmerkingen overmaakt.

## 7.5. Reservevorming / risicopremies / tariefwijziging

Indien het Persoonlijk Certificaat aangeeft dat het afkooprecht van toepassing is (zie 4.4), wordt, na afhouding van eventuele instapkosten, belastingen en risicopremies voor de dekkingen ‘overlijdenskapitaal bij ongeval (of plotse aandoening)’ en ‘arbeidsongeschiktheidsuitkering’, de net topremie aangewend voor de vorming van reserves. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen:

- de pensioenreserves, die gevormd worden door de premies die bestemd zijn voor de financiering van de dekking ‘overlijdenskapitaal’ (zie 3.1.1.1);
- de reserves-opeenvolgend overlijden, die gevormd worden door de premies die bestemd zijn voor de financiering van de dekking ‘kapitaal bij opeenvolgend overlijden’ (zie 3.1.1.2).

De verzekeraar kan, mits er geen juridische, fiscale of beheersmatige obstakels toe zijn, beide soorten reserves 'fuseren' of overhevelen van een bestemming naar een andere. De risicopremies voor de dekkingen 'overlijdenskapitaal bij ongeval (of plotse aandoening)' en 'arbeidsongeschiktheidsuitkering' worden rechtstreeks afgehouden van de betaalde premies (zie hierboven). De verzekeraar onttrekt dan aan de reserves die hiervoor bestemd zijn (zie hierboven) de risicopremies voor de andere dekkingen. Die laatste risicopremies zijn de benodigde premies om de betreffende dekkingen te verzekeren voor een periode van telkens één maand. Zij worden in principe in het begin van iedere maand onttrokken. In geval van samenvoeging van verschillende overeenkomsten (zie 7. 2) gebeurt die onttrekking, onder voorbehoud van eventuele fiscale, juridische en andere beperkingen of verplichtingen, proportioneel met de op de onttrekkingsdatum gevormde reserves (die voor de respectievelijke dekkingen bestemd zijn) van de verschillende samengevoegde overeenkomsten.

Indien het Persoonlijk Certificaat niet aangeeft dat het afkooprecht van toepassing is (zie 4. 4), worden eveneens reserves gevormd zoals hiervoor aangegeven, zij het dat zij niet afkoopbaar of overdraagbaar zijn en dat zij geen recht geven op reductie (zie 7.6.2).

Onverminderd de eventuele toepassing van bijpremies voor verhoogde risico's (zie 3.3.2), zijn de gehanteerde tarieven voor de berekening van de premies deze die de verzekeraar bij de Financial Services and Markets Authority (FSMA) heeft neergelegd. Naast individuele premieverhogingen in het kader van een verzwaring van de risicograad (zie 3.3.3), kan de verzekeraar op ieder ogenblik in de loop van de overeenkomst de tarieven voor de berekening van de premies, zij het met inachtneming van de eventuele dwingende beperkingen terzake, om gegronde redenen en op een redelijke en proportionele wijze, verhogen in het kader van een al gemene herziening er van voor de categorie verzekeringen waartoe de overeenkomst behoort, zo onder meer:

- indien de verzekeraar daartoe krachtens wettelijke of reglementaire bepalingen wordt verplicht;
- indien enige wetswijziging, enig optreden van de controle-overheid, enige rechtspraak, enz. de draagwijdte van de dekking(en) of de verplichtingen van de verzekeraar zou uitbreiden;
- indien de verzekeraar van oordeel is dat het financiële evenwicht van zijn verzekerde portefeuille in gevaar wordt gebracht door enige wetswijziging, enig optreden van de controle-overheid, enige rechtspraak, enz., of nog, door een stijging van de risicograad van de betreffende verzekerde gebeurtenis(sen) bij de bevolking, de populatie van de Belgische verzekeringsmarkt of in de eigen portefeuille (of een segment ervan);
- indien enige wetswijziging, enig optreden van de controle-overheid, enige rechtspraak, enz. bepaalde segmentatiecriteria zou verbieden;
- indien zich omstandigheden voordoen die de verzekeraar volgens de wettelijke of reglementaire bepalingen toelaten om over te gaan tot een tariefaanpassing.

De verzekeraar kan ook de in het tarief verwerkte kosten en intrestvoeten aanpassen als hij kan aantonen dat de kostprijs om een overeenkomst te beheren gestegen is sinds de onderschrijvingsdatum van de overeenkomst of indien de toegepaste intrestvoet niet langer marktconform is. In de specifieke context van het fiscaal stelsel van het pensioensparen, kan een tariefverhoging, in de mate dat hierdoor de maximumpremie welke voor het pensioensparen kan worden aangewend hierdoor wordt overschreden, voor gevolg hebben dat de verzekeraar ertoe gebracht wordt om de tariefverhoging geheel of gedeeltelijk onder te brengen in een andere overeenkomst met een ander fiscaal-juridisch regime.

## 7.6. Premiewanbetaling / uitputting van de reserves

### 7.6.1. Hypothese 1: het afkooprecht is van toepassing

Indien het Persoonlijk Certificaat aangeeft dat het afkooprecht van toepassing is (zie 4.4), worden, vanaf de eerste onbetaalde premievervaldag, voor het behoud van de dekkingen 'overlijdenskapitaal' en 'kapitaal bij opeenvolgend overlijden' (zie 3.1.1.1 en 3.1.1.2), de nodige risicopremies verder onttrokken aan de betreffende reserves van de (samengevoegde) overeenkomst(en) tot respectievelijke uitputting ervan. Na uitputting van de betrokken reserves worden de betreffende dekkingen beëindigd, maar ten vroegste 30 dagen nadat de verzekeraar de verzekeringnemer hierover met een aangetekend schrijven heeft ingelicht (zie echter 7.6.3). De dekkingen 'overlijdenskapitaal bij ongeval (of plotse aandoening)' en 'arbeidsongeschiktheidsuitkering' worden beëindigd 30 dagen na dat de verzekeraar de verzekeringnemer hierover met een aangetekend schrijven heeft ingelicht (zoals aangegeven in punt 7.1, hebben die dekkingen geen reductiewaarde) (zie echter 7.6.3).

Indien de verzekeraar om enige reden vaststelt dat de reserves ontoereikend zijn om de nodige risicopremies voor de betreffende dekking(en) verder te onttrekken, kan hij die dekking(en) vervroegd beëindigen. De vervroegde beëindiging heeft nochtans slechts ten vroegste uitwerking 30 dagen nadat de verzekeraar de verzekeringnemer hierover met een aangetekend schrijven heeft ingelicht (zie echter 7.6.3).

### 7.6.2. Hypothese 2: het afkooprecht is niet van toepassing

Indien het Persoonlijk Certificaat niet aangeeft dat het afkooprecht van toepassing is (zie 4.4), wordt de verzekeringnemer bij niet betaling van de voorziene premies met een aangetekend schrijven verwittigd over de gevolgen van de niet betaling. Indien de premies nog steeds onbetaald zijn gebleven 30 dagen na de verzending van die aangetekende brief, wordt de overeenkomst op dat ogenblik automatisch beëindigd (zie echter 7.6.3).

### 7.6.3. Voortzetting van de dekkingen

Wanneer een dekking eindigt in omstandigheden als bedoeld in de punten 7.6.1 en 7.6.2, heeft de verzekerde het recht om de verzekering individueel voort te zetten in het kader van een andere verzekering tot uiterlijk de initieel voorziene einddatum. Hij kan er ook voor kiezen om de nieuwe verzekering door een andere partij (vennootschap, nieuwe werkgever, ...) te laten voortzetten.

Deze voortzetting moet dan wel kaderen in het productaanbod van de verzekeraar en moet uiterlijk geregeld zijn in een nieuwe verzekeringsovereenkomst die in werking treedt binnen 105 dagen nadat de betreffende dekking eindigde.

Indien aldus een nieuwe verzekering wordt gesloten ter voortzetting van de initiële verzekering, past de verzekeraar voor de aanvaarding van dit risico geen bijkomende medische acceptatievoorwaarden toe. Voor de voortgezette verzekering worden dezelfde premies toegepast als voor de initiële verzekering.

Inzake de voortzetting (tot uiterlijk de initieel voorziene einddatum) van de dekking 'arbeidsongeschiktheidsuitkering' in het kader van een IPT-verzekering (zie 6), wordt verwezen naar de specifieke wettelijke regeling vervat in de artikels 138bis-8 en volgende van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst.

## 7.7. Wederinwerkingstelling

Als de premiebetaling voor de overeenkomst wordt beëindigd, kan de verzekeringnemer ze op schriftelijk verzoek binnen drie jaar opnieuw in werking laten stellen. Dit geldt ook bij afkoop (zie 4.4), in welk geval de termijn wordt herleid tot drie maanden de afgekochte reserves bovendien (zonder nieuwe instapkost) moeten worden teruggestort aan de verzekeraar. De verzekeraar stelt de wederinwerkingstelling van de dekkingen afhankelijk van zijn aanvaardingscriteria (zie 3.3.2). De wederinwerkingstelling gaat in op de datum vermeld op het nieuw uitgegeven Persoonlijk Certificaat.

## 7.8. Uitkeringen

De verzekeraar mag iedere uitkering (ook bij opzegging en afkoop) afhankelijk stellen van de voorlegging van de door hem nodig geachte documenten. De verzekeraar keert de verschuldigde sommen uit, na aanrekening van de eventuele wettelijk verplichte inhoudingen, kosten, vergoedingen en andere sommen die nog verschuldigd zouden zijn aan de verzekeraar of aan derden (zoals een pandhoudende schuldeiser), binnen 30 dagen na ontvangst van de gevraagde documenten en, indien zo gevraagd, van een ondertekende regelingskwijting.

Indien een uitkering verschuldigd is aan meerdere personen, kan de verzekeraar eisen dat door de betrokkenen één persoon van voldoende gewaarmerkte volmachten wordt voorzien om namens hen de uitkering gezamenlijk in ontvangst te nemen.

De verzekeraar kan niet verplicht worden om enige uitkering bij overlijden te doen aan enige begunstigde die het overlijden van de (een) verzekerde opzettelijk veroorzaakt of ertoe aangespoord heeft. De verzekeraar kan in dit geval handelen alsof deze persoon geen begunstigde is.

De verzekeraar vergoedt geen intrest voor een vertraging in enige uitkering ingevolge een omstandigheid onafhankelijk van zijn wil.

## 7.9. Briefwisseling en bewijs

Tenzij uit de voorgaande bepalingen of dwingende bepalingen anders zou blijken, kan elke kennisgeving van een partij aan de andere gebeuren per gewone brief. De verzekeraar kan, zonder echter hiertoe verplicht te zijn, ook andere kennisgevingsvormen (fax, e-mail, ...) als geldig beschouwen.

Elke kennisgeving en briefwisseling tussen partijen geschiedt geldig op hun laatst onderling meegedeeld (correspondentie)adres. Indien er twee verzekeringnemers zijn, kan de verzekeraar geldig elke kennisgeving aan de verzekeringnemer gezamenlijk richten aan beide verzekeringnemers samen, en dit op het correspondentieadres zoals vermeld op het onderschrijvingsformulier. Indien er geen specifiek correspondentieadres wordt vermeld op het onderschrijvingsformulier, kan de verzekeraar het adres van de op het Persoonlijk Certificaat vermelde 'eerste verzekeringnemer' als enig correspondentieadres hanteren. Zodra de verzekeraar kennis krijgt van het feit dat geen van beide verzekeringnemers nog op het initieel opgegeven correspondentieadres woont, kan hij het (nieuw) adres van de op het Persoonlijk Certificaat vermelde 'eerste verzekeringnemer' als enig correspondentieadres hanteren. Indien het correspondentieadres het adres is van één van de verzekeringnemers en die verzekeringnemer naderhand

overlijdt, kan de verzekeraar vanaf het ogenblik waarop hij kennis krijgt van het overlijden, het adres van de andere verzekeringnemer als enig correspondentieadres hanteren. De verzekeringnemers hebben steeds de mogelijkheid om met een door beiden gedateerde en ondertekende schriftelijke kennisgeving aan de verzekeraar, het enig correspondentieadres te laten wijzigen.

De verzending van een aangetekende brief wordt bewezen door de voorlegging van het ontvangstbewijs van de post. Het bestaan en de inhoud van enig document en enige briefwisseling worden bewezen door de voorlegging van het origineel, of, bij gebrek hieraan, van het afschrift ervan in de dossiers van de verzekeraar.

## **7.10. Wijziging van de algemene voorwaarden**

De verzekeraar kan om gegronde redenen (bijvoorbeeld in het kader van een wijziging van de wetgeving), rekening houdend met eventuele dwingende beperkingen in dit verband, binnen de perken van de goede trouw en zonder afbreuk te doen aan de wezenlijke kenmerken van de overeenkomst, de Algemene Voorwaarden wijzigen. De verzekeraar licht de verzekeringnemer hierover schriftelijk in, met vermelding van de aard en de redenen van de aangebrachte wijzigingen, alsook van de datum waarop de nieuwe Algemene Voorwaarden ingaan.

## **7.11. Wettelijk kader**

### **7.11.1. Toepasselijke wetgeving**

De overeenkomst is onderworpen aan de Belgische wetgeving inzake individuele levens- en aanvullende verzekeringen. Mocht de verzekeringnemer buiten België gevestigd zijn, dan wordt, indien de wet het zo toelaat, door de partijen uitdrukkelijk gekozen voor de toepassing van het Belgisch recht. Een clause die eventueel in strijd zou zijn met een dwingende bepaling tast de geldigheid van de overeenkomst niet aan. De clause wordt dan vervangen door de miskende dwingende bepaling en zal geacht worden vanaf het sluiten van de overeenkomst in overeenstemming met die dwingende bepaling te zijn opgesteld.

### **7.11.2. Toepasselijk belastingregime**

Voor nadere inlichtingen over het toepasselijk belastingregime kan de verzekeringnemer zich wenden tot de verzekeraar. De verzekeraar kan echter op geen enkele wijze aansprakelijk worden gesteld indien bepaalde verwachte belastingvoordelen niet zouden (kunnen) genoten worden of indien op de overeenkomst een (para)fiscale druk zou rusten die niet verwacht werd.

## **7.12. Bescherming van de persoonlijke levenssfeer**

De persoonsgegevens van de verzekeringnemer, de verzekerde en de begunstigde(n) worden verwerkt door ERGO Insurance NV, Bischoffsheimlaan, 1-8 te 1000 Brussel ("ERGO Life"), met het oog op klantenadministratie, beheer en uitvoering van de polissen, beheer van gegevens over personen die een verzaamd risico vertonen, kredietbeheer, boekhouding en facturatie, herverzekering evenals marketing en gepersonaliseerde publiciteit. Deze persoonsgegevens kunnen ook worden doorgegeven aan volgende categorieën van derden:

- Gerecht en politiediensten;
- Individuen of organisaties in directe relatie met ERGO Life;

- Andere diensten of nevenondernemingen van ERGO Life;
- Banken en verzekeringsmaatschappijen;
- Professionele raadgevers van de geregistreerde persoon;
- Werkgever of zakenrelatie van de geregistreerde persoon;
- Sociale zekerheidsinstellingen;
- Overheidsdiensten;
- Herverzekeraar.

ERGO Life hecht veel belang aan de persoonlijke levenssfeer en stelt alles in het werk om de persoonsgegevens te beschermen en te verwerken in overeenstemming met de bepalingen van de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens (de "Privacywet"). De betrokkene heeft het recht alle gegevens die op hem betrekking hebben, in te kijken en desgevallend te wijzigen of te laten verwijderen volgens de voorwaarden voorzien in de Privacywet. Hij kan zich steeds kosteloos verzetten tegen het gebruik van zijn gegevens voor direct marketing. Om gebruik te maken van deze rechten, richt de betrokkene zich tot het volgende e-mailadres: info@ergo.be.

### 7.13. Klachten en geschillen

Mocht een belanghebbende een klacht hebben in verband met de overeenkomst en geen voldoening krijgen, dan kan hij zich in eerste instantie wenden tot de Dienst Complaints van de verzekeraar (per e-mail: complaints@ergo.be of telefonisch: 02/278.27.06) en eventueel tot de Ombudsdienst Verzekeringen, de Meeûssquare 35 te 1000 Brussel. De belanghebbende behoudt ook de mogelijkheid om een gerechtelijke procedure in te leiden. Geschillen tussen partijen vallen onder de bevoegdheid van de Belgische rechtbanken.

Betwistingen over medische aangelegenheden kunnen ook, mits de partijen hierover ten vroegste op het ogenblik dat het geschil ontstaat uitdrukkelijk en schriftelijk akkoord gaan, beslecht worden in een minnelijke medische expertise (arbitrage), waarbij de partijen elk een eigen arts aanstellen. Indien er geen akkoord is tussen de artsen, wordt door hen of, bij gebrek aan overeenstemming, door de Voorzitter van de bevoegde Rechtbank van Eerste Aanleg een 'derde' arts aangesteld. Het aldus gevormde college beslist bij meerderheid van stemmen en de beslissing is onherroepelijk. Op straffe van nietigheid van hun beslissing mogen de artsen echter niet afwijken van de bepalingen van de Algemene Voorwaarden. Elke partij betaalt de honoraria van de door haar aangestelde arts. De honoraria van de eventuele 'derde' arts worden door de partijen in gelijke delen gedragen.