



Schuldsaldoverzekering / Tijdelijke overlijdensverzekering

Algemene voorwaarden

Allianz 

Algemene Voorwaarden



INHOUDSTAFEL

1. DEFINITIES	3
2. INWERKINGTREDING EN PREMIEBETALING	3
3. DEKKINGEN	3
3.1 DEKKINGEN BIJ OVERLIJDEN	3
3.2 DEKKING 'ARBEIDSONGESCHIKTHEIDSRENTE'	6
3.3 ALGEMENE BEPALINGEN	9
4. RECHTEN VAN DE VERZEKERINGNEMER	12
4.1 ALGEMENE BEPALINGEN	12
4.2 OPZEGGING	12
4.3 AANDUIDING EN WIJZIGING VAN DE BEGUNSTIGDEN	12
4.4 AFKOOP	12
4.5 VOORSCHOT EN INPANDGEVING	12
5. RECHTEN VAN DE BEGUNSTIGDE(N)	13
6. INDIVIDUELE PENSIOENTOEZEGGINGSVERZEKERING	13
6.1 SITUERING.....	13
6.2 RECHTEN VAN DE VERZEKERINGNEMER EN VAN DE BEGUNSTIGDEN	13
6.3 PREMIEBETALING / UITDIENSTTREDING	13
7. GEMEENSCHAPPELIJKE BEPALINGEN	14
7.1 JURIDISCHE AARD VAN DE DEKKINGEN	14
7.2 SAMENVOEGING.....	14
7.3 BELASTINGEN	14
7.4 PERSOONLIJK CERTIFICAAT	14
7.5 RESERVEVORMING / RISICOPREMIES / TARIEFWIJZIGING	14
7.6 PREMIEWANBETALING / UITPUTTING VAN DE RESERVES	15
7.7 WEDERINWERKINGSTELLING.....	16

7.8	UITKERINGEN.....	16
7.9	BRIEFWISSELING EN BEWIJS	17
7.10	WIJZIGING VAN DE ALGEMENE VOORWAARDEN.....	17
7.11	WETTELIJK KADER	17
7.12	BETALING VAN DE PRESTATIES – VOORKOMING VAN WITWASSEN KAPITALEN	18
7.13	BESCHERMING VAN DE PERSOONLIJKE LEVENSSFEER	18
7.14	KLACHTEN EN GESCHILLEN	19
7.15	WAARSCHUWING	19

1. DEFINITIES

verzekeraar	Allianz Belgium n.v., met maatschappelijke zetel te 1000 Brussel, Lakensestraat 35
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, hetzij binnen de 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

3.1.1.3.1 Verzekerd voorval

Indien de verzekerde overlijdt binnen de 12 maanden 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 uiterking').

Een ongeval is een plotselinge inwerking van een uitwendige kracht op het organisme van de verzekerde, buiten zijn wil, die een aantasting van zijn lichamelijke gaafheid veroorzaakt.

Worden niet beschouwd als een ongeval:

- de zelfmoord;
- de ziekten en hun gevolgen, hersenbloeding, aanvallen van vallende ziekten of dergelijke, welke er ook de oorzaak van zij;
- de gevolgen van heelkundige ingrepen die niet genoodzaakt worden door een ongeval;
- de besmettingen, intoxicaties en vergiftigingen, tenzij een bloedvergiftiging (maar enkel als er een uitwendige verwonding geweest is en de bloedvergiftiging tezelfdertijd als de verwonding heeft plaats gehad).

Bij wijze van uitbreiding worden echter wel beschouwd als een ongeval:

- het onopzettelijk inademen van gassen of dampen en het bij vergissing opslorpen van giftige stoffen;
- de verdrinking;
- beten van dieren en steken van insecten;
- blikseminslag.

3.1.1.3.2 Bedrag van het overlijdenskapitaal bij ongeval

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 en de datum waarop het verzekerd voorval zich voordoet, die niet reeds vóór de datum van het ongeval 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', valt enkel het positieve verschil tussen het verzekerd bedrag 'door ongeval' en het verzekerd bedrag 'door ziekte' onder de bepalingen van de dekking 'overlijdenskapitaal bij ongeval'. Het opgegeven verzekerd bedrag 'door ziekte' vormt samen met het overeenstemmend opgegeven verzekerd bedrag 'door ongeval' 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 pre-

mie, zijnde de valutadatum van die premie op de bankrekening van de verzekeraar. Indien de overeenkomst een einddatum heeft, eindigt de dekkingperiode steeds uiterlijk op die einddatum. Indien de overeenkomst geen einddatum heeft, eindigt de dekkingperiode 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 Uitesloten 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:

- zelfmoord tijdens het eerste jaar na het begin van de dekkingperiode of na de wederinwerkingstelling van de betreffende dekking; dezelfde termijn van 1 jaar geldt bij om het even welke verhoging van het nominaal verzekerd bedrag van de dekkingen, met betrekking tot die verhoging en te rekenen vanaf de inwerkingtreding ervan;
- de tenuitvoerlegging van een rechterlijke veroordeling tot de doodstraf;
- een opzettelijk door de verzekerde als dader of mededader gepleegd(e) misdad of wanbedrijf;
- een ongeval met een luchtvaartuig waarin hij heeft plaatsgenomen is gedekt, behalve als hij heeft plaatsgenomen als piloot. In ieder geval is dit risico niet gedekt als het gaat om een toestel dat:
 - niet toegelaten is voor vervoer van personen of goederen;
 - producten van strategische aard vervoert naar oorlogvoerende of oproerige streken;
 - zich voorbereidt op of deelneemt aan een sportwedstrijd;
 - proefvluchten uitvoert;
 - van het type "ultra-licht gemotoriseerd" is;
 - militair is of gebruikt wordt door militairen of voor militaire doeleinden; in ieder geval is het overlijden gedekt indien het een toestel betreft dat op het ogenblik van het ongeval bestemd was voor personenvervoer;
- oproer, terroristische daden, burgerlijke onlusten, collectieve gewelddaden van politieke, ideologische of sociale aard, al of niet gepaard met opstand tegen de overheid of tegen welke gevestigde macht ook, indien de verzekerde er op vrijwillige en actieve wijze aan deelnam. De begunstigde(n) moet(en) het bewijs leveren dat de verzekerde niet actief en vrijwillig heeft deelgenomen. Onder terroristische daad, verstaat men een clandestien georganiseerde actie of dreiging van actie met ideologische, politieke, etnische of religieuze bedoelingen, individueel of door een groep uitgevoerd, waarbij geweld gepleegd wordt op personen of de economische waarde van een materieel of immaterieel goed geheel of gedeeltelijk wordt vernield, ofwel om indruk te maken op het publiek, een klimaat van onzekerheid te scheppen of de overheid onder druk te zetten, ofwel het verkeer of de normale werking van een dienst of een onderneming te belemmeren. Indien de verzekerde niet actief en vrijwillig deelneemt zijn de verschuldigde prestaties bij overlijden als gevolg van terrorisme zijn gedekt binnen het kader, de perken en de tijdslijmieten van de wet van 1 april 2007 betreffende de verzekering tegen de schade veroorzaakt door terrorisme aangezien de verzekeraar lid is TRIP vzw, de rechtspersoon die werd opgericht in uitvoering van de bepalingen van deze wet;
- oorlog of enig gelijkaardig feit en burgeroorlog; indien het overlijden van de verzekerde zich voordoet in een vreemd land waar vijandelijkheden aan de gang zijn, wordt een onderscheid gemaakt tussen twee gevallen:
 - als het conflict uitbreekt tijdens het verblijf van de verzekerde, geldt de dekking voor zover de verzekerde niet op actieve wijze aan de vijandelijkheden deelneemt;
 - als de verzekerde zich naar een land begeeft waar een gewapend conflict aan de gang is, kan er slechts dekking verleend worden mits de betaling van een premietoeslag, het schriftelijk akkoord van de verzekeraar en voor zover de verzekerde niet op actieve wijze aan de vijandelijkheden deelneemt;

(In deze twee gevallen moet(en) de begunstigde(en) het bewijs leveren dat de verzekerde niet actief deelnam aan de vijandelijkheden);
- uit ieder feit of iedere opeenvolging van feiten met dezelfde oorsprong, wanneer dat feit of die feiten voortvloeien uit of het resultaat zijn van radioactieve, toxische, explosieve of andere gevaarlijke eigenschappen van nucleaire grondstoffen, radioactieve producten of radioactief afval, evenals alle schade die rechtstreeks of onrechtstreeks voortvloeit uit iedere bron van ioniserende stralen;

- schade veroorzaakt door wapens of tuigen die bestemd zijn om te ontploffen door de structuurwijziging van de atoomkern;
- van een uitsluiting vermeld op het Persoonlijk Certificaat wat ook de oorsprong is (medisch, professioneel...);
- van een opgedane ziekte of een ongeval gebeurd vóór de inwerkingtreding of de verhoging van de dekkingen (zie 3.3.1).

In het kader van de dekking 'kapitaal bij opeenvolgend overlijden', is er sprake van een uitgesloten risico indien tenminste één van de twee verzekerden overlijdt tengevolge van één van de voorgaande uitgesloten risico's.

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) 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 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 deelname aan wandaden, gevechten of twisten (behalve bij wettige zelfverdediging) en kennelijk roekeloze daden (behalve bij redding van personen of goederen);
- het beoefenen als beroepsactiviteit van om het even welke sportdiscipline en als amateur van kennelijk gevaarlijke sportactiviteiten, zoals paardrijden, zweefvliegen, deltavliegen, parachutisme, karting, diepzeeduiken met autonoom ademhalingstoestel, alpinisme, speleologie, boksen, catch, worstelen, jiu-jitsu en gelijkaardige sporttakken, benijtspringen, ULM, bobsleigh, skeleton, rugby of parasailing; deze lijst is niet beperkend;
- de beoefening van gevechtssporten in club- of competitieverband, de deelname aan georganiseerde snelheidswedstrijden (evenals tijdens de trainingen hiervoor), het beoefenen van wintersport in competitieverband (inclusief trainingen en proefritten), ski buiten piste of bij snelheidswedstrijden en de deelname aan weddenschappen en uitdagingen;
- het gebruik, in competitie, zowel als professioneel en als amateur, als bestuurder of als passagier van een twee- of meerwielig motorvoertuig, uitgezonderd een autovoertuig, een vrachtwagen, een lichte vrachtwagen, een motorfiets of bromfiets uitgerust met een motor waarvan de cilinderinhoud 50 cc overschrijdt en/of die door hun constructie en met het enige vermogen van hun motor een snelheid van 40 km per uur op horizontaal vlak kunnen overschrijden;
- een staat van dronkenschap, alcoholintoxicatie of een gelijkaardige intoxicatie voortvloeiend uit het gebruik van drugs of hallucinogenen;

Wat betreft de dekking van het terrorismerisico, zijn de betreffende bepalingen van punt 3.1.2.2 hier op dezelfde wijze van toepassing.

3.1.2.4 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 'arbeidsongeschiktheidsrente'

3.2.1 Omschrijving van de dekking 'arbeidsongeschiktheidsrente'

3.2.1.1 Verzekerd voorval

Als de verzekerde als gevolg van een gedekte oorzaak tijdens de dekkingsperiode arbeidsongeschikt wordt, heeft de begunstigde, zodra de eigenrisicotermijn is verstreken, gedurende de uitkeringsperiode recht op de volledige of gedeeltelijke uitkering van de arbeidsongeschiktheidsrente. Twee types van arbeidsongeschiktheidsrentes kunnen worden onderscheiden:

- de dekking 'rente bij arbeidsongeschiktheid', waarbij de begunstigde een inkomen blijft genieten om te kunnen voorzien in zijn dagelijks levensonderhoud;
- de dekking 'overbruggingsrente bij arbeidsongeschiktheid', waarbij de begunstigde enkel gedurende een overbruggingsperiode een inkomen blijft genieten;

3.2.1.2 Arbeidsongeschiktheid

Er is sprake van arbeidsongeschiktheid zodra de arbeidsongeschiktheidsdrempel wordt bereikt.

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, zonder rekening te houden met de economische invaliditeitsgraad voortvloeiend uit of verband houdend met een niet gedekte oorzaak (zie 3.2.1.3), een uitgesloten risico en/of een niet gedekte voorafbestaande ziekte of aandoening (zie 3.2.2.3).

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 (zonder rekening te houden 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 (zonder rekening te houden 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 67%, dan is er sprake van een gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid. Bedraagt de arbeidsongeschiktheidsgraad minstens 67%, 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 bevindt 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, op basis van de "Officiële Belgische Schaal der Invaliditeiten" en de "Gids voor Europese schaal voor de beoordeling van aantastingen van de fysieke en psychische integriteit" en ieder ander officieel document om ze te vervolledigen.

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 zonder afbreuk te doen aan hun forfaitair karakter, tot essentieel doel hebben in een tussenkomst te voorzien bij inkomensverlies.

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.

3.2.1.4 Bedrag van de arbeidsongeschiktheidsrente

3.2.1.4.1 Algemeen

Onder voorbehoud van de bepalingen hieronder, is het bedrag van de arbeidsongeschiktheidsrente 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 arbeidsongeschiktheidsrente uitgedrukt in een jaarbedrag. Ze wordt in maandelijkse schijven op het einde van iedere maand uitgekeerd. Voor de eerste en de laatste maand van de effectieve uitkeringsperiode wordt de rente pro rata het aantal dagen arbeidsongeschiktheid in de betrokken maanden berekend.

3.2.1.4.2 Arbeidsongeschiktheidsgraad

De arbeidsongeschiktheidsrente wordt uitgekeerd in verhouding tot de arbeidsongeschiktheidsgraad voor zover de arbeidsongeschiktheidsdrempel bereikt wordt. Er vindt een volledige uitkering plaats indien de arbeidsongeschiktheidsgraad minstens 67% 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 van de arbeidsongeschiktheidsrente stopgezet. De verzekeraar doet geen (verhoogde) uitkering 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 worden voorzien gedurende het eerste jaar van de arbeidsongeschiktheid. Dit houdt in dat gedurende de progressieperiode maximum het (de) voorziene percentage(s) van de rente wordt (worden) uitgekeerd, rekening houdend met de arbeidsongeschiktheidsgraad (zie 3.2.1.4.2).

3.2.1.4.4 Indexatie van de ingegane arbeidsongeschiktheidsrente

Er kan in een indexatie van de ingegane arbeidsongeschiktheidsrente(n) worden voorzien ('indexatie na schade'). In dit geval wordt het bedrag van de rente 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 teruggebracht op het niveau van vóór de arbeidsongeschiktheidsperiode.

3.2.1.5 Uitkeringsperiode

De verzekeraar is de arbeidsongeschiktheidsrente - zonder retroactiviteit - verschuldigd vanaf het verstrijken van de in het Persoonlijk Certificaat vermelde eigenrisicotermijn. De eigenrisicotermijn begint te lopen vanaf de aanvangsdatum van de arbeidsongeschiktheid. Er kan echter ook in een eigenrisicotermijn 'met afkoop' worden voorzien, in welk geval de rente - retroactief - vanaf de aanvangsdatum van de arbeidsongeschiktheid wordt uitgekeerd, op voorwaarde dat de verzekerde nog steeds arbeidsongeschikt is na afloop van die eigenrisicotermijn met afkoop.

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). Die uitkeringsperiode eindigt echter steeds op het vroegste van de volgende tijdstippen:

- zodra de arbeidsongeschiktheidsdrempel niet langer bereikt is (zie 3.2.1.2 en 3.2.1.4.2);
- op de overlijdensdatum van de verzekerde of van de andere verzekerde in het kader van de dekking 'overlijdenskapitaal' (dit betekent dat indien de arbeidsongeschikte verzekerde een rente-uitkering geniet, de rente-uitkering niet alleen stopt als hijzelf overlijdt, maar ook als de eventuele medeverzekerde in het kader van de dekking 'overlijdenskapitaal' overlijdt, zelfs indien in dit geval punt 3.1.2.4 toepassing vindt);
- op de einddatum van de overeenkomst.

De arbeidsongeschiktheidsrenten worden niet meer uitgekeerd op de aanvangsdatum van het pensioen of het vervroegd pensioen of eender welk gelijkaardig regime.

3.2.1.6 Herval

Er is sprake van herval als een arbeidsongeschiktheid aanvangt binnen de dertig dagen volgend op het einde van een vorige periode van arbeidsongeschiktheid en 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 rente bij herval berekend alsof er geen onderbreking van de arbeidsongeschiktheid is geweest. De tussenliggende periode wordt bovendien meegeteld voor de toepassing van de 'indexatie na schade' en/of het 'progressieprofiel'.

3.2.2 Draagwijdte van de dekking 'arbeidsongeschiktheidsrente'

3.2.2.1 Dekkingsperiode

De dekkingsperiode van de dekking 'arbeidsongeschiktheidsrente' 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 'arbeidsongeschiktheidsrente' is geldig over de hele wereld voor zover de verzekerde zijn gewone verblijfplaats in België heeft en in de mate dat de verzekeraar volgens zijn eigen beoordeling de vereiste medische controle zonder moeilijkheden kan (blijven) uitvoeren, zonder buitensporige kosten.

Wanneer de aangeslotene echter buiten Europese Unie verblijft, worden de arbeidsongeschiktheidsrenten slechts gedurende een periode van maximaal drie maanden uitgekeerd; ze zullen hervatten zodra de aangeslotene naar Europa terugkomt.

3.2.2.3 Uitgesloten risico's

De verzekeraar verleent geen dekking en doet bijgevolg geen uitkering in het kader van de dekking 'arbeidsongeschiktheidsrente' ingevolge een risico dat in het kader van de diverse dekkingen 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 aandoening die niet controleerbaar is door een medisch onderzoek of van een psychische of mentale aandoening waarvan de subjectieve of psychische stoornissen en hun diagnose niet berust op organische tekenen;
- een poging tot zelfmoord;
- een ziekte of een ongeval voorgedaan vóór de aanvangsdatum van de dekkingen of vóór de verhoging van de dekkingen (zie 3.3). Elke latere arbeidsongeschiktheid met dezelfde oorzaak zal nooit aanleiding geven tot de toekenning van prestaties;
- een val van een hoogte van meer dan 4 meter bij het uitoefenen van een beroepsactiviteit.

at betreft de dekking van het terrorismerisico passen de betrokken beschikkingen van punt 3.1.2.2. zich hier toe op dezelfde wijze.

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 elke verzekeringsprestatie (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 na de inwerkingtreding van een niet initieel overeengekomen verhoging (wat betreft die verhoging), respectievelijk, na het sluiten, de inwerkingstelling van de dekkingen 'overlijdenskapitaal' en 'kapitaal bij opeenvolgend overlijden' en, behalve bij dwingende bepaling, gedurende de ganse duurtijd van de overeenkomst wat betreft de andere dekkingen (aanvullende verzekeringen).

Specifiek in het kader van de dekking 'arbeidsongeschiktheidsrente' (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.

Conform de wet, 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 aanrekenen 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 Wijziging 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, verblijfplaats, enz.), dan moet iedere wijziging hiervan binnen 30 dagen aan de verzekeraar schriftelijk worden meegedeeld. Deze verplichte mededeling geldt niet bij een vermindering van het betreffende risico.

Mocht de verzwaring of de vermindering 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 of op de datum waarop de verzekeraar kennis heeft gekregen van de vermindering van het risico.

Indien, bij een verzwaring van het risico, 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 meedelen van een verzwaring van het risico kan verweten worden, 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 meedelen van een verzwaring van het risico 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 wijziging van de gezondheidstoestand van de verzekerde en gelden, wat betreft de dekking 'arbeidsongeschiktheidsrente', slechts met inachtneming van de specifieke dwingende wettelijke beperkingen inzake 'ziekteverzekeringen'.

3.3.4 Aangifte van een schadegeval

Elk schadegeval (overlijden, ongeval 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 geachte onderzoeken en controles zo vlot mogelijk kunnen uitgevoerd worden,
- elke arts die aan de verzekerde zorgen (heeft) verstrekt verzoeken om hen alle door de verzekeraar gevraagde inlichtingen te verstrekken (dit alles zowel bij het ontstaan van de arbeidsongeschiktheid als in het kader van de latere medische opvolging ervan);
- 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 vorgelegd, 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 punten 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 voorkomend 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 recht en, 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 gedateerd en ondertekend aangekend 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 de 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 vermelding, 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 5% van het bedrag van de afgekochte brutoreserve (als de overeenkomst een einddatum heeft, wordt de afkoopvergoeding 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 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. INDIVIDUELE PENSIOENTOEZEGGINGSVERZEKERING

6.1 Situering

De individuele pensioentoezeggingsverzekering (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 begunstigden aangeduide personen van de diverse dekkingen bij overlijden (zie 3.1) en in het voordeel van de bedrijfsleider wat betreft de dekking 'arbeidsongeschiktheidsrente' (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 deze specifieke bepalingen onverenigbaar zijn met andere bepalingen van deze algemene voorwaarden, hebben zij er voorrang op.

6.2 Rechten van de verzekeringnemer en van de begunstigden

In het kader van de IPT-verzekering, draagt de verzekeringnemer aan de aangeslotene het recht over om de begunstigden te wijzigen. Deze wijziging van begunstigden 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. GEMEENSCHAPPELIJKE 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 afgeweken 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 'arbeidsongeschiktheidsrente' worden ook automatisch stopgezet (zie 3.2.1.5).

7.2 Samenvoeging

Verschillende 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 instaptoeslagen, belastingen en risicopremies voor de dekkingen 'overlijdenskapitaal bij ongeval' en 'arbeidsongeschiktheidsrente', de nettopremie 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' en 'arbeidsongeschiktheidsrente' 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 en hebben dus geen reductiewaarde (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 Commissie voor het Bank-, Financie-, en Assurantiewezen heeft neergelegd. Naast individuele premieverhogingen in het kader van een wijziging 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 algemene herziening ervan 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 bepalingen of reglementen toelaten om over te gaan tot een tariefaanpassing.

De verzekeraar kan ook de in het tarief verwerkte toeslagen 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' en 'arbeidsongeschiktheidsrente' (zie 3.1.1.3 en 3.2) worden beëindigd 30 dagen nadat 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.

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 deze 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

Indien 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 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 van de dekking 'arbeidsongeschiktheidsrente' in het kader van een verzekering IPT (zie 6) wordt verwezen naar de specifieke wettelijke regeling vervat in de artikels 138*bis*-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 maand en de afgekochte reserves bovendien (zonder nieuwe instaptoeslag) 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, toeslagen, 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.

In overeenstemming met de wettelijke beschikkingen; indien het huidig contract als slapend bestempeld wordt, zullen de eventuele verificatie- en opzoekingskosten opgelopen door de verzeke-

raar in voorkomend geval in mindering gebracht worden van de uitkeringen binnen de toegelaten wettelijke beperkingen.

7.9 Briefwisseling en bewijs

Tenzij uit de voorgaande contractuele bepalingen of dwingende wettelijke bepalingen of reglementen 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, 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

Wat betreft het toepasselijk belastingregime wordt verwezen naar het document "fiscale informatie" die vóór het sluiten van de overeenkomst aan de verzekeringnemer werd bezorgd. 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 Betaling van de prestaties – Voorkoming van witwassen kapitalen

De prestaties verschuldigd door de verzekeraar worden aan de begunstigde(n) uitgekeerd na overhandiging van het contract en de bijvoegsels.

Indien de uitkering gebeurt bij leven van de verzekerde, moeten de volgende documenten voorgelegd worden:

- een levensattest op de einddatum met vermelding van de geboortedatum van de verzekerde;
- een kopie van de identiteitskaart van iedere begunstigde (met inbegrip van effectieve begunstigten in de zin van de wet van 18/01/2010) of indien de verzekeringnemer een rechtspersoon is, een kopie van de statuten van de maatschappij alsook een kopie van de identiteitskaarten van de personen die de volmacht hebben om de maatschappij te vertegenwoordigen.

Indien de uitkering gebeurt naar aanleiding van het overlijden van de verzekerde, moeten de volgende documenten voorgelegd worden:

- een uittreksel uit de overlijdensakte met opgave van de geboortedatum van de verzekerde;
- een getuigschrift opgemaakt door de behandeld geneesheer van de verzekerde en over te maken aan de adviserend geneesheer van de verzekeraar, met vermelding van de overlijdensoorzaak; de verzekerde gaat hiermee akkoord door de ondertekening van voorliggend contract;
- een notoriteitsakte met vermelding van de rechten van de begunstigde(n), wanneer hij (zij) niet met naam werd(en) aangeduid in het contract;
- een kopie van de identiteitskaart van iedere begunstigde;
- een levensbewijs op naam van iedere begunstigde.

De verzekeringnemer rechtspersoon overhandigt aan de verzekeraar de lijst van zijn aandeelhouders natuurlijke personen die minstens 25% van de aandelen, de rechten of bezittingen van de maatschappij die het contract sluit hebben. Indien de voornaamste aandeelhouder van de verzekeringnemer een rechtspersoon moet de lijst van de aandeelhouders natuurlijke personen van deze maatschappij aan het Onderschrijvingsformulier toegevoegd worden. Indien de effecten van de maatschappij aan toonder of gematerialiseerd zijn, moet de aandeelhouder die minstens 25% van de aandelen bezit in overeenstemming met artikel 515 bis van het wetboek van vennootschappen aan de verzekeringnemer de toestand van zijn participatie meedelen.

Dezelfde lijst is vereist bij afkoop.

7.13 Bescherming van de persoonlijke levenssfeer

De persoonsgegevens die aan de verzekeraar worden medegedeeld, zijn uitsluitend bestemd voor de volgende doelstellingen: evaluatie van de verzekerde risico's, beheer van de commerciële relatie, van het verzekeringscontract en van de erdoor gedekte schadegevallen, controle van de portefeuille, voorkoming van misbruiken en fraudes. Enkel voor deze doeleinden kunnen zij, indien noodzakelijk, worden overgemaakt aan een herverzekeraar, expert of een raadsman. Deze gegevens zijn toegankelijk voor de diensten onderschrijving en schadebeheer alsook voor de Dienst Juridische Zaken en Compliance bij een eventueel geschil of bij een controle, en voor de Dienst Audit in het strikte kader van de haar toevertrouwde opdrachten.

Hierbij verleent de verzekerde zijn toestemming voor de verwerking van de gegevens betreffende zijn gezondheid door de Medische Dienst en de hiervoor opgesomde bestemmingen wanneer dit noodzakelijk is voor het beheer van een overeenkomst of schadegeval.

De verzekerde aanvaardt dat de verzekeringnemer en de tussenpersoon kennis kunnen nemen van de inhoud van de overeenkomst en haar eventuele uitsluitingsgronden.

Het niet mededelen van de vereiste gegevens kan naargelang de hypothese het volgende resultaat hebben voor Allianz Belgium n.v.: de onmogelijkheid voor haar of de weigering om een commerciële relatie aan te gaan, een dergelijke relatie verder te zetten of een operatie uit te voeren die de betrokken persoon heeft gevraagd.

Elke persoon die zijn identiteit bewijst, heeft het recht kennis te krijgen van de hem betreffende gegevens die in het bestand zijn opgenomen door een gedagtekend en ondertekend verzoek in te dienen bij de dienst:

Bescherming van de persoonlijke levenssfeer, Allianz Belgium n.v., Lakensestraat 35, 1000 Brussel.

Bij dit verzoek moet er een kopie worden gevoegd van de identiteitskaart van de aanvrager en moet de naam en het adres van de geneesheer worden vermeld aan wie onze adviserend geneesheer eventuele medische gegevens mag mededelen.

Deze persoon is verder gerechtigd om alle onjuiste persoonsgegevens die op hem betrekking hebben, kosteloos te laten verbeteren of te doen verwijderen alsook om zich te verzetten tegen gebruik van die gegevens voor direct marketing door dit uitdrukkelijk te vermelden naast zijn handtekening op het voorliggende document.

7.14 Klachten en geschillen

Elke klacht aangaande de uitvoering van het contract kan worden gericht aan:

- de Ombudsman van de Verzekeringen, de Meeüsplantsoen 35, 1000 Brussel, fax: 02/547.59.75, info@ombudsman.as of
- de Ombudsdienst van de maatschappij Allianz Belgium n.v, Lakensestraat 35, 1000 Brussel, fax: 02/214.61.71, Ombudsdienst@allianz.be

onverminderd de mogelijkheid voor de belanghebbende om een rechtsvordering in te stellen.

7.15 Waarschuwing

Elke oplichting of poging tot oplichting van de verzekeraar brengt niet alleen de opzegging van de verzekeringsovereenkomst mee, maar wordt ook strafrechtelijk vervolgd op basis van artikel 496 van het Strafwetboek.

Allianz Belgium n.v.
Lakensestraat 35
1000 Brussel

Tel.: +32 2 214.61.11
Fax: +32 2 214.62.74

Verzekeringsmaatschappij toegelaten
onder codenummer 0097 om alle takken
«Leven» en «niet-Leven» te beoefenen
K.B. 04/07/79 - B.S. 14/07/79
K.B. 19/05/95 - B.S. 16/06/95
Tak 26 (CBFA 22/08/06 – B.S. 28/08/06)

www.allianz.be

IBAN: BE74 3100 1407 6507
BIC Code: BBRUBEBB
BTW: BE 0403.258.197
RPR Brussel

