

prévoyance - épargne

conditions d'assurances **vie particuliers**



tout ce que vous devez savoir
janvier 2017

d'Assurance / **nei erfannen**



Sommaire

section	page	contenu
1 Conditions d'assurances	3	
	3	Intervenants
	3	Documents contractuels
	3	Objet du contrat
	3	Formation, prise d'effet et durée du contrat
	4	Renonciation
	4	Déclaration
	5	Droits du Preneur d'assurance
	7	Primes
	8	Risques non couverts
	9	Règlement des prestations
	9	Participation aux bénéfices et revalorisation
	10	Communication et protection des données
	11	Régime fiscal applicable au contrat
	11	FATCA- Échange automatique d'informations
	13	Aspects fiscaux pour l'assurance prévoyance vieillesse
	14	Frais bancaires
	14	Contestation
	14	Loi applicable et juridiction compétente
	14	Prescription
2 Assurance complémentaire contre le risque d'accident	15	
	15	Définitions
	16	Objet de la garantie
	17	Primes
	17	Etendue territoriale
	17	Risques non couverts
	19	Obligations en cas de sinistre
	19	Constat de l'invalidité totale et permanente
	20	Contestation
	20	Bénéficiaire
	20	Règlement des prestations
	20	Durée de la couverture
3 Assurance complémentaire contre le risque d'invalidité liée aux assurances Equatoria, Alizea et Domia	21	
	21	Définitions
	23	Objet de la garantie
	24	Primes
	25	Etendue territoriale
	25	Risques non couverts
	27	Obligations en cas de sinistre

section	page	contenu
	28	Constat de l'invalidité permanente
	28	Contestation
	29	Bénéficiaire
	29	Règlement des prestations
	29	Durée de la couverture
4 Assurance complémentaire contre le risque d'invalidité liée à l'assurance Serena	30	
	30	Définitions
	32	Objet de la garantie
	34	Primes
	35	Etendue territoriale
	35	Risques non couverts
	35	Obligations en cas de sinistre
	38	Constat de l'invalidité
	38	Contestation
	38	Bénéficiaire
	38	Règlement des prestations
	39	Durée de la couverture
5 Assurance complémentaire contre le risque d'hospitalisation	40	
	40	Définitions
	41	Objet de la garantie
	41	Couverture limitée
	42	Primes
	42	Etendue territoriale
	42	Risques non couverts
	44	Obligations en cas de sinistre
	45	Constat de l'hospitalisation
	45	Contestation
	45	Bénéficiaire
	45	Règlement des prestations
	46	Durée de la couverture
6 Assistance rapatriement funéraire	47	
	47	Inhumation ou crémation dans le pays de résidence
	48	Inhumation ou crémation à l'étranger
	48	Assistance aux formalités
	48	Animaux domestiques
	48	Transmission de messages urgents
	49	Garde des enfants de moins de 16 ans

1 Conditions d'assurances

1.1 Intervenants

Aux termes du présent contrat d'assurance, on entend par :

- la **Compagnie** : AXA Assurances Vie Luxembourg, compagnie luxembourgeoise d'assurances auprès de laquelle le contrat est conclu ;
- le **Preneur d'assurance** : la ou les personnes qui souscrivent le contrat d'assurance et auxquelles incombent le paiement des primes. En cas de pluralité de preneurs d'assurance, ces derniers sont tenus solidairement et indivisiblement par toutes les obligations du contrat ;
- l'**Assuré** : la ou les personnes sur lesquelles repose le risque de survenance de l'événement assuré ;
- le **Bénéficiaire** : la ou les personnes en faveur desquelles sont stipulées les prestations d'assurance.

1.2 Documents contractuels

Le contrat d'assurance, ci-après dénommé le contrat, est constitué des documents contractuels suivants :

- la **proposition d'assurance** et autres **questionnaires** reprenant les caractéristiques de l'assurance et les éléments d'appréciation du risque. Elle est remplie et signée par le **Preneur d'assurance** et l'**Assuré** ;
- les **conditions d'assurances** définissant les droits et obligations des intervenants au contrat ;
- les **conditions particulières** personnalisant chaque contrat et contenant notamment les éléments d'appréciation du risque tels que ceux relatifs au **Preneur d'assurance**, à l'**Assuré**, aux garanties couvertes, aux sommes assurées, à la durée du contrat, etc. ;
- l'annexe relative aux dispositions applicables aux **preneurs d'assurance** non résidents luxembourgeois, le cas échéant ;
- les **avenants** ultérieurs actant les éventuelles modifications apportées au contrat.

1.3 Objet du contrat

La **Compagnie** garantit le paiement au **Bénéficiaire** des sommes prévues aux **conditions particulières**, soit en cas de vie de l'**Assuré** au terme du contrat, soit en cas de décès de celui-ci avant son terme.

1.4 Formation, prise d'effet et durée du contrat

Le contrat est formé par la signature des **conditions particulières** par le **Preneur d'assurance** et la **Compagnie**.

Il prend effet à la date mentionnée aux **conditions particulières** et pour la durée qui y est prévue, mais au plus tôt à partir du jour où la première prime est payée. Les dates d'effet et de terme du contrat s'entendent de 0h à 0h.

1.5 Renonciation

Le **Preneur d'assurance** peut renoncer aux effets du contrat endéans un délai de 30 jours à compter du moment où il est informé de la conclusion de celui-ci.

Lorsque le contrat a pour objet de garantir le remboursement d'un prêt consenti par un établissement de crédit en cas de décès de l'emprunteur, le délai de renonciation est de 15 jours.

La renonciation, adressée à la **Compagnie** par lettre recommandée, a pour effet de libérer les parties pour l'avenir de toute obligation découlant du contrat.

Le remboursement de la prime payée, déduction faite des montants consommés pour la couverture du risque, est effectué dès réception de l'original du contrat.

1.6 Déclaration

1.6.1 Déclaration à la souscription du contrat

Lors de la conclusion du contrat, le **Preneur d'assurance** et l'**Assuré** doivent déclarer exactement toutes les circonstances constituant pour la **Compagnie** des éléments d'appréciation du risque.

En cas d'omission ou d'inexactitude intentionnelles ayant induit la **Compagnie** en erreur sur les éléments d'appréciation du risque, le contrat est nul et les primes échues jusqu'au moment où la **Compagnie** a eu connaissance de cette omission ou inexactitude intentionnelles lui restent dues.

En cas d'omission ou d'inexactitude non intentionnelles, la **Compagnie** peut, endéans le délai d'un an à dater de la prise d'effet du contrat, proposer de le modifier ou de le résilier si elle apporte la preuve qu'elle n'aurait en aucun cas assuré le risque ou si la proposition de modification du contrat n'a pas été acceptée voire refusée par le **Preneur d'assurance**.

Toutefois, en cas de déclaration inexacte relative à l'âge de l'**Assuré**, les garanties assurées sont augmentées ou réduites en fonction de l'âge réel qui aurait dû être pris en considération.

1.6.2 Déclaration en cours d'exécution du contrat

Le **Preneur d'assurance** et l'**Assuré** ont l'obligation de déclarer en cours d'exécution du contrat, les modifications de circonstances sensibles et durables portant sur le risque de survenance de l'événement assuré, autres que celles liées à l'évolution de l'état de santé de l'**Assuré**, notamment celles concernant :

- le changement d'activité professionnelle de l'**Assuré** ;
- le transfert de la résidence du **Preneur d'assurance** et de l'**Assuré** vers un pays hors de la communauté Européenne.
- le changement des activités sportives ou de loisirs pratiquées par l'**Assuré**.

En cas de modification des circonstances telle que la **Compagnie** n'aurait consenti à l'assurance qu'à d'autres conditions que celles existantes, elle peut, endéans un délai d'un mois à compter du jour où elle en a eu connaissance, proposer une modification du contrat avec effet rétroactif au jour de l'aggravation du risque.

Si la **Compagnie** apporte la preuve qu'elle n'aurait en aucun cas assuré le risque aggravé ou si la proposition de modification du contrat n'a pas été acceptée voire refusée par le **Preneur d'assurance**, elle peut résilier le contrat dans le même délai.

1.7 Droits du Preneur d'assurance

1.7.1 Désignation du Bénéficiaire

Le **Preneur d'assurance** a la possibilité de désigner un ou plusieurs **Bénéficiaires**.

L'attribution bénéficiaire peut être modifiée sur demande écrite du **Preneur d'assurance**. Toutefois, le **Preneur d'assurance** doit obtenir le consentement :

- du **Bénéficiaire** si le bénéfice a été précédemment accepté ;
- de l'**Assuré** s'il est différent du **Preneur d'assurance**.

La modification de l'attribution bénéficiaire est actée par un **avenant** au contrat portant les signatures de la **Compagnie** et du **Preneur d'assurance**.

1.7.2 Réduction du contrat

Lorsque la valeur de réduction est positive, le **Preneur d'assurance** peut demander par écrit la réduction des prestations assurées pour autant qu'il ait payé, à titre de prime du contrat, une ou plusieurs sommes dont la valeur totale est au moins égale à celle des primes des deux premières années d'assurance.

Pour les assurances de prévoyance – vieillesse, la réduction est possible à tout moment.

Elle libère définitivement le **Preneur d'assurance** du paiement des primes. Celui-ci conserve le bénéfice du contrat pour des prestations assurées réduites.

La **Compagnie** détermine la valeur de réduction des prestations assurées conformément à la note technique élaborée pour chaque combinaison d'assurance et notifiée au Commissariat aux Assurances.

La valeur de réduction est calculée à la date correspondant à la fin de la période d'assurance couverte par la dernière prime payée ou fraction de prime payée. La réduction prend effet à cette date.

La réduction des prestations assurées est actée par un **avenant** portant les signatures de la **Compagnie** et du **Preneur d'assurance**.

1.7.3 Remise en vigueur du contrat réduit

Le **Preneur d'assurance** peut demander par écrit la remise en vigueur du contrat réduit, sous réserve de l'accord préalable de la **Compagnie**. La remise en vigueur est faite aux conditions en application à la **Compagnie** à ce moment.

La remise en vigueur est conditionnée au résultat favorable d'examens médicaux et les frais de ces examens incombent au **Preneur d'assurance**.

1.7.4 Rachat du contrat

Lorsque la valeur de rachat est positive, le **Preneur d'assurance** peut demander, par écrit accompagné d'une copie de la carte d'identité en cours de validité et d'un Relevé d'Identité Bancaire au nom du **Preneur d'assurance**, le rachat total du contrat pour autant que ce dernier ait payé, à titre de prime du contrat, une ou plusieurs sommes dont la valeur totale est au moins égale à celle des primes des deux premières années d'assurance.

En aucun cas, le montant global de la valeur de rachat ne peut dépasser la prestation assurée en cas de décès au moment du rachat.

La **Compagnie** détermine la valeur de rachat conformément à la note technique élaborée pour chaque combinaison d'assurance et notifiée au Commissariat aux Assurances.

L'excédent éventuel de la valeur de rachat est transformé en une prime unique servant à financer une assurance à capital différé sans remboursement de primes, dont la prestation assurée est payable à l'expiration du contrat, déterminée dans les **conditions particulières**, si l'**Assuré** est en vie à cette date.

Le rachat prend effet le jour où le **Preneur d'assurance** signe la quittance de règlement endéans un délai de 30 jours, délai après lequel la quittance de règlement expire.

La valeur de rachat est calculée à la date de la réception de la demande de rachat ou à la date correspondant à la fin de la période d'assurance couverte par la dernière prime payée ou fraction de prime payée.

Dans l'hypothèse d'une acceptation de bénéfice, l'exercice du droit au rachat est conditionné à l'accord du **Bénéficiaire** acceptant.

Le droit au rachat n'existe pas pour les assurances à capital différé sans remboursement de primes.

1.7.5 Avance sur les prestations

Contre dépôt de l'original du contrat, le **Preneur d'assurance** peut obtenir une avance, portant intérêts, sur les prestations assurées au titre des garanties principales, sous réserve de l'accord préalable de la **Compagnie**.

Le montant minimum de chaque avance est fixé à 500.- €.

Le montant global des avances ne peut être supérieur à 80% de la valeur de rachat et est limité à la prestation assurée en cas de décès.

L'avance est actée par un **avenant** précisant les modalités et conditions de l'avance portant les signatures de la **Compagnie**, de **Preneur d'assurance** et, le cas échéant, du **Bénéficiaire** acceptant.

Le droit à l'avance n'existe pas pour les assurances temporaires en cas de décès et les assurances de prévoyance – vieillesse.

1.7.6 Cession des droits

A tout moment, le **Preneur d'assurance** peut demander par écrit à la **Compagnie** de céder en tout ou en partie les droits résultant du contrat.

Dans l'hypothèse d'une acceptation de bénéfice, l'exercice du droit de cession est conditionné à l'accord du **Bénéficiaire** acceptant.

La cession est opérée par un **avenant** portant les signatures de la **Compagnie**, du **Preneur d'assurance** et celle du cessionnaire. Le consentement de l'**Assuré** est également requis.

Le droit de cession n'existe pas pour les assurances de prévoyance – vieillesse.

1.7.7 Modification du contrat

Le **Preneur d'assurance** peut demander à la **Compagnie** d'adapter les **conditions particulières** de son contrat sur base des formulaires délivrés par la **Compagnie**.

Sous réserve de l'accord préalable de la **Compagnie**, l'adaptation est faite aux conditions en vigueur à la **Compagnie** à ce moment et peut être conditionnée au résultat favorable d'examens médicaux.

L'adaptation est actée par un avenant portant les signatures de la **Compagnie**, du **Preneur d'assurance** et, le cas échéant, du **Bénéficiaire** acceptant.

1.8 Primes

1.8.1 Paiement des primes

En contrepartie des engagements de la **Compagnie**, le **Preneur d'assurance** paie les primes ou fractions de primes dont le montant, la modalité de paiement et la durée de versement sont précisés aux **conditions particulières**.

Sauf pour le cas de la domiciliation bancaire, la **Compagnie** adresse au **Preneur d'assurance** à chaque échéance un avis de paiement indiquant le montant de la prime.

1.8.2 Cessation du paiement des primes

Lorsque la **Compagnie** constate le non-paiement d'une prime ou d'une fraction de prime dans un délai de 10 jours de son échéance, elle adresse au dernier domicile connu du **Preneur d'assurance**, par lettre recommandée, une mise en demeure rappelant la date d'échéance, le montant des primes non payées et les conséquences du non-paiement de la prime ou de la fraction de prime.

Si la prime reste impayée dans les 30 jours à compter du lendemain du dépôt de la lettre recommandée à la poste, la **Compagnie** procède :

- soit à la résiliation du contrat en versant la valeur de rachat s'il y a lieu ;
- soit à la réduction des garanties du contrat.

Si le **Preneur d'assurance** informe la **Compagnie**, par écrit, de sa décision de cesser le paiement des primes du contrat, après la date d'échéance d'une prime impayée, la **Compagnie** est dispensée de la mise en demeure.

1.9 Risques non couverts

1.9.1 Risques toujours exclus

La Compagnie couvre tous les risques de décès de l'Assuré dans le monde entier, quelle qu'en soit la cause, sous réserve des exclusions décrites ci-après :

- **en cas de décès résultant d'un suicide survenu moins d'un an après la conclusion du contrat ou de sa remise en vigueur ; ce même principe s'applique en cas d'augmentation des prestations assurées, à concurrence de cette augmentation et pendant l'année qui suit cette augmentation ;**
- **en cas de décès survenu par le fait intentionnel de l'Assuré ou sur instigation du Preneur d'assurance ou d'un Bénéficiaire ou de toute autre personne ayant, de façon directe ou indirecte, un intérêt au contrat, sauf en cas de légitime défense ou de sauvetage et d'accomplissement du devoir professionnel ;**
- **lorsque le décès est causé par événement de guerre ou par des faits de même nature, s'il existe un rapport direct ou indirect entre le décès et toute action offensive ou défensive d'une puissance belligérante ;**
- **le décès survenu directement ou indirectement au cours d'émeutes même non concertées, de manifestations violentes, de troubles civils ou de tous actes de violence organisés dans la clandestinité (y compris le terrorisme nucléaire, bactériologique et chimique) à des fins idéologiques, politiques, économiques ou sociales, exécutés individuellement ou en groupe, attentant à des personnes ou détruisant des biens, accompagnés ou non de rébellion contre l'autorité ;**
- **en cas de décès résultant d'une condamnation judiciaire à la peine capitale ou ayant pour cause immédiate et directe un crime ou un délit intentionnel dont l'Assuré est auteur ou coauteur et dont il a pu prévoir les conséquences ;**
- **en cas de décès causé par les propriétés radioactives, toxiques et explosives des combustibles nucléaires ou déchets radioactifs ;**
- **en cas de décès survenu à l'occasion d'un saut dans le vide à l'élastique (benji).**

1.9.2 Risques pouvant être assurés

Est exclu de l'assurance, sauf convention contraire et moyennant paiement d'une éventuelle surprime, le décès de l'Assuré lorsqu'il résulte :

- **d'un accident d'un appareil de navigation aérienne au bord duquel il a pris place en qualité de pilote ou de membre de l'équipage ;**
- **de l'utilisation d'un appareil de navigation aérienne à des fins de compétitions ou exhibitions, essais de vitesse, raids, vols d'entraînement, records ou tentatives de records, ainsi que pendant tout essai en vue de participer à l'une de ces activités ;**
- **de l'exercice d'une activité sportive à risque telle que le deltaplane, l'ULM, le parachutisme ascensionnel ou à ouverture automatique.**

En cas de décès de l'Assuré par suite de survenance d'un risque exclu, la Compagnie paie au Bénéficiaire la valeur de rachat, limitée à la prestation assurée en cas de décès.

Si le décès de l'Assuré résulte du fait intentionnel d'un Bénéficiaire, cette valeur de rachat est payée aux autres Bénéficiaires désignés aux conditions particulières, selon l'ordre y établi.

1.10 Règlement des prestations

La **Compagnie** paie les prestations assurées, contre quittance de règlement adressée au **Bénéficiaire**, dans les 30 jours après réception de l'ensemble des pièces énumérées ci-dessous :

- les **conditions particulières** signées et les **avenants** éventuels ;
- la preuve du paiement de la dernière prime exigible et le cas échéant de la dernière quittance d'intérêts sur avance ;
- une copie de la carte d'identité en cours de validité du **Bénéficiaire** et une copie d'un Relevé d'Identité Bancaire au nom du **Bénéficiaire** ;
- une copie des documents justificatifs attestant de la qualité du représentant légal lorsque le **Bénéficiaire** est juridiquement incapable.

En outre, il y a lieu d'ajouter :

- en cas de vie de l'**Assuré** :
 - un certificat de vie au terme du contrat.
- en cas de décès de l'**Assuré** :
 - un extrait de l'acte de décès ;
 - un certificat médical mentionnant les circonstances et la cause du décès, rédigé par le ou les médecins qui ont traité l'**Assuré** lors de sa dernière maladie ou, en cas de décès inopiné, par le médecin qui a constaté le décès ;
 - un acte de notoriété indiquant les qualités et droits des **Bénéficiaires** lorsqu'ils n'ont pas été nominativement désignés.

La **Compagnie** se réserve le droit de demander toutes pièces qu'elle juge utiles pour établir le droit à la prestation.

1.11 Participation aux bénéfices et revalorisation

Selon l'option choisie par le **Preneur d'assurance** lors de la souscription du contrat et indiquée dans les **conditions particulières**, la **Compagnie** accorde soit une participation aux bénéfices, soit une revalorisation.

La **Compagnie** informe chaque année le **Preneur d'assurance** des montants de la participation aux bénéfices ou de la revalorisation. Ces montants sont acquis définitivement et il en est tenu compte pour le calcul des valeurs de réduction et de rachat.

Avant la clôture de l'exercice annuel et l'établissement des comptes de résultats, la **Compagnie** calcule la différence entre :

- les chargements de primes et les dépenses réelles auxquelles ils sont destinés à faire face ;
- la mortalité prévue d'après les tables utilisées et la mortalité réelle ;
- l'intérêt réel des placements représentatifs des réserves mathématiques et l'intérêt de ces réserves calculé au taux du tarif ;
- le montant des valeurs mobilières réalisées ou remboursées au cours de l'exercice et le prix d'achat y afférent ; il sera toutefois tenu compte des amortissements.

Lorsque la somme de ces différences est positive, le conseil d'administration propose à l'assemblée générale des actionnaires d'en fixer une part à répartir au profit de contrats répondant aux critères ci-après.

Pour les contrats accordant une revalorisation, ces répartitions s'effectuent par majoration des réserves mathématiques des contrats. Lorsque les primes à échoir sont majorées au même taux, l'augmentation des capitaux qui en résulte est proportionnelle. Lorsque le **Preneur d'assurance** renonce à la majoration des primes, il bénéficie uniquement de l'augmentation gratuite de la réserve mathématique considérée comme prime unique d'inventaire garantissant une augmentation de capitaux moindres.

Ne bénéficient pas de ces répartitions, les contrats dont :

- ni le capital vie,
- ni la prime annuelle (dont sont déduites les éventuelles primes complémentaires),

n'atteignent pas les minima fixés par le conseil d'administration. Il en va de même pour les contrats qui, au moment de la répartition, sont réduits.

1.12 Communication et protection des données

1.12.1 Communication

Toute communication du **Preneur d'assurance** relative au contrat d'assurance est à adresser par écrit à la **Compagnie**.

Le domicile du **Preneur d'assurance** est élu de droit à l'adresse mentionnée dans les **conditions particulières**. Les notifications de la **Compagnie** sont valablement faites à cette adresse. En cas de changement de domicile du **Preneur d'assurance**, ce dernier doit en informer, par écrit et dans le meilleur délai, la **Compagnie**.

En cas de pluralité de **preneurs d'assurance**, toute communication faite à l'adresse indiquée aux **conditions particulières** par la **Compagnie** est opposable à l'égard de l'ensemble de ceux-ci.

1.12.2 Protection des données

Conformément à la loi luxembourgeoise du 2 août 2002 concernant le traitement des données à caractère personnel, le **Preneur d'assurance**, l'**Assuré** et le(s) **Bénéficiaire(s)** autorisent la **Compagnie d'Assurance** à collecter, enregistrer et à traiter les données qui lui sont communiquées (en ce compris les données médicales) en vue d'apprécier les risques, de préparer, d'établir, de gérer, d'exécuter le Contrat, de régler un éventuel sinistre et de prévenir toute fraude. La **Compagnie d'Assurance** est autorisée à communiquer les données à caractère personnel concernant le Preneur d'assurance et l'**Assuré** aux assureurs, réassureurs, médecins-conseils ainsi qu'aux organismes ou personnes auxquels la Compagnie est légalement tenue de communiquer lesdites données dans le respect du secret professionnel et conformément aux modalités et aux conditions énoncées à l'article 300 de la loi luxembourgeoise sur le secteur des assurances du 7 décembre 2015 concernant le secret professionnel en matière d'assurance.

Le **Preneur d'assurance** ainsi que les personnes concernées par le **Contrat** disposent d'un droit d'accès et de rectification de toute information les concernant qui figurerait sur tout

fichier à l'usage de la **Compagnie** par demande écrite datée et signée adressée au Chargé de la Protection des Données via l'adresse de correspondance suivante : AXA Assurances Vie Luxembourg S.A -1, place de l'Etoile- L-1479 Luxembourg.

À partir de la date à laquelle le **Bénéficiaire** a acquis irrévocablement la qualité de bénéficiaire, ce dernier dispose également du droit d'accéder aux données le concernant, ainsi que d'en demander la rectification si lesdites données sont erronées, incomplètes ou devenues obsolètes. Les données à caractère personnel sont conservées par la **Compagnie** au plus tôt jusqu'à l'expiration du **Contrat** et au plus tard jusqu'à l'expiration des délais de prescriptions légaux.

De manière générale, ces données sont nécessaires à la **Compagnie** pour lui permettre d'apprécier les risques, de préparer, d'établir, de gérer, d'exécuter les Contrats, de régler d'éventuels sinistres et de prévenir toute fraude potentielle.

Par ailleurs, ces données peuvent également être traitées à des fins de prospection commerciale sur accord exprès du Preneur d'assurance / de l'Assuré.

1.13 Régime fiscal applicable au contrat

Tous impôts, taxes et contributions, présents ou futurs, applicables au contrat ou aux sommes dues ou à devoir, sont à charge du **Preneur d'assurance**, de ses ayants droit ou du **Bénéficiaire**.

Les impôts et autres charges éventuels applicables aux prestations sont déterminés par la loi du pays de résidence du **Bénéficiaire** et/ou par la loi du pays de la source des revenus.

La législation fiscale du pays de résidence du défunt et/ou la loi du pays de résidence du **Bénéficiaire** sont applicables en matière de droits de succession.

1.14 FATCA - Échange automatique d'informations

1.14.1 FATCA - Identification des "US Person"

Conformément à la législation FATCA (Foreign Account Tax compliant Act) par laquelle l'administration fiscale américaine (IRS: Internal Revenue Service) a mis en place un dispositif destinée à collecter annuellement auprès des institutions financières étrangères les informations concernant les avoirs et revenus détenus par des contribuables américains en dehors des Etats-Unis, la **Compagnie** a l'obligation d'identifier ceux de ses clients ayant le statut dit de "US Person" au sens de la législation FATCA lors de la souscription et du versement des prestations.

Lors de la souscription d'un contrat **Juvena**, **Azzura** ou **Equatoria**, le **Preneur d'assurance** devra compléter et signer l'Annexe spécifique à la **Proposition d'assurance** à la **Compagnie** de détecter les indices d'américanité.

En cas d'existence d'indice, le **Preneur d'assurance** sera invité par la **Compagnie** à fournir certains documents et à compléter le formulaire adéquat exigé par l'administration fiscale compétente.

Le **Preneur d'assurance** est responsable de toute déclaration fausse, omise ou erronée concernant son statut relatif à la réglementation FATCA et à sa qualité ou non de "US Person". La **Compagnie** ne peut en aucun cas être tenue pour responsable des conséquences dommageables qui pourraient émaner d'une telle omission.

Conformément à la législation applicable et à l'accord intergouvernemental signé avec le Luxembourg, en cas de détection d'indices d'américanité, le **Preneur d'assurance** autorise expressément la **Compagnie** à communiquer annuellement les informations relatives au **Preneur d'assurance** à l'administration fiscale compétente concernant son identité ainsi que les avoirs et revenus détenus auprès de la **Compagnie**.

Pendant toute la durée du **Contrat**, le **Preneur d'assurance** a l'obligation d'informer la **Compagnie**, de tout changement affectant sa situation personnelle ou celle du **Bénéficiaire**, pouvant conduire à une modification de son statut US ou non US Person au sens de la loi américaine. Cette information devra être faite par courrier à l'adresse du siège social de la **Compagnie**.

De même, si la **Compagnie** apprenait que le **Preneur**, l'**Assuré** ou le(s) **Bénéficiaire(s)** du contrat, était devenu "US Person" sans avoir informé la **Compagnie**, celle-ci enverra un courrier recommandé au **Preneur** au sein duquel elle lui demandera de lui confirmer ou infirmer son statut, dans un délai de deux mois à compter de l'envoi du courrier recommandé.

Conformément à la législation applicable et à l'accord inter-gouvernemental signé avec le Luxembourg, le **Preneur d'assurance** est informé et accepte qu'en cas de détection par la **Compagnie** d'indices d'américanité dans le chef du **Preneur d'assurance**, l'**Assureur** communique chaque année à l'administration fiscale luxembourgeoise, qui les retransmettra à l'administration fiscale américaine compétente, l'identité du **Preneur d'assurance** ainsi que le détail des avoirs et revenus détenus auprès de l'**Assureur**.

La **Compagnie** se réserve le droit de demander à tout moment tout document complémentaire pour s'assurer du statut du **Preneur d'assurance**.

1.14.2 CRS (Common Reporting Standard)

Dans le cadre des initiatives prises au sein de l'OCDE en matière d'échange d'informations en matière fiscale, et de la mise en place par le Luxembourg des règles et procédures d'échange automatique d'informations organisées par la Directive 2014/107/UE du 9 décembre 2014, La **Compagnie** est tenue de communiquer chaque année à l'administration fiscale compétente luxembourgeoise, des informations sur les avoirs et revenus détenus par toute personne ayant sa résidence dans un Etat Membre autre que le Luxembourg ou un Etat participant ne faisant pas partie de l'Union Européenne. Les informations ainsi collectées seront retransmises à l'administration fiscale compétente de cet autre Etat Membre ou Etat participant.

La **Compagnie** a dans ce cadre l'obligation de vérifier et d'identifier dès la souscription – ainsi que pendant toute la vie du **Contrat**, le pays de résidence fiscale des **Preneurs d'assurance**. A cette fin, le **Preneur d'assurance** devra, au moment de la souscription, compléter et signer l'annexe spécifique à la **Proposition d'assurance** renseignant la **Compagnie** sur son pays de résidence fiscale. Il sera par ailleurs tenu de signaler par écrit à la **Compagnie** tout changement d'adresse et de pays de résidence fiscale intervenant pendant la vie du **Contrat**.

Le **Preneur d'assurance** est responsable de toute déclaration fausse, omise ou erronée concernant son pays de résidence. La **Compagnie** ne peut en aucun cas être tenue responsable des conséquences dommageables qui pourraient résulter d'une telle déclaration.

La **Compagnie** se réserve par ailleurs le droit de demander à tout moment tout document justificatif le renseignant sur le pays de résidence du **Preneur d'assurance**.

***Avertissement général :** En souscrivant au Contrat, le Preneur d'Assurance accepte de façon générale que la Compagnie puisse être amené à communiquer des informations personnelles aux autorités fiscales luxembourgeoises et/ou aux autorités fiscales étrangères compétentes en relation avec le Contrat souscrit, lorsqu'une telle communication résulte d'une obligation légale ou de l'application d'un accord ou d'une convention européenne ou internationale engageant le Luxembourg. Le refus ou l'opposition du Preneur d'assurance à l'exécution par la Compagnie de ses obligations déclaratives constitueraient une cause de résiliation immédiate du Contrat, sans que la Compagnie ne puisse être tenue responsable des conséquences dommageables qui pourraient en découler.*

1.15 Aspects fiscaux pour l'assurance prévoyance vieillesse

1.15.1 Fiscalité des prestations

Le contrat, souscrit pour une durée minimale de 10 ans, prévoit le paiement des prestations stipulées aux **conditions particulières**, au plus tôt à l'âge de 60 ans du **Preneur d'assurance**, au plus tard à l'âge de 75 ans soit en rente viagère mensuelle, soit en capital, soit en une combinaison des deux, conformément à l'article 111bis.

Lorsque les conditions ci-avant sont respectées, l'imposition au Grand-Duché de Luxembourg de la prestation au terme du contrat se fait de la manière suivante :

- le remboursement en capital est imposable comme revenu divers (article 99-4 L.I.R.) par application de la moitié du taux global;
- la rente viagère bénéficie d'une exemption de 50%. L'autre moitié de la rente viagère est imposable comme revenu résultant des pensions ou rentes (article 96 L.I.R.).

Les prestations versées à un **Bénéficiaire** non résident sont susceptibles d'être imposables dans son pays de résidence.

1.15.2 Fiscalité du rachat anticipé

Le rachat du contrat de prévoyance-vieillesse :

- avant l'âge de 60 ans du **Preneur d'assurance** ou
- avant la durée minimale de 10 ans du contrat

rend l'intégralité du remboursement anticipé de l'épargne accumulée ou bien le capital constitutif de la rente viagère imposable selon le régime normal.

Les versements déduits antérieurement deviennent imposables au titre de l'année d'imposition lors de laquelle l'anticipation du paiement a lieu. Ils sont considérés comme revenus divers (article 99-5 L.I.R). A ce titre, ils ne bénéficient pas d'un taux d'impôt préférentiel mais le taux plein de l'impôt est applicable au montant total des versements.

Lorsque le paiement anticipatif a lieu sous forme d'une rente viagère, celle-ci est imposable comme revenu périodique provenant de pensions ou rentes (article 96 L.I.R.), sous réserve d'une exemption à concurrence de 50% (article 115, numéro 14a L.I.R).

Lorsque le rachat a lieu pour des raisons d'**invalidité** ou de maladie grave, le remboursement de l'épargne accumulée est imposé à un taux réduit (système dit de la moitié du taux global).

Il est précisé que pour la formule d'assurance "Capital différé sans remboursement", le droit au rachat n'existe pas.

1.16 Frais bancaires

Les frais relatifs aux transferts de sommes entre les comptes bancaires de la **Compagnie** et ceux du **Preneur d'assurance** ou du **Bénéficiaire** sont respectivement à charge du **Preneur d'assurance** ou du **Bénéficiaire**.

1.17 Contestation

Si malgré les efforts déployés par la **Compagnie** pour résoudre les problèmes qui peuvent survenir au cours du contrat, le **Preneur d'assurance** n'a pas obtenu une réponse satisfaisante, il est invité à faire part de ses doléances par écrit à la Direction de la **Compagnie**.

Il peut également s'adresser à l'organisme de médiation institué sur l'initiative de l'Association des Compagnies d'Assurances et de l'Union Luxembourgeoise des Consommateurs ou au Commissariat aux Assurances, sans préjudice de la possibilité d'intenter une action en justice.

1.18 Loi applicable et juridiction compétente

Le contrat est régi par la loi luxembourgeoise.

Toute action en justice se rapportant au présent contrat est de la compétence exclusive des tribunaux du Grand-Duché de Luxembourg, sans préjudice de l'application des traités ou accords internationaux.

1.19 Prescription

Toute action dérivant du présent contrat est prescrite après un délai de 2 ans.

Le délai court, en ce qui concerne l'action du **Bénéficiaire** d'une assurance de personnes, à partir du jour où celui-ci a connaissance à la fois de l'existence du contrat, de sa qualité de **Bénéficiaire** et de la survenance de l'événement duquel dépend l'exigibilité des prestations d'assurance.

2 Assurance complémentaire contre le risque d'accident

En complément de la garantie principale, le **Preneur d'assurance** a la faculté de souscrire une garantie contre le risque d'accident.

Les présentes dispositions sont applicables si les **conditions particulières** font mention de la couverture de l'assurance complémentaire contre le risque d'accident (A.C.C.R.A.).

Les **conditions d'assurances** de la garantie principale sont applicables à la présente garantie complémentaire, dans la mesure où les dispositions ci-après n'y dérogent pas.

2.1 Définitions

Aux termes de la présente garantie complémentaire, on entend par :

2.1.1 Accident

L'**accident** est tout événement soudain et fortuit causé directement par l'action d'une force extérieure, étrangère à la volonté de l'**Assuré** et entraînant une lésion corporelle présentant des symptômes objectifs.

Sont assimilés à des **accidents** :

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

Le suicide n'est pas un **accident**.

2.1.2 Invalidité

L'**invalidité** désigne tant l'**invalidité physiologique** que l'**incapacité économique**.

L'**invalidité physiologique** correspond à la diminution de l'intégrité physique de l'**Assuré** qui résulte des suites d'un **accident** ou d'une maladie. Le taux d'**invalidité physiologique** est fixé sur base du «Barème International des Invalidités (L. Melennec)» ou à dire d'experts.

L'**incapacité économique** est une diminution de la capacité de travail de l'**Assuré**, consécutive à l'**invalidité physiologique** dont il est atteint. Son **degré** est fixé, par décision médicale, en tenant compte de la profession exercée par l'**Assuré** et de ses possibilités de réadaptation dans une activité professionnelle quelconque qui soit compatible avec ses connaissances, ses aptitudes et sa position sociale ; l'appréciation de ce **degré d'incapacité** est donc indépendante de tout autre critère économique.

L'**incapacité économique** est évaluée en fonction des conditions économiques normales.

Ne sont pas considérés comme **invalidité**, celles liées à une affection nerveuse ou mentale ne pouvant être directement objectivées par le biais de répercussions organiques.

2.1.3 Degré d'invalidité

Le **degré d'invalidité** est déterminé par le plus élevé des taux retenus respectivement pour l'**invalidité physiologique** et l'**incapacité économique**.

Les **invalidités physiologiques** et **incapacités économiques** existant déjà au moment de la prise en cours de la présente assurance ou résultant d'un risque exclus, ne peuvent intervenir pour la détermination du **degré d'invalidité**.

2.1.4 Permanence de l'invalidité

L'**invalidité** est **permanente** lorsqu'il en est jugé ainsi par les médecins selon la procédure décrite au point 2.7.

Le caractère de permanence ne peut être admis comme tel avant la consolidation de l'état de santé de l'**Assuré** et l'établissement formel de la permanence de cette **invalidité**.

2.1.5 Invalidité totale et permanente

L'**invalidité totale et permanente** est l'**invalidité**, dont le **degré** atteint au moins 67%, rendant définitivement impossible à l'**Assuré** de poursuivre l'exercice de sa profession ou de se réadapter, dans des conditions économiques normales, à une quelconque profession correspondant à ses connaissances, à ses aptitudes et à sa situation sociale.

2.2 Objet de la garantie

2.2.1 Engagement de la Compagnie

La **Compagnie** s'engage à payer au **Bénéficiaire**, les prestations assurées, selon la garantie prévue aux **conditions particulières**, lorsque l'**Assuré** est victime d'un **accident**, survenu tant au cours de sa vie privée que professionnelle et entraînant directement et exclusivement, endéans le délai d'un an à dater de l'**accident** :

- soit le décès de l'**Assuré** ;
- soit l'**invalidité totale et permanente** de l'**Assuré**.

La **Compagnie** s'engage, en cas de pluralité d'**Assurés**, à exécuter son obligation dès le premier décès ou la première reconnaissance, par la **Compagnie**, de l'**invalidité totale et permanente** de l'un de ces **Assurés**.

2.2.2 A.C.C.R.A. – Simple

La **Compagnie** s'engage à payer au **Bénéficiaire** un capital correspondant à une fois la prestation décès de la garantie principale.

2.2.3 A.C.C.R.A. – Double

La **Compagnie** s'engage à payer au **Bénéficiaire** un capital correspondant à deux fois la prestation décès de la garantie principale.

2.2.4 A.C.C.R.A. – Capital décroissant

La **Compagnie** s'engage à payer au **Bénéficiaire** un montant correspondant au capital assuré décroissant de la garantie principale dans le cadre d'une assurance temporaire à capital décroissant.

2.3 Primes

2.3.1 Paiement des primes

En contrepartie des engagements complémentaires de la **Compagnie**, le **Preneur d'assurance** paie les primes complémentaires. Ces primes sont redevables aux mêmes échéances et selon les mêmes modalités que celles relatives à la garantie principale.

Leur paiement est inséparable de celle de la garantie principale.

2.3.2 Cessation du paiement des primes

A la fin de chaque période d'assurance, correspondant à la dernière prime ou fraction de prime payée, le **Preneur d'assurance** peut demander par écrit à mettre fin au paiement des primes de la garantie complémentaire contre le risque d'**accident**, indépendamment de la garantie principale.

La cessation du paiement des primes complémentaires entraîne la résiliation de la présente garantie complémentaire dont la valeur de rachat ou de réduction est nulle.

2.4 Etendue territoriale

Les engagements de la présente garantie complémentaire sont acquis dans le monde entier, pour autant que la **Compagnie** puisse exercer normalement les moyens de contrôle médical prévus et sous réserve des exclusions décrites ci-après.

2.5 Risques non couverts

2.5.1 Risques toujours exclus

Outre les risques exclus prévus dans les conditions d'assurances, la garantie complémentaire ne couvre pas les accidents résultant :

- d'une tentative de suicide, pendant toute la durée du contrat ;
- d'exercices d'acrobaties, de paris ou défis et de façon générale de tout acte notoirement téméraire, auxquels l'Assuré aurait participé ;
- du fait que l'Assuré se trouvait, soit sous influence d'un stupéfiant, d'un hallucinogène ou d'une autre drogue, soit en état d'ivresse, soit en état d'intoxication alcoolique à moins qu'il n'existe aucune relation causale entre le décès ou l'invalidité totale et permanente et ces circonstances ;
- d'un cataclysme naturel.

2.5.2 Risques pouvant être assurés

Sauf convention contraire et moyennant paiement d'une éventuelle surprime, la garantie complémentaire ne couvre pas les accidents survenant à l'occasion :

- **de l'exercice de professions et d'activités professionnelles à risques telles que, par exemple :**
 - **marin (pétrolier, bateau de sauvetage, sous-marin) ;**
 - **plateforme pétrolière ;**
 - **tous travaux sous l'eau ;**
 - **la descente dans les puits, mines ou carrières ;**
 - **les travaux aux installations de haute tension ;**
 - **les travaux pouvant entraîner une chute de plus de 4 mètres ;**
 - **les travaux sur échafaudage ou sur toiture ;**
 - **la construction, l'entretien ou la démolition d'immeubles ou de structures ;**
 - **l'abattage et/ou l'élagage d'arbre ;**
 - **les pompiers ;**
 - **les policiers de brigade spéciale ou antigang ou antidrogue ;**
 - **le personnel armé ;**
 - **comportant la fabrication, la transformation ou la manipulation de substances chimiques ou biologiques ;**
 - **comportant la fabrication, l'usage ou la manipulation de pièces d'artifices ou d'engins et produits explosifs ou corrosifs ;**
 - **comportant le transport de matières inflammables ou explosives.**
- **d'un accident d'un appareil de navigation aérienne au bord duquel l'Assuré a pris place en qualité de pilote ou de membre de l'équipage ;⁽¹⁾**
- **de l'utilisation d'un appareil de navigation aérienne à des fins de compétitions ou exhibitions, essais de vitesse, raids, vols d'entraînement, records ou tentatives de records, ainsi que pendant tout essai en vue de participer à l'une de ces activités ;⁽¹⁾**
- **de l'usage, à titre de conducteur, d'un véhicule automoteur à 2 ou 3 roues dont la cylindrée est supérieure à 50 cm³ ;⁽¹⁾**
- **de l'exercice d'activités sportives à risques telles que, par exemple :**
 - **la chasse ;**
 - **l'utilisation et/ou la présence à bord d'un appareil ULM, d'un hélicoptère, d'une montgolfière ou d'un avion de moins de 8 places ;**
 - **la pratique d'un sport quelconque en tant que professionnel ou amateur rémunéré ;**
 - **le ski hors piste ; le saut à skis ; le bobsleigh ; le skeleton ;**
 - **la voile ou le yachting à voile ou à moteur à plus de 3 milles marins des côtes ;**
 - **l'alpinisme au delà de 3000 m d'altitude, l'escalade de falaises ou de murs artificiels sans pitons de sécurité, l'exploration archéologique et spéléologique ;**
 - **la plongée sous-marine avec appareil respiratoire autonome, au-delà de 40 m ;**

- la participation ou la préparation d'une épreuve sportive à bord d'un véhicule quelconque ;⁽¹⁾
- le parachutisme à ouverture automatique, le parachutisme ascensionnel, le parapente, le deltaplane ; le vol à voile, le parasailing ;⁽¹⁾
- la pratique des sports suivants, y compris la préparation, dans le cadre d'une compétition organisée par une fédération officielle ou dans le cadre de toute épreuve qui ne serait pas à caractère exclusivement ludique et occasionnelle ;
 - le motonautisme en compétition (inshore et offshore) ;⁽¹⁾
 - l'équitation en compétition ;
 - le ski sur neige ;
 - les sports de combats et arts martiaux.

2.6 Obligations en cas de sinistre

2.6.1 Déclaration de sinistre

Tout **accident** ayant causé le décès ou l'**invalidité totale et permanente** de l'**Assuré** doit être déclaré par écrit au Secrétariat Médical – Vie Particuliers de la **Compagnie**.

La déclaration doit être faite endéans le délai d'un mois à compter de la survenance de l'**accident**, sauf par suite de cas fortuit ou de force majeure où la déclaration doit se faire aussi rapidement que cela peut raisonnablement se faire, sous peine de réduction de la prestation à concurrence du préjudice subi par la **Compagnie**.

La déclaration doit indiquer :

- le lieu, la date, l'heure, les causes, la nature et les circonstances de l'**accident** ;
- les noms, prénoms et domiciles des témoins éventuels.

2.6.2 Renseignements et documents à fournir

A cette déclaration, doit être joint un certificat médical rédigé par le ou les médecins qui ont traité l'**Assuré** après l'**accident** ou qui ont constaté le décès. Ce certificat précise les causes et la nature exactes des lésions corporelles subies ainsi que leurs conséquences probables.

En outre, la **Compagnie** se réserve le droit d'exiger le procès-verbal, constatant l'**accident**, dressé par les autorités compétentes.

2.7 Constat de l'invalidité totale et permanente

Sur base des déclarations et du certificat médical, le médecin-conseil de la **Compagnie** apprécie la réalité ainsi que le caractère **total et permanent de l'invalidité**.

Il est précisé que la législation et la jurisprudence en matière de sécurité sociale ne sont pas d'application dans le cadre de la présente garantie complémentaire.

La **Compagnie** se réserve le droit de ne pas suivre les décisions d'octroi d'une **invalidité totale et permanente** accordée par le contrôle médical de la sécurité sociale.

⁽¹⁾ Risques ne pouvant pas être couverts par convention contraire et moyennant surprime dans les assurances de prévoyance - vieillesse.

2.8 Contestation

En cas de contestation sur l'état de santé de l'**Assuré**, la contestation est soumise contradictoirement à une commission médicale composée de deux médecins-experts, désignés l'un par le **Preneur d'assurance** et/ou l'**Assuré** et l'autre par la **Compagnie**.

Faute d'accord entre ces deux médecins, ceux-ci désignent un troisième médecin-expert dont le rôle est de les départager.

Si l'une des parties ne nomme pas son expert ou si les deux experts ne s'entendent pas sur le choix du troisième, la désignation en est faite par le Président du tribunal d'arrondissement du domicile de l'**Assuré**, à la requête de la partie la plus diligente.

Chaque partie supporte les honoraires de son expert ; les honoraires du troisième expert sont partagés par moitié.

2.9 Bénéficiaire

En cas de décès de l'**Assuré**, la **Compagnie** paie les prestations assurées dans le cadre de la garantie complémentaire au **Bénéficiaire** désigné aux **conditions particulières**. Dans l'hypothèse d'un décès simultané des deux **Assurés**, l'**Assuré** le plus jeune est présumé avoir survécu.

En cas d'**accident** entraînant l'**invalidité totale et permanente**, la **Compagnie** procède, sauf stipulation contraire, au versement des prestations assurées à l'**Assuré** invalide.

2.10 Règlement des prestations

La **Compagnie** paie les prestations assurées, contre quittance de règlement adressée au **Bénéficiaire**, dans les 30 jours de la réception de l'ensemble des pièces justificatives nécessaires au règlement des prestations.

2.11 Durée de la couverture

Le droit à la garantie complémentaire est conditionné à l'existence de la garantie principale.

En cas de résiliation, de réduction, de rachat, d'annulation de la garantie principale, la garantie complémentaire s'éteint de plein droit.

Les primes complémentaires afférentes à la période antérieure à la date de fin de la garantie complémentaire restent acquises à la **Compagnie** pour le financement du risque couvert.

La garantie cesse au terme fixé aux **conditions particulières**, sans pouvoir dépasser la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle l'**Assuré** atteint l'âge de 65 ans révolus.

Le versement des prestations assurées dans le cadre de la présente garantie met fin à la garantie complémentaire.

⁽¹⁾ Risques ne pouvant pas être couverts par convention contraire et moyennant surprime dans les assurances de prévoyance - vieillesse.

3 Assurance complémentaire contre le risque d'invalidité liée aux assurances Equatoria, Alizea et Domia

En complément des garanties principales **Equatoria, Alizea et Domia**, le **Preneur d'assurance** a la faculté de souscrire une garantie complémentaire contre le risque d'invalidité.

Les présentes dispositions sont applicables si les **conditions particulières** font mention de la couverture de l'assurance complémentaire contre le risque d'invalidité (A.C.C.R.I.).

Les **conditions d'assurances** de la garantie principale sont applicables à la présente garantie complémentaire, dans la mesure où les dispositions ci-après n'y dérogent pas.

3.1 Définitions

Aux termes de la présente garantie complémentaire, on entend par :

3.1.1 Accident

L'**accident** est tout événement soudain et fortuit causé directement par l'action d'une force extérieure, étrangère à la volonté de l'**Assuré** et entraînant une lésion corporelle présentant des symptômes objectifs.

Sont assimilés à des **accidents** :

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

Le suicide n'est pas un **accident**.

3.1.2 Maladie

La **maladie** est toute altération de la santé d'origine non accidentelle et contrôlable par un examen médical. L'état de grossesse n'est pas une maladie.

3.1.3 Invalidité

L'**invalidité** désigne tant l'**invalidité physiologique** que l'**incapacité économique**.

L'**invalidité physiologique** correspond à la diminution de l'intégrité physique de l'**Assuré** qui résulte des suites d'un **accident** ou d'une **maladie**. Le taux d'**invalidité physiologique** est fixé sur base du «Barème International des Invalidités (L. Melenec) ou à dire d'experts.»

L'**incapacité économique** est une diminution de la capacité de travail de l'**Assuré**, consécutive à l'**invalidité physiologique** dont il est atteint. Son **degré** est fixé, par décision médicale, en tenant compte de la profession exercée par l'**Assuré** et de ses possibilités de réadaptation dans une activité professionnelle quelconque qui soit compatible avec ses connaissances, ses aptitudes et sa position sociale ; l'appréciation de ce **degré d'incapacité** est donc indépendante de tout autre critère économique.

L'**incapacité économique** est évaluée en fonction des conditions économiques normales.

3.1.4 Degré d'invalidité

Le **degré d'invalidité** est déterminé par le plus élevé des taux retenus respectivement pour l'**invalidité physiologique** et l'**incapacité économique**.

Pour les contrats comportant deux Assurés, dans le cadre de la garantie ACCRI-primés expliquée ci-dessous (cfr. 3.2.3), si les deux Assurés sont frappés l'un et l'autre d'une invalidité partielle, le cumul des taux n'est effectué que pour autant que chacun des Assurés justifie une invalidité partielle de 25 % au moins. Les taux cumulés ne sont pris en considération que pour un maximum de 100 %. Les invalidités physiologiques et incapacités économiques existant déjà au moment de la prise en cours de la présente assurance ou résultant d'un risque exclus, ne peuvent intervenir pour la détermination du degré d'invalidité.

3.1.5 Couverture limitée

la couverture est limitée si l'invalidité est la conséquence :

- D'un burn-out ;
- De complications psychiatriques de maladies somatiques ;
- De troubles psychiques fonctionnels et de leurs conséquences qui ne peuvent être directement objectivées par le biais de répercussions organiques.

La prestation assurée pour l'**invalidité** causée par une des affections susmentionnées est allouée après l'expiration d'un délai de carence d'un an à dater de la consolidation de l'état de santé. La période totale d'indemnité est limitée pour l'ensemble de ces affections à **3 ans** au maximum pendant toute la durée de la police."

Par ailleurs, dans le cadre de la garantie « A.C.C.R.I.- Capital décroissant », l'**invalidité** ayant pour origine une des affections susmentionnées est exclue.

3.1.6 Permanence de l'invalidité

L'**invalidité** est **permanente** lorsqu'il en est jugé ainsi par les médecins selon la procédure décrite au point 3.7.

Le caractère de permanence ne peut être admis comme tel avant la consolidation de l'état de santé de l'**Assuré** et l'établissement formel de la permanence de cette **invalidité**.

3.1.7 Invalidité totale et permanente

L'**invalidité totale et permanente** est l'**invalidité**, dont le **degré** atteint au moins 67%, rendant définitivement impossible à l'**Assuré** de poursuivre l'exercice de sa profession ou de se réadapter, dans des conditions économiques normales, à une quelconque profession correspondant à ses connaissances, à ses aptitudes et à sa situation sociale.

3.1.8 Délai d'attente

Le **délai d'attente** est le délai prenant cours à la date d'effet de la garantie complémentaire contre le risque d'**invalidité** pendant lequel le risque n'est pas couvert. Le **délai d'attente** est de 9 mois pour toute **invalidité** due aux suites d'une grossesse.

3.1.9 Revenus professionnels

Pour les représentants des professions libérales et les autres indépendants, le **revenu professionnel** est le revenu net, qui est le bénéfice généré par l'activité indiquée dans la proposition d'assurance (article 10 points 1 à 3 de la Loi relative à l'impôt sur le revenu du 04/12/1967).

Pour les salariés, le **revenu professionnel** est la rémunération brute reprise dans le certificat de salaire.

A la demande de la **Compagnie**, le **Preneur** s'engage à fournir à celle-ci tout document qu'elle jugera utile pour attester de ses **revenus professionnels** ou de ceux de l'**Assuré**.

3.2 Objet de la garantie

3.2.1 Engagement de la Compagnie

La **Compagnie** s'engage à payer au **Bénéficiaire** les prestations assurées, selon la ou les garanties prévues aux **conditions particulières**, lorsque l'**Assuré** est victime d'un **accident** ou d'une **maladie**, survenu tant au cours de sa vie privée que professionnelle et entraînant directement et exclusivement :

- soit une **invalidité totale et permanente** ;
- soit une **invalidité partielle et permanente**, pour autant que celle-ci atteigne un degré égal au moins à 25 %.

3.2.2 A.C.C.R.I. – Rente

La **Compagnie** s'engage à payer à l'**Assuré**, proportionnellement au **degré d'invalidité**, la rente annuelle d'**invalidité** fixée aux **conditions particulières**.

La rente d'**invalidité** est calculée par quarts trimestriels aux 30 mars, 30 juin, 30 septembre et 30 décembre, et payée le mois suivant.

La rente d'**invalidité** est due pour tout mois commencé. Dans ce cas, un prorata du montant de la rente mensuelle est calculé suivant le nombre de jours indemnisés. Il en est de même à la fin de la période d'**invalidité** ou de prestation pour un mois non terminé, le calcul de la rente se faisant au prorata du nombre de jours indemnisés.

Il est précisé qu'un mois est considéré comme contenant trente jours.

Sauf convention contraire, la rente d'**invalidité** versée en cas de sinistre ne peut excéder, en base annuelle, 80 % de la moyenne des revenus annuels professionnels de l'**Assuré** des 3 années civiles précédant la date du sinistre. En cas de dépassement de cette limite, la **Compagnie** est habilitée à réduire la rente jusqu'à cette limite et à diminuer la prime proportionnellement, avec effet dans le mois suivant la prise de connaissance de ce dépassement. Les prestations déjà versées restent inchangées jusqu'à la date de réduction. Cette limite d'intervention de 80 % n'est toutefois pas d'application lorsque la rente annuelle assurée est inférieure ou égale à 12.500 €. La **Compagnie** se réserve le droit de revoir ces limites pour toute nouvelle souscription ou en cas d'adaptation de la rente assurée, ainsi que le droit de déterminer des montants minima et maxima de rente assurée.

Le **Preneur d'assurance** est tenu d'informer la **Compagnie** en cas de diminution non passagère des revenus de l'activité professionnelle de la personne assurée en-dessous de la limite des 80% définie ci-dessus. L'adaptation de la rente assurée et de la prime prennent effet le mois suivant la prise de connaissance de cette diminution.

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

3.2.3 A.C.C.R.I. – Primes

La **Compagnie** s'engage à prendre en charge, proportionnellement au **degré d'invalidité**, le paiement des primes de la garantie principale et des garanties complémentaires, taxes et frais compris. Le prorata des primes déjà payées par le **Preneur**, relatif à la période d'indemnisation, lui est remboursé par la **Compagnie** au plus tôt dans le courant des mois de janvier, d'avril, de juillet ou d'octobre. La prise en charge de la prime par la **Compagnie** est due pour tout mois commencé. Dans ce cas, un prorata du montant de la prestation mensuelle est calculé suivant le nombre de jours indemnisés. Il en est de même à la fin de la période d'invalidité ou de prestation pour un mois non terminé, le calcul de la prime prise en charge se faisant au prorata du nombre de jours indemnisés.

Il est précisé qu'un mois est considéré comme contenant trente jours.

3.2.4 A.C.C.R.I. – Capital décroissant

La **Compagnie** s'engage à payer au **Bénéficiaire** un montant correspondant au capital assuré décroissant de la garantie principale dans le cadre d'une assurance temporaire à capital décroissant en cas d'**invalidité totale et permanente** de l'**Assuré**.

Le versement du capital assuré décroissant dans le cadre de la présente garantie met fin à la garantie principale.

3.2.5 Faculté supplémentaire

En cas d'**invalidité totale et permanente** de l'**Assuré**, celui-ci peut demander à la **Compagnie**, s'il en fait la demande expresse une avance sur les prestations assurées lorsque la garantie principale couvre des prestations en cas de vie et de décès et que cette garantie le permet. La **Compagnie** en supporte les intérêts.

Le montant de cette avance est égal à la plus petite des prestations assurées.

3.3 Primes

3.3.1 Paiement des primes

En contrepartie des engagements complémentaires de la **Compagnie**, le **Preneur d'assurance** paie les primes complémentaires. Ces primes sont redevables aux mêmes échéances et selon les mêmes modalités que celles relatives à la garantie principale.

Leur paiement est inséparable de celle de la garantie principale.

3.3.2 Cessation du paiement des primes

A la fin de chaque période d'assurance, correspondant à la dernière prime ou fraction de prime payée, le **Preneur d'assurance** peut demander par écrit à mettre fin au paiement des primes de la garantie complémentaire contre le risque d'**invalidité**, indépendamment de la garantie principale.

La cessation du paiement des primes complémentaires entraîne la résiliation de la présente garantie complémentaire dont la valeur de rachat ou de réduction est nulle.

3.4 Etendue territoriale

Les engagements de la présente garantie complémentaire sont acquis dans le monde entier, pour autant que la **Compagnie** puisse exercer normalement les moyens de contrôle médical prévus et sous réserve des exclusions décrites ci-après.

3.5 Risques non couverts

3.5.1 Risques toujours exclus

Outre les risques exclus prévus dans les conditions d'assurances, la garantie complémentaire ne couvre pas les invalidités résultant :

- d'une tentative de suicide, pendant toute la durée du contrat ;
- d'exercices d'acrobaties, de paris ou défis et de façon générale de tout acte notoirement téméraire, auxquels l'Assuré aurait participé ;
- du fait que l'Assuré se trouvait, soit sous influence d'un stupéfiant, d'un hallucinogène ou d'une autre drogue, soit en état d'ivresse, à moins qu'il n'existe aucune relation causale entre l'invalidité et ces circonstances ;
- d'affections allergiques ;
- de syndrome de fatigue chronique, de spasmophilie ou de fibromyalgie et des affections qui l'accompagnent ;
- directement ou indirectement de toxicomanie, y compris l'alcoolisme et l'usage abusif de médicaments ;
- d'un traitement esthétique, à moins qu'il s'agisse de chirurgie réparatrice à la suite d'un accident ou d'un cancer ;
- de stérilisation, d'insémination artificielle ou de fécondation in vitro.

3.5.2 Risques pouvant être assurés

Sauf convention contraire et moyennant paiement d'une éventuelle surprime, la garantie complémentaire ne couvre pas les Invalidités survenant à l'occasion :

- **de l'exercice de professions et d'activités professionnelles à risques telles que, par exemple :**
 - **marin (pétrolier, bateau de sauvetage, sous-marin) ;**
 - **plateforme pétrolière ;**
 - **tous travaux sous l'eau ;**
 - **la descente dans les puits, mines ou carrières ;**
 - **les travaux aux installations de haute tension ;**
 - **les travaux pouvant entraîner une chute de plus de 4 mètres ;**
 - **les travaux sur échafaudage ou sur toiture ;**
 - **la construction, l'entretien ou la démolition d'immeubles ou de structures ;**
 - **l'abattage et/ou l'élagage d'arbre ;**
 - **les pompiers ;**
 - **les policiers de brigade spéciale ou antigang ou antidrogue ;**
 - **le personnel armé ;**
 - **comportant la fabrication, la transformation ou la manipulation de substances chimiques ou biologiques ;**
 - **comportant la fabrication, l'usage ou la manipulation de pièces d'artifices ou d'engins et produits explosifs ou corrosifs ;**
 - **comportant le transport de matières inflammables ou explosives.**
- **d'un accident d'un appareil de navigation aérienne au bord duquel l'Assuré a pris place en qualité de pilote ou de membre de l'équipage ;**
- **de l'utilisation d'un appareil de navigation aérienne à des fins de compétitions ou exhibitions, essais de vitesse, raids, vols d'entraînement, records ou tentatives de records, ainsi que pendant tout essai en vue de participer à l'une de ces activités ;**
- **de l'usage, à titre de conducteur, d'un véhicule automoteur à 2 ou 3 roues dont la cylindrée est supérieure à 50 cm³ ;**
- **de l'exercice d'activités sportives à risques telles que, par exemple :**
 - **la chasse ;**
 - **les invalidités survenant à l'occasion d'un accident d'un appareil ULM, d'un hélicoptère, d'une montgolfière ou d'un avion de moins de 8 places à bord ;**
 - **la pratique d'un sport quelconque en tant que professionnel ou amateur rémunéré ;**
 - **le ski hors piste ; le saut à skis ; le bobsleigh ; le skeleton ;**
 - **la voile ou le yachting à voile ou à moteur à plus de 3 milles marins des côtes ;**
 - **l'alpinisme au delà de 3000 m d'altitude, l'escalade de falaises ou de murs artificiels sans pitons de sécurité, l'exploration archéologique et spéléologique ;**

- la plongée sous-marine avec appareil respiratoire autonome, au-delà de 40 m ;
- la participation ou la préparation d'une épreuve sportive à bord d'un véhicule quelconque ;
- le parachutisme à ouverture automatique, le parachutisme ascensionnel, le parapente, le deltaplane ; le vol à voile, le parasailing ;
- la pratique des sports suivants, y compris la préparation, dans le cadre d'une compétition organisée par une fédération officielle ou dans le cadre de toute épreuve qui ne serait pas à caractère exclusivement ludique et occasionnelle ;
 - le motonautisme en compétition (inshore et offshore) ;
 - l'équitation en compétition ;
 - le ski sur neige ;
 - les sports de combats et arts martiaux.

3.6 Obligations en cas de sinistre

3.6.1 Déclaration de sinistre

Tout **accident** ou **maladie** ayant causé l'**invalidité permanente** de l'**Assuré** doit être déclaré par écrit au Secrétariat Médical – Vie Particuliers de la **Compagnie**.

La déclaration doit être faite endéans le délai d'un mois à compter de la survenance de l'**accident** ou de la **maladie**, sauf par suite de cas fortuit ou de force majeure où la déclaration doit se faire aussi rapidement que cela peut raisonnablement se faire, sous peine de réduction de la prestation à concurrence du préjudice subi par la **Compagnie**.

La déclaration doit indiquer :

- le lieu, la date, l'heure, les causes, la nature exacte et les circonstances de l'**invalidité** ;
- les noms, prénoms et domiciles des témoins éventuels, en cas d'**accident**.

3.6.2 Renseignements et documents à fournir

Le **Preneur d'assurance** et/ou l'**Assuré** doit joindre à la déclaration de sinistre tout document, certificat médical et rapport de nature à prouver l'existence et le degré de gravité du sinistre.

Il fournit à la **Compagnie**, dès que possible, les renseignements et les documents que cette dernière estime nécessaires pour déterminer les circonstances et fixer l'étendue du sinistre. A cette déclaration sera joint un document officiel ainsi qu'un certificat du ou des médecins traitants de l'**Assuré**, rédigé sur formulaire type de la **Compagnie**, spécifiant la date de survenance, les causes, la nature, le degré et le caractère permanent de l'**invalidité**. En l'absence des renseignements et des documents demandés par la **Compagnie**, celle-ci pourra suspendre sa décision et éventuellement refuser la prise en charge du sinistre.

La **Compagnie** se réserve le droit de faire effectuer à tout moment, toute visite médicalement requise et nécessaire auprès de l'**Assuré**. Celui-ci est tenu de s'y soumettre dans le délai d'un mois à dater de la notification de cette décision.

Sauf en cas d'**invalidité totale et permanente** reconnue par la **Compagnie**, le **Preneur d'assurance** et/ou l'**Assuré** lui signale, dans les trente jours, toute modification du taux d'**invalidité** ainsi que toute atténuation de l'**invalidité** permettant à l'**Assuré** de reprendre, même partiellement, le travail.

Dans ce cas, les prestations sont adaptées à partir de la date de modification et les éventuelles sommes que la **Compagnie** aurait payées indûment doivent lui être remboursées.

En cours d'**invalidité** partielle, la **Compagnie** se réserve le droit de faire vérifier le **degré d'invalidité** de l'**Assuré** par le biais de son médecin-conseil ou de demander un rapport détaillé du médecin traitant de l'**Assuré** afin de faire constater si l'**invalidité** existe toujours et si son **degré** ne s'est pas modifié.

Les frais de ce rapport sont à charge de la **Compagnie**.

3.7 Constat de l'invalidité permanente

Sur base des déclarations et du certificat médical, le médecin-conseil de la **Compagnie** apprécie la réalité, le degré et le caractère permanent de l'**invalidité**.

Il est précisé que la législation et la jurisprudence en matière de sécurité sociale ne sont pas d'application dans le cadre de la présente garantie complémentaire.

La **Compagnie** se réserve le droit de ne pas suivre les décisions d'octroi d'une **incapacité totale et permanente** accordée par le contrôle médical de la sécurité sociale.

Le règlement du sinistre ne pourra intervenir qu'à partir de la date de consolidation de l'état d'invalidité de l'**Assuré**.

3.8 Contestation

En cas de contestation sur l'état de santé de l'**Assuré**, la contestation est soumise contradictoirement à une commission médicale composée de deux médecins-experts, désignés l'un par le **Preneur d'assurance** et/ou l'**Assuré** et l'autre par la **Compagnie**.

Faute d'accord entre ces deux médecins, ceux-ci désignent un troisième médecin-expert dont le rôle sera de les départager.

Si l'une des parties ne nomme pas son expert ou si les deux experts ne s'entendent pas sur le choix du troisième, la désignation en est faite par le Président du tribunal d'arrondissement du domicile de l'**Assuré**, à la requête de la partie la plus diligente.

Chaque partie supporte les honoraires de son expert ; les honoraires du troisième expert sont partagés par moitié.

3.9 Bénéficiaire

En cas d'**accident** ou de **maladie** entraînant une **invalidité permanente**, la **Compagnie** procède, sauf convention contraire, au versement des prestations garanties à l'**Assuré** invalide.

La **Compagnie** s'engage, en cas de pluralité d'**Assurés**, à exécuter son obligation dès la première reconnaissance, par la **Compagnie**, d'**invalidité permanente** d'un des **Assurés**.

3.10 Règlement des prestations

La **Compagnie** paie les prestations assurées, contre quittance de règlement adressée au **Bénéficiaire**, dans les 30 jours de la réception des pièces justificatives nécessaires au règlement des prestations.

3.11 Durée de la couverture

Le droit à la garantie complémentaire est conditionné à l'existence de la garantie principale.

En cas de résiliation, de réduction, de rachat, d'annulation de la garantie principale, la garantie complémentaire s'éteint de plein droit.

Les primes complémentaires afférentes à la période antérieure à la date de fin de la garantie complémentaire restent acquises à la **Compagnie** pour le financement du risque couvert.

Sauf convention contraire mentionnée aux **conditions particulières**, la garantie cesse sans pouvoir dépasser la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle l'**Assuré** atteint l'âge de 65 ans révolus.

4 Assurance complémentaire contre le risque d'invalidité liée à l'assurance Serena

En complément de la garantie principale **Serena**, le **Preneur d'assurance** a la faculté de souscrire une garantie complémentaire contre le risque d'invalidité.

Les présentes dispositions sont applicables si les **conditions particulières** font mention de la couverture de l'assurance complémentaire contre le risque d'invalidité (A.C.C.R.I.).

Les **conditions d'assurances** de la garantie principale sont applicables à la présente garantie complémentaire, dans la mesure où les dispositions ci-après n'y dérogent pas.

4.1 Définitions

Aux termes de la présente garantie complémentaire, on entend par :

4.1.1 Accident

L'**accident** est tout événement soudain et fortuit causé directement par l'action d'une force extérieure, étrangère à la volonté de l'**Assuré** et entraînant une lésion corporelle présentant des symptômes objectifs.

Sont assimilés à des **accidents** :

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

Le suicide n'est pas un **accident**.

4.1.2 Maladie

La **maladie** est toute altération de la santé d'origine non accidentelle et contrôlable par un examen médical. L'état de grossesse n'est pas une maladie.

4.1.3 Invalidité

L'**invalidité** désigne tant l'**invalidité physiologique** que l'**incapacité économique**.

L'**invalidité physiologique** correspond à la diminution de l'intégrité physique de l'**Assuré** qui résulte des suites d'un **accident** ou d'une **maladie**. Le taux d'**invalidité physiologique** est fixé sur base du «Barème International des Invalidités (L. Melenec)» ou à dire d'experts.

L'**incapacité économique** est une diminution de la capacité de travail de l'**Assuré**, consécutive à l'**invalidité physiologique** dont il est atteint. Son **degré** est fixé, par décision médicale, en tenant compte de la profession exercée par l'**Assuré** et de ses possibilités de réadaptation dans une activité professionnelle quelconque qui soit compatible avec ses connaissances, ses aptitudes et sa position sociale ; l'appréciation de ce **degré d'incapacité** est donc indépendante de tout autre critère économique.

L'**incapacité économique** est évaluée en fonction des conditions économiques normales.

Le congé de maternité, de paternité, ainsi que toute période légale d'interdiction de travail ou de repos ne sont pas considérés comme une incapacité économique.

Les complications liées à la grossesse sont couvertes, de même que l'**invalidité** qui résulterait d'un accouchement.

4.1.4 Couverture limitée

La couverture est limitée si l'**invalidité** est la conséquence :

- D'un burn-out ;
- De complications psychiatriques de maladies somatiques ;
- De troubles psychiques fonctionnels et de leurs conséquences qui ne peuvent être directement objectivées par le biais de répercussions organiques.

La prestation assurée pour l'**invalidité** causée par une des affections susmentionnées est allouée après l'expiration d'un délai de carence d'un an à dater de la consolidation de l'état de santé. La période totale d'indemnité est limitée pour l'ensemble de ces affections à 3 ans au maximum pendant toute la durée de la police.

4.1.5 Degré d'invalidité

Le **degré d'invalidité** est déterminé par le plus élevé des taux retenus respectivement pour l'**invalidité physiologique** et l'**incapacité économique**.

Pour les contrats comportant deux **Assurés**, dans le cadre de la garantie ACCRI-primés expliquée ci-dessous (cfr 4.2.3.), si les deux **Assurés** sont frappés l'un et l'autre d'une **invalidité** partielle, le cumul des taux n'est effectué que pour autant que chacun des **Assurés** justifie une **invalidité** partielle de 25% au moins. Les taux cumulés ne sont pris en considération que pour un maximum de 100%.

Les **invalidités physiologiques** et **incapacités économiques** existant déjà au moment de la prise en cours de la présente assurance ou résultant d'un risque exclus, ne peuvent intervenir pour la détermination du **degré d'invalidité**.

4.1.6 Invalidité totale, invalidité partielle, invalidité permanente, invalidité temporaire

Les médecins jugent du caractère de l'**invalidité** selon la procédure décrite au point 4.7. L'**invalidité peut être partielle ou totale, temporaire ou permanente**.

L'**invalidité** est considérée comme totale lorsque le degré de l'**invalidité** économique ou physiologique atteint au moins 67%.

L'**invalidité partielle** est celle dont le degré est inférieur à 67%.

Le caractère de permanence de l'**invalidité** ne peut être admis comme tel avant la consolidation de l'état de santé de l'**Assuré** et l'établissement formel de la permanence de cette **invalidité**.

L'**invalidité temporaire** est l'**invalidité** non permanente.

L'**invalidité totale et permanente** est l'**invalidité**, dont le **degré** atteint au moins 67%, rendant définitivement impossible à l'**Assuré** de poursuivre l'exercice de sa profession ou de se réadapter, dans des conditions économiques normales, à une quelconque profession correspondant à ses connaissances, à ses aptitudes et à sa situation sociale.

4.1.7 Rechute

La **rechute** est toute nouvelle **invalidité** qui survient endéans les trois mois suivant la fin de la prise en charge d'une **invalidité** couverte par l'assurance et causée par la même maladie ou le même **accident**.

4.1.8 Délai de carence

Le **délai de carence**, spécifié dans les **conditions particulières**, est la période prenant cours à la date du début de l'**invalidité**, pendant laquelle la **Compagnie** n'est redevable d'aucune prestation.

Le droit aux prestations s'ouvre lorsque le **délai de carence** est arrivé à son terme.

4.1.9 Délai d'attente

Le **délai d'attente** est le délai prenant cours à la date d'effet de la garantie complémentaire contre le risque d'**invalidité** pendant lequel le risque n'est pas couvert. Le **délai d'attente** est de 9 mois pour toute **invalidité** due aux suites d'une grossesse.

4.1.10 Revenus professionnels

Pour les représentants des professions libérales et les autres indépendants, le revenu professionnel est le revenu net, qui est le bénéfice généré par l'activité indiquée dans la proposition d'assurance (article 10 points 1 à 3 de la Loi relative à l'impôt sur le revenu du 04/12/1967).

Pour les salariés, le revenu professionnel est la rémunération brute reprise dans le certificat de salaire.

A la demande de la **Compagnie**, le **Preneur** s'engage à fournir à celle-ci tout document qu'elle jugera utile pour attester de ses **revenus professionnels** ou de ceux de l'**Assuré**.

4.2 Objet de la garantie

4.2.1 Engagement de la Compagnie

La **Compagnie** s'engage à payer au **Bénéficiaire** les prestations assurées, selon la ou les garanties prévues aux **conditions particulières**, lorsque l'**Assuré** est victime d'un **accident** ou d'une **maladie**, survenu tant au cours de sa vie privée que professionnelle et entraînant directement une **invalidité** physiologique ou économique, pour autant que celle-ci atteigne un degré égal au moins à 25%.

4.2.2 A.C.C.R.I. – Rente

Une fois les délais de carence et d'attente écoulés, la **Compagnie** s'engage à payer à l'**Assuré**, pendant la durée de l'**invalidité** et proportionnellement à son degré, une rente dont le montant annuel est fixé aux **conditions particulières**.

La rente d'**invalidité** est calculée par quarts trimestriels aux 30 mars, 30 juin, 30 septembre et 30 décembre, et payée le mois suivant.

La rente d'**invalidité** est due pour tout mois commencé. Dans ce cas, un prorata du montant de la rente mensuelle est calculé suivant le nombre de jours indemnisés. Il en est de même à la fin de la période d'**invalidité** ou de prestation pour un mois non terminé, le calcul de la rente se faisant au prorata du nombre de jours indemnisés.

Il est précisé qu'un mois est considéré comme contenant trente jours.

Le **Preneur d'assurance** peut choisir une rente constante ou une rente croissante. La rente constante reste inchangée durant toute la période d'indemnisation. La rente croissante est indexée de manière forfaitaire dans le courant de la période d'indemnisation selon un pourcentage défini aux **conditions particulières**. Cette indexation forfaitaire est réalisée chaque année, avec effet le 30 juin, et ne s'applique que si au moins un an s'est écoulé depuis la date de début de l'**invalidité**.

Sauf convention contraire, la rente d'**invalidité** versée en cas de sinistre ne peut excéder, en base annuelle, 80% de la moyenne des revenus annuels professionnels de l'**Assuré** des 3 années civiles précédant la date du sinistre. En cas de dépassement de cette limite, la **Compagnie** est habilitée à réduire la rente jusqu'à cette limite et la prime proportionnellement, avec effet dans le mois suivant la prise de connaissance de ce dépassement. Les prestations déjà versées restent inchangées jusqu'à la date de réduction. Cette limite d'intervention de 80% n'est toutefois pas d'application lorsque la rente annuelle assurée est inférieure ou égale à 12.500 €. La **Compagnie** se réserve le droit de revoir ces limites pour toute nouvelle souscription ou en cas d'adaptation de la rente assurée, ainsi que le droit de déterminer des montants minima et maxima de rente assurée.

Le **Preneur d'assurance** est tenu d'informer la **Compagnie** en cas de diminution non passagère des revenus de l'activité professionnelle de la personne assurée en-dessous de la limite des 80% définie ci-dessus. L'adaptation de la rente assurée et de la prime prennent effet le mois suivant la prise de connaissance de cette diminution.

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

4.2.3 A.C.C.R.I. – Primes

Une fois les délais de carence et d'attente écoulés, la **Compagnie** s'engage à prendre en charge, proportionnellement au **degré d'invalidité**, le paiement des primes de la garantie principale et des garanties complémentaires, taxes et frais compris. Le prorata des primes déjà payées par le **Preneur**, relatif à la période d'indemnisation, lui est remboursé par la **Compagnie** au plus tôt dans le courant des mois de janvier, d'avril, de juillet ou d'octobre. La prise en charge de la

prime par la **Compagnie** est due pour tout mois commencé. Dans ce cas, un prorata du montant de la prestation mensuelle est calculé suivant le nombre de jours indemnisés. Il en est de même à la fin de la période d'**invalidité** ou de prestation pour un mois non terminé, le calcul de la prime prise en charge se faisant au prorata du nombre de jours indemnisés.

Il est précisé qu'un mois est considéré comme contenant trente jours.

4.2.4 Rechute

En cas de **rechute** dans les trois mois qui suivent la fin de la période d'**invalidité**, si le **délai de carence** s'est entièrement écoulé depuis le début de l'**invalidité** initiale, alors l'**invalidité** qui en résulte est considérée comme une continuation de la première **invalidité**. Dans ce cas, le **délai de carence** n'est plus d'application et l'intervention de la **Compagnie** s'effectue suivant les mêmes bases que celles qui ont servi à la détermination de l'intervention lors de l'**invalidité** antérieure.

En cas de **rechute** dans les trois mois qui suivent la fin de la période d'**invalidité** et si le **délai de carence** ne s'est pas totalement écoulé depuis le début de l'**invalidité** initiale, il reste d'application pour la durée restant à courir, à partir de la constatation de la **rechute**.

En cas de **rechute** plus de trois mois après la fin de la période d'**invalidité**, l'**invalidité** qui en résulte est considérée comme une nouvelle **invalidité**.

4.3 Primes

4.3.1 Paiement des primes

En contrepartie des engagements complémentaires de la **Compagnie**, le **Preneur d'assurance** paie les primes complémentaires. Ces primes sont redevables aux mêmes échéances et selon les mêmes modalités que celles relatives à la garantie principale.

Leur paiement est inséparable de celle de la garantie principale.

4.3.2 Cessation du paiement des primes

A la fin de chaque période d'assurance, correspondant à la dernière prime ou fraction de prime payée, le **Preneur d'assurance** peut demander par écrit à mettre fin au paiement des primes de la garantie complémentaire contre le risque d'**invalidité**, indépendamment de la garantie principale.

La cessation du paiement des primes complémentaires entraîne la résiliation de la présente garantie complémentaire dont la valeur de rachat ou de réduction est nulle.

4.3.3 Tarif

La **Compagnie** se réserve le droit d'augmenter en cours de contrat le tarif des garanties complémentaires ACCRI primes et ACCRI rente, auquel cas elle en avisera le **Preneur d'assurance** par écrit trois mois au moins avant la date d'échéance annuelle du contrat. L'adaptation tarifaire sort ses effets à partir de cette date d'échéance annuelle, à moins que le **Preneur d'assurance** ne décide de cesser le paiement des primes complémentaires conformément au point 4.3.2.

4.4 Etendue territoriale

Les engagements de la présente garantie complémentaire sont acquis dans le monde entier, pour autant que la **Compagnie** puisse exercer normalement les moyens de contrôle médical prévus et sous réserve des exclusions décrites ci-après.

4.5 Risques non couverts

4.5.1 Risques toujours exclus

Outre les risques exclus prévus dans les conditions d'assurances, la garantie complémentaire ne couvre pas les invalidités résultant :

- d'une tentative de suicide, pendant toute la durée du contrat ;
- d'exercices d'acrobaties, de paris ou défis et de façon générale de tout acte notoirement téméraire, auxquels l'Assuré aurait participé ;
- du fait que l'Assuré se trouvait, soit sous influence d'un stupéfiant, d'un hallucinogène ou d'une autre drogue, soit en état d'ivresse, à moins qu'il n'existe aucune relation causale entre l'invalidité et ces circonstances ;
- d'affections allergiques ;
- de syndrome de fatigue chronique, de spasmophilie ou de fibromyalgie et des affections qui l'accompagnent ;
- directement ou indirectement de toxicomanie, y compris l'alcoolisme et l'usage abusif de médicaments ;
- d'un traitement esthétique, à moins qu'il s'agisse de chirurgie réparatrice à la suite d'un accident ou d'un cancer ;
- de stérilisation, d'insémination artificielle ou de fécondation in vitro.

4.5.2 Risques pouvant être assurés

Sauf convention contraire et moyennant paiement d'une éventuelle surprime, la garantie complémentaire ne couvre pas les invalidités survenant à l'occasion :

- de l'exercice de professions et d'activités professionnelles à risques telles que, par exemple :
 - marin (pétrolier, bateau de sauvetage, sous-marin) ;
 - plateforme pétrolière ;
 - tous travaux sous l'eau ;
 - la descente dans les puits, mines ou carrières ;
 - les travaux aux installations de haute tension ;
 - les travaux pouvant entraîner une chute de plus de 4 mètres ;
 - les travaux sur échafaudage ou sur toiture ;
 - la construction, l'entretien ou la démolition d'immeubles ou de structures ;
 - l'abattage et/ou l'élagage d'arbre ;
 - les pompiers ;

- les policiers de brigade spéciale ou antigang ou antidrogue ;
 - le personnel armé ;
 - comportant la fabrication, la transformation ou la manipulation de substances chimiques ou biologiques ;
 - comportant la fabrication, l'usage ou la manipulation de pièces d'artifices ou d'engins et produits explosifs ou corrosifs ;
 - comportant le transport de matières inflammables ou explosives.
- d'un accident d'un appareil de navigation aérienne au bord duquel l'Assuré a pris place en qualité de pilote ou de membre de l'équipage ;
 - de l'utilisation d'un appareil de navigation aérienne à des fins de compétitions ou exhibitions, essais de vitesse, raids, vols d'entraînement, records ou tentatives de records, ainsi que pendant tout essai en vue de participer à l'une de ces activités ;
 - de l'usage, à titre de conducteur, d'un véhicule automoteur à 2 ou 3 roues dont la cylindrée est supérieure à 50 cm³ ;
 - de l'exercice d'activités sportives à risques telles que, par exemple :
 - la chasse ;
 - les invalidités survenant à l'occasion d'un accident d'un appareil ULM, d'un hélicoptère, d'une montgolfière ou d'un avion de moins de 8 places à bord ;
 - la pratique d'un sport quelconque en tant que professionnel ou amateur rémunéré ;
 - le ski hors piste ; le saut à skis ; le bobsleigh ; le skeleton ;
 - la voile ou le yachting à voile ou à moteur à plus de 3 milles marins des côtes ;
 - l'alpinisme au delà de 3000 m d'altitude, l'escalade de falaises ou de murs artificiels sans pitons de sécurité, l'exploration archéologique et spéléologique ;
 - la plongée sous-marine avec appareil respiratoire autonome, au-delà de 40 m ;
 - la participation ou la préparation d'une épreuve sportive à bord d'un véhicule quelconque ;⁽¹⁾
 - le parachutisme à ouverture automatique, le parachutisme ascensionnel, le parapente, le deltaplane ; le vol à voile, le parasailing ;
 - la pratique des sports suivants, y compris la préparation, dans le cadre d'une compétition organisée par une fédération officielle ou dans le cadre de toute épreuve qui ne serait pas à caractère exclusivement ludique et occasionnelle :
 - le motonautisme en compétition (inshore et offshore) ;
 - l'équitation en compétition ;
 - le ski sur neige ;
 - les sports de combats et arts martiaux.

4.6 Obligations en cas de sinistre

4.6.1 Déclaration de sinistre

Tout **accident** ou **maladie** ayant causé l'**invalidité** de l'**Assuré** doit être déclaré par écrit au Secrétariat Médical – Vie Particuliers de la **Compagnie**.

La déclaration doit être faite endéans le délai d'un mois à compter de la survenance de l'**accident** ou de la **maladie**, sauf par suite de cas fortuit ou de force majeure où la déclaration doit se faire aussi rapidement que cela peut raisonnablement se faire, sous peine de réduction de la prestation à concurrence du préjudice subi par la **Compagnie**.

La déclaration doit indiquer :

- le lieu, la date, l'heure, les causes, la nature exacte et les circonstances de l'**invalidité** ;
- les noms, prénoms et domiciles des témoins éventuels, en cas d'**accident**.

4.6.2 Renseignements et documents à fournir

Le **Preneur d'assurance** et/ou l'**Assuré** doit joindre à la déclaration de sinistre tout document, certificat médical et rapport de nature à prouver l'existence et le degré de gravité du sinistre.

Il fournit à la **Compagnie**, dès que possible, les renseignements et les documents que cette dernière estime nécessaires pour déterminer les circonstances et fixer l'étendue du sinistre. A cette déclaration sera joint un document officiel ainsi qu'un certificat du ou des médecins traitants de l'**Assuré**, rédigé sur formulaire type de la **Compagnie**, spécifiant la date de survenance, les causes, la nature, le degré et la durée présumée de l'**invalidité**. En l'absence des renseignements et des documents demandés par la **Compagnie**, celle-ci pourra suspendre sa décision et éventuellement refuser la prise en charge du sinistre

La **Compagnie** se réserve le droit de faire effectuer à tout moment, toute visite médicalement requise et nécessaire auprès de l'**Assuré**. Celui-ci est tenu de s'y soumettre dans le délai d'un mois à dater de la notification de cette décision.

Sauf en cas d'**invalidité totale et permanente** reconnue par la **Compagnie**, le **Preneur d'assurance** et/ou l'**Assuré** lui signale, dans les trente jours, toute modification du taux d'**invalidité** ainsi que toute atténuation de l'**invalidité** permettant à l'**Assuré** de reprendre, même partiellement, le travail.

Dans ce cas, les prestations sont adaptées à partir de la date de modification et les éventuelles sommes que la **Compagnie** aurait payées indûment doivent lui être remboursées.

En cours d'**invalidité**, la **Compagnie** se réserve le droit de faire vérifier le **degré d'invalidité** de l'**Assuré** par le biais de son médecin-conseil ou de demander un rapport détaillé du médecin traitant de l'**Assuré** afin de faire constater si l'**invalidité** existe toujours et si son **degré** ne s'est pas modifié.

Les frais de ce rapport sont à charge de la **Compagnie**.

4.7 Constat de l'invalidité

Sur base des déclarations et du certificat médical, le médecin-conseil de la **Compagnie** apprécie la réalité, le degré et l'évolution de l'**invalidité**.

Il est précisé que la législation et la jurisprudence en matière de sécurité sociale ne sont pas d'application dans le cadre de la présente garantie complémentaire.

La **Compagnie** se réserve le droit de ne pas suivre les décisions d'octroi d'une **incapacité** accordée par le contrôle médical de la sécurité sociale.

Le règlement du sinistre ne pourra intervenir qu'à partir de la date de consolidation de l'état d'invalidité de l'**Assuré**.

4.8 Contestation

En cas de contestation sur l'état de santé de l'**Assuré**, la contestation est soumise contradictoirement à une commission médicale composée de deux médecins-experts, désignés l'un par le **Preneur d'assurance** et/ou l'**Assuré** et l'autre par la **Compagnie**.

Faute d'accord entre ces deux médecins, ceux-ci désignent un troisième médecin-expert dont le rôle sera de les départager.

Si l'une des parties ne nomme pas son expert ou si les deux experts ne s'entendent pas sur le choix du troisième, la désignation en est faite par le Président du tribunal d'arrondissement du domicile de l'**Assuré**, à la requête de la partie la plus diligente.

Chaque partie supporte les honoraires de son expert ; les honoraires du troisième expert sont partagés par moitié.

4.9 Bénéficiaire

En cas d'**accident** ou de **maladie** entraînant une **invalidité**, la **Compagnie** procède, sauf convention contraire, au versement des prestations garanties à l'**Assuré** invalide.

La **Compagnie** s'engage, en cas de pluralité d'**Assurés**, à exécuter son obligation dès la première reconnaissance, par la **Compagnie**, d'**invalidité** d'un des **Assurés**.

4.10 Règlement des prestations

La **Compagnie** paie les prestations assurées, contre quittance de règlement adressée au **Bénéficiaire**, dans les 30 jours de la réception des pièces justificatives nécessaires au règlement des prestations.

4.11 Durée de la couverture

Le droit à la garantie complémentaire est conditionné à l'existence de la garantie principale.

En cas de résiliation, de réduction, de rachat, d'annulation de la garantie principale, la garantie complémentaire s'éteint de plein droit.

Les primes complémentaires afférentes à la période antérieure à la date de fin de la garantie complémentaire restent acquises à la **Compagnie** pour le financement du risque couvert.

Sauf convention contraire mentionnée aux **conditions particulières**, la garantie cesse sans pouvoir dépasser la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle l'**Assuré** atteint l'âge de 65 ans révolus.

5. Assurance complémentaire contre le risque d'hospitalisation

En complément de la garantie principale, le **Preneur d'assurance** a la faculté de souscrire une garantie complémentaire contre le risque d'hospitalisation.

Les présentes dispositions sont applicables si les **conditions particulières** font mention de la couverture de l'assurance complémentaire contre le risque d'hospitalisation (A.C.C.R.Ho.)

Les **conditions d'assurances** de la garantie principale sont applicables à la présente garantie complémentaire, dans la mesure où les dispositions ci-après n'y dérogent pas.

5.1 Définitions

Aux termes de la présente garantie complémentaire, on entend par :

5.1.1 Accident

L'**accident** est tout événement soudain et fortuit causé directement par l'action d'une force extérieure, étrangère à la volonté de l'**Assuré** et entraînant une lésion corporelle présentant des symptômes objectifs.

Sont assimilés à des **accidents** :

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

Le suicide n'est pas un **accident**.

5.1.2 Hospitalisation

L'**hospitalisation** est tout séjour médicalement requis de plus de 24 heures dans un établissement hospitalier public ou privé qui dispose de moyens diagnostiques et thérapeutiques suffisants et où il n'est fait usage que de méthodes d'investigation et de traitement scientifiquement éprouvées au cours d'un traitement curatif.

Ne sont pas considérés comme **hospitalisation** :

- les séjours dans un établissement hospitalier pour des soins et traitements d'une anomalie congénitale ;
- les séjours dans un établissement hospitalier qui pratique également des cures ou qui admet également des convalescents, notamment lieu de convalescence, sanatorium, maison de santé, établissement thermal, établissement de remise en forme ou tout autre établissement assimilable ;
- les séjours dans un établissement hospitalier au-delà de 90 jours pendant toute la durée de la présente garantie, qu'ils soient consécutifs ou non, pour des soins et traitements d'une **maladie** tuberculeuse, d'une maladie mentale ou d'une affection assimilée ;

- les séjours dans un établissement hospitalier pour toute cause au-delà de 180 jours consécutifs ou non ;
- les séjours dans les établissements hospitaliers dès que le traitement curatif ne nécessite plus médicalement cette présence comme interne, ou que l'entretien, la garde ou l'assistance nécessitée par l'impotence ou la **maladie** mentale de l'**Assuré** passent au premier plan sur base des constatations médicales ;
- les journées de présence dans les établissements hospitaliers et infirmeries militaires ou pénitentiaires, alors que le traitement curatif ne nécessitait plus médicalement cette présence comme interne, dans la vie civile.

5.1.3 Grossesse

La **grossesse** comprend l'état d'être enceinte, l'accouchement et toutes les conséquences et suites médicales de cet accouchement.

5.1.4 Maladie

La **maladie** est toute altération de la santé d'origine non accidentelle et contrôlable par un examen médical. L'état de grossesse n'est pas une maladie.

5.2 Objet de la garantie

La **Compagnie** s'engage à payer au **Bénéficiaire** une indemnité forfaitaire journalière pendant la durée de l'**hospitalisation** suite à un **accident**, une **maladie** ou une **grossesse** avant le terme fixé de la garantie, et ce dès le premier jour de l'**hospitalisation** jusqu'à un maximum de 180 jours.

Le plafond maximal du montant de l'indemnité journalière s'élève à 50.- € par **Bénéficiaire**.

Dès la prise d'effet de la présente garantie, la **Compagnie** couvre les **hospitalisations** survenues à la suite d'un **accident** ou d'une **maladie**. Toutefois, concernant l'**hospitalisation** relative à un accouchement ou à des problèmes de **grossesse**, la prise d'effet est différée de neuf mois.

5.3 Couverture limitée

La couverture est limitée si l'hospitalisation est la conséquence :

- D'un burn-out ;
- De complications psychiatriques de maladies somatiques ;
- De troubles psychiques fonctionnels et de leurs conséquences qui ne peuvent être directement objectivées par le biais de répercussions organiques.

La prestation assurée pour l'hospitalisation causée par une des affections susmentionnées est limitée pour l'ensemble de ces affections à 90 jours, consécutifs ou non, au maximum pendant toute la durée de la police.

5.4 Primes

5.4.1 Paiement des primes

En contrepartie des engagements complémentaires de la **Compagnie**, le **Preneur d'assurance** paie les primes complémentaires. Ces primes sont redevables aux mêmes échéances et selon les mêmes modalités que celles relatives à la garantie principale.

Leur paiement est inséparable de celle de la garantie principale.

5.4.2 Cessation du paiement des primes

A la fin de chaque période d'assurance, correspondant à la dernière prime ou fraction de prime payée, le **Preneur d'assurance** peut demander par écrit à mettre fin au paiement des primes de la garantie complémentaire contre le risque d'**hospitalisation**, indépendamment de la garantie principale.

La cessation du paiement des primes complémentaires entraîne la résiliation de la présente garantie complémentaire dont la valeur de rachat ou de réduction est nulle.

5.5 Etendue territoriale

Les engagements de la présente garantie complémentaire sont acquis tant au Grand-Duché de Luxembourg que dans les pays frontaliers, pour autant que la **Compagnie** puisse exercer normalement les moyens de contrôle médical prévus et sous réserve des exclusions décrites ci-après.

5.6 Risques non couverts

5.6.1 Risques toujours exclus

Outre les risques exclus prévus dans les conditions d'assurances, la garantie complémentaire ne couvre pas l'hospitalisation résultant :

- d'une tentative de suicide, pendant toute la durée du contrat ;
- d'exercices d'acrobaties, de paris ou défis et de façon générale de tout acte notoirement téméraire, auxquels l'Assuré aurait participé ;
- de cataclysmes naturels (tremblement de terre, raz de marée, etc.) ;
- d'accident survenant à l'Assuré lorsqu'il se trouve, soit sous influence d'un stupéfiant, d'un hallucinogène ou d'une autre drogue, soit en état d'ivresse, soit en état d'intoxication alcoolique à moins qu'il n'existe aucune relation causale entre l'hospitalisation et ces circonstances ;
- d'affections allergiques ;
- de syndrome de fatigue chronique, de spasmophilie ou de fibromyalgie et des affections qui l'accompagnent ;

- **directement ou indirectement de toxicomanie, y compris l'alcoolisme et l'usage abusif de médicaments ;**
- **d'un traitement esthétique, à moins qu'il s'agit de chirurgie réparatrice à la suite d'un accident ou d'un cancer ;**
- **de stérilisation, d'insémination artificielle ou de fécondation in vitro.**

5.6.2 Risques pouvant être assurés

Sauf convention contraire et moyennant paiement d'une éventuelle surprime, la garantie complémentaire ne couvre pas les Hospitalisations survenant à l'occasion :

- **de l'exercice de professions et d'activités professionnelles à risques telles que, par exemple :**
 - **marin (pétrolier, bateau de sauvetage, sous-marin) ;**
 - **plateforme pétrolière ;**
 - **tous travaux sous l'eau ;**
 - **la descente dans les puits, mines ou carrières ;**
 - **les travaux aux installations de haute tension ;**
 - **les travaux pouvant entraîner une chute de plus de 4 mètres ;**
 - **les travaux sur échafaudage ou sur toiture ;**
 - **la construction, l'entretien ou la démolition d'immeubles ou de structures ;**
 - **l'abattage et/ou l'élagage d'arbre ;**
 - **les pompiers ;**
 - **les policiers de brigade spéciale ou antigang ou antidrogue ;**
 - **le personnel armé ;**
 - **comportant la fabrication, la transformation ou la manipulation de substances chimiques ou biologiques ;**
 - **comportant la fabrication, l'usage ou la manipulation de pièces d'artifices ou d'engins et produits explosifs ou corrosifs ;**
 - **comportant le transport de matières inflammables ou explosives.**
- **d'un accident d'un appareil de navigation aérienne au bord duquel l'Assuré a pris place en qualité de pilote ou de membre de l'équipage ;**
- **de l'utilisation d'un appareil de navigation aérienne à des fins de compétitions ou exhibitions, essais de vitesse, raids, vols d'entraînement, records ou tentatives de records, ainsi que pendant tout essai en vue de participer à l'une de ces activités ;**
- **de l'usage, à titre de conducteur, d'un véhicule automoteur à 2 ou 3 roues dont la cylindrée est supérieure à 50 cm³ ;**
- **de l'exercice d'activités sportives à risques telles que, par exemple :**
 - **la chasse ;**
 - **l'utilisation et/ou la présence à bord d'un appareil ULM, d'un hélicoptère, d'une montgolfière ou d'un avion de moins de 8 places ;**
 - **la pratique d'un sport quelconque en tant que professionnel ou amateur rémunéré ;**

- le ski hors piste; le saut à skis; le bobsleigh; le skeleton;
- la voile ou le yachting à voile ou à moteur à plus de 3 milles marins des côtes;
- l'alpinisme au delà de 3000 m d'altitude, l'escalade de falaises ou de murs artificiels sans pitons de sécurité, l'exploration archéologique et spéléologique;
- la plongée sous-marine avec appareil respiratoire autonome, au-delà de 40 m;
- la participation ou la préparation d'une épreuve sportive à bord d'un véhicule quelconque;⁽¹⁾
- le parachutisme à ouverture automatique, le parachutisme ascensionnel, le parapente, le deltaplane; le vol à voile, le parasailing;
- la pratique des sports suivants, y compris la préparation, dans le cadre d'une compétition organisée par une fédération officielle ou dans le cadre de toute épreuve qui ne serait pas à caractère exclusivement ludique et occasionnelle;
 - le motonautisme en compétition (inshore et offshore);
 - l'équitation en compétition;
 - le ski sur neige;
 - les sports de combats et arts martiaux.

5.7 Obligations en cas de sinistre

5.7.1 Déclaration de sinistre

Tout **accident** ou **maladie** ou **grossesse** ayant causé une **hospitalisation** de l'**Assuré** doit être déclaré par écrit au Secrétariat Médical – Vie Particuliers de la **Compagnie**.

La déclaration doit être faite endéans le délai d'un mois à compter de la survenance de l'**hospitalisation**, sauf par suite de cas fortuit ou de force majeure où la déclaration doit se faire aussi rapidement que cela peut raisonnablement se faire, sous peine de réduction de la prestation à concurrence du préjudice subi par la **Compagnie**.

5.7.2 Renseignements et documents à fournir

La déclaration se fait moyennant production d'un certificat médical, rédigé par le ou les médecins qui ont traité l'**Assuré**.

Il mentionne :

- l'établissement hospitalier,
- la cause exacte,
- et la durée de l'**hospitalisation** (date d'entrée et de sortie).

En cas d'**hospitalisation** suite à un **accident**, le certificat médical doit être accompagné d'une déclaration indiquant :

- le lieu, la date, l'heure, les causes, la nature et les circonstances de l'**accident**;
- les noms, prénoms et domiciles des témoins éventuels.

5.8 Constat de l'hospitalisation

Sur base des déclarations et du certificat médical, le médecin-conseil de la **Compagnie** apprécie la réalité de l'**hospitalisation**.

La **Compagnie** se réserve la possibilité de faire effectuer à toute époque, toute visite médicalement requise et nécessaire auprès de l'**Assuré**. L'**Assuré** est tenu de s'y soumettre dans le délai d'un mois à dater de la notification de cette décision. En cas de refus par l'**Assuré** de se soumettre à la vérification de son état de santé par le médecin-conseil de la **Compagnie** ou que le rapport du médecin-traitant est refusé, le **Bénéficiaire** de la garantie ne peut continuer à faire valoir un droit sur la prestation assurée dans le cadre de la présente garantie.

En l'absence des renseignements et des documents demandés par la Compagnie, celle-ci pourra suspendre sa décision et éventuellement refuser la prise en charge du sinistre.

5.9 Contestation

En cas de contestation sur l'état de santé de l'**Assuré**, la contestation est soumise contradictoirement à une commission médicale composée de deux médecins-experts, désignés l'un par le **Preneur d'assurance** et/ou l'**Assuré** et l'autre par la **Compagnie**. Faute d'accord entre ces deux médecins, ceux-ci désignent un troisième médecin-expert dont le rôle sera de les départager.

Si l'une des parties ne nomme pas son expert ou si les deux experts ne s'entendent pas sur le choix du troisième, la désignation en est faite par le Président du tribunal d'arrondissement du domicile de l'**Assuré**, à la requête de la partie la plus diligente.

Chaque partie supporte les honoraires de son expert ; les honoraires du troisième expert sont partagés par moitié.

5.10 Bénéficiaire

Sauf stipulation contraire, l'**Assuré** est présumé **Bénéficiaire** de l'indemnité journalière octroyée par la **Compagnie** dans le cadre de la garantie complémentaire contre le risque d'**hospitalisation**.

5.11 Règlement des prestations

La **Compagnie** paie les sommes journalières devenues exigibles dans les 30 jours de la réception des pièces justificatives nécessaires au règlement des prestations.

5.12 Durée de la couverture

Le droit à la garantie complémentaire est conditionné à l'existence de la garantie principale.

En cas de résiliation, de réduction, de rachat, d'annulation de la garantie principale, la garantie complémentaire s'éteint de plein droit.

Les primes complémentaires afférentes à la période antérieure à la date de fin de la garantie complémentaire restent acquises à la **Compagnie** pour le financement du risque couvert.

La garantie cesse au terme fixé aux **conditions particulières**, sans pouvoir dépasser la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle l'**Assuré** atteint l'âge de 60 ans révolus.

6 Assistance rapatriement funéraire

Les présentes dispositions sont applicables si les **conditions particulières** font mention de la couverture de l'assistance rapatriement funéraire.

Il y a lieu d'entendre aux termes de la présente garantie par **prestataire** :

la société d'assistance INTER PARTNER ASSISTANCE (commercialisé sous le nom d'AXA Assistance) Groupe Européen SA, agréée sous le N°0487 pour pratiquer les assurances touristiques (A.R. du 04/07/1979 et du 13/07/1979 – M.B. du 14/07/1979) dont le siège est établi à avenue Louise 166 boîte 1 B-1050 Bruxelles, qui s'engage à effectuer pour le compte de la **Compagnie** toutes les prestations d'assistance garanties.

Les données à caractère personnel concernant l'assuré qui sont communiquées à l'assureur dans le cadre de ce contrat, sont traitées à des fins de gestion d'assurance, gestion de la clientèle, lutte contre la fraude et gestion du contentieux, par **AXA Assurances Luxembourg** et par Inter Partner Assistance SA (commercialisé sous le nom d'AXA Assistance), Avenue Louise 16/1, à 1050 Bruxelles et sont susceptibles d'être transférées par celle-ci à des prestataires et sous-traitants auxquels elle fait appel et pouvant être situés hors Union Européenne, dont entre autres la société AXA Business Services, pour les données recueillies par elle lors des prestations d'assistance.

Service Infoline - Assistance 24H/24  **(+352) 45 30 55**

6.1 Inhumation ou crémation dans le pays de résidence

Si la famille de l'**Assuré** décide d'une inhumation ou d'une crémation dans le pays de résidence, le **prestataire** organise le rapatriement de la dépouille mortelle et prend en charge :

- les frais de traitement funéraire ;
- les frais de mise en bière sur place ;
- les frais de cercueil à concurrence de 650.- € maximum ;
- les frais de transport de la dépouille mortelle du lieu du décès au lieu d'inhumation ou de crémation.

Si l'**Assuré** voyageait seul à l'étranger, le **prestataire** organise et prend en charge le voyage aller-retour d'un membre de la famille ou d'un proche afin d'accompagner la dépouille mortelle.

Les frais d'hôtel sur place de cette personne sont pris en charge par le **prestataire** à concurrence de 65.- € par nuit et par chambre et pour un maximum de 2 nuits.

Les frais de cérémonie et d'inhumation ou de crémation ne sont pas pris en charge par le **prestataire**.

6.2 Inhumation ou crémation à l'étranger

Si la famille de l'**Assuré** décide d'une inhumation ou d'une crémation à l'étranger, le **prestataire** organise et prend en charge les mêmes prestations que celles précitées ci-avant.

En outre, le **prestataire** organise et prend en charge le voyage aller-retour d'un membre de la famille ou d'un proche résidant dans le pays de résidence pour se rendre sur le lieu de l'inhumation ou de crémation.

Les frais d'hôtel sur place de cette personne sont pris en charge par le **prestataire** à concurrence de 65.- € par nuit et par chambre et pour un maximum de 3 nuits.

En cas de crémation à l'étranger avec cérémonie dans le pays de résidence, le **prestataire** prend en charge les frais de rapatriement de l'urne vers le pays de résidence.

L'intervention du **prestataire** est en tout cas limitée aux dépenses que supposerait le rapatriement de la dépouille mortelle vers le pays de résidence.

Le choix des sociétés intervenant dans le processus du rapatriement est du ressort exclusif du **prestataire**.

6.3 Assistance aux formalités

Le **prestataire** assiste la famille de l'**Assuré** dans les démarches suivantes :

- la mise en rapport avec les entreprises de pompes funèbres ;
- l'aide à la rédaction des faire-part ;
- l'indication des démarches nécessaires notamment auprès de l'administration communale ;
- la recherche d'une agence immobilière pour la gestion des biens immobiliers.

6.4 Animaux domestiques

Le **prestataire** organise et prend en charge le retour des animaux domestiques (chien(s) ou chat(s)) accompagnant l'**Assuré**.

6.5 Transmission de messages urgents

Si les membres de la famille de l'**Assuré** en font la demande, le **prestataire** transmet gratuitement à toute personne les messages urgents en rapport avec les garanties et prestations assurées.

D'une manière générale, la transmission des messages est subordonnée à une justification de la demande, une expression claire et explicite du message à transmettre et l'indication précise du nom, de l'adresse et du numéro de téléphone de la personne à contacter.

Tout texte entraînant une responsabilité pénale, financière, civile ou commerciale est transmis sous la seule responsabilité de son auteur qui doit pouvoir être identifié. Son contenu doit être conforme à la législation luxembourgeoise et internationale et ne peut engager la responsabilité du **prestataire**.

6.6 Garde des enfants de moins de 16 ans

Le **prestataire** organise et prend en charge la garde des enfants de l'**Assuré** de moins de 16 ans à concurrence de 65.- € par jour pendant 4 jours maximum.

Pour plus de détails, contactez votre Agent AXA ou votre Courtier

(+352) 44 24 24-1
www.axa.lu

