

Les présentes conditions générales décrivent le fonctionnement et les possibilités offertes par votre contrat Crescendo di Generali. Afin de vous familiariser avec celui-ci, nous vous précisons ci-après quelques termes juridiques et techniques essentiels.

Article 1

QUE FAUT-IL ENTENDRE PAR ?

LA COMPAGNIE :

l'entreprise belge d'assurances Generali Belgium SA agréée sous le code n° 0145, auprès de laquelle le contrat est souscrit.

LE PRENEUR D'ASSURANCE :

la personne (physique ou morale) qui conclut le contrat Crescendo di Generali auprès de la compagnie et qui effectue les versements.

L'ASSURE(E) :

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

LE(S) BENEFICIAIRE(S) :

la ou les personne(s) (physique(s) ou morale(s)) en faveur de laquelle(desquelles) sont stipulées les prestations d'assurances.

LE VERSEMENT :

la prime d'assurance payée par le preneur d'assurance comprenant les taxes et cotisations éventuelles prévues par la législation belge et les frais.

LE VERSEMENT NET :

le versement diminué des frais et des éventuelles taxes ou cotisations.

L'ACCIDENT :

tout événement soudain et fortuit qui produit une lésion corporelle objectivement constatable et dont une des causes est extérieure à l'organisme de l'assuré et indépendante de sa volonté ou de celle du bénéficiaire.

Sont assimilés à des accidents :

- la noyade ;
- les lésions subies lors du sauvetage de personnes ou de biens en péril ;
- les intoxications et brûlures résultant, soit de l'absorption involontaire de substances toxiques ou corrosives soit du dégagement fortuit de gaz ou de vapeurs.

Le suicide, la tentative de suicide et le décès de l'assuré suite à une euthanasie ne sont pas des accidents. N'est pas non plus un accident le décès suite à une euthanasie pratiquée sur l'assuré en raison d'une affection qui est la conséquence d'un accident.

LES BASES TECHNIQUES :

les bases techniques sont composées des lois de mortalité, du taux d'intérêt technique, du chargement d'inventaire et des chargements proportionnels au(x) versement(s).

Article 2

CRESCENDO DI GENERALI, LE CONCEPT

2.1. Comment fonctionne le contrat Crescendo di Generali ?

Crescendo di Generali est un contrat d'assurance vie à versements libres souscrit entre le preneur d'assurance et la compagnie.

Le preneur d'assurance choisit librement les versements qu'il souhaite verser à la compagnie. Dans ce cas, le preneur d'assurance en avertit la compagnie qui lui fournira une référence de paiement. Toutefois, la compagnie se réserve le droit de fixer des limites, de refuser ou de rembourser des versements.

Les versements s'effectuent par chèque ou transfert bancaire sur le compte financier de la compagnie dont le numéro est mentionné sur la proposition d'assurance.

2.2. Quels sont les frais appliqués ?

Des frais sont prélevés sur les versements (chargements proportionnels). Ils s'élèvent à maximum 4 % des versements. En fonction des versements supplémentaires effectués, ce taux maximum pourra être diminué d'au plus 0,5 %. Les versements bruts et nets sont mentionnés dans les conditions particulières du contrat.

2.3. Mécanisme de l'épargne

2.3.1. Epargne constituée

Le résultat de la capitalisation des versements nets, sous déduction le cas échéant du coût du risque décès et majoré des participations bénéficiaires acquises, forme ce que l'on appelle la réserve du contrat ou encore l'épargne constituée.

Chaque versement bénéficie du taux d'intérêt garanti (taux d'intérêt technique) en vigueur lors de sa réception par la compagnie quelle que soit la conjoncture économique et à partir de la date intérêt.

Le taux d'intérêt garanti à la souscription est fixé en conditions particulières.

La date intérêt est fixée au 15 du mois pour tout versement comptabilisé sur le compte bancaire de la compagnie entre le 1 et le 15 du mois et au premier du mois suivant pour tout versement comptabilisé entre le 16 et le dernier jour du mois.

2.3.2. Les contrats participant-ils aux bénéfices ?

La compagnie répartit au 31 décembre de chaque année une participation bénéficiaire en fonction des résultats favorables de sa gestion. Elle est déterminée suivant un plan de participation soumis annuellement à la Commission Bancaire, Financière et des Assurances. La participation bénéficiaire est octroyée sous forme d'un intérêt supplémentaire rémunérant l'épargne constituée et s'ajoute à cette dernière. Le montant de cet intérêt supplémentaire est calculé proportionnellement au montant d'intérêt technique de l'année. La participation bénéficiaire est communiquée annuellement au preneur d'assurance.

Article 3

PRESTATION EN CAS DE DECES

3.1. Quels sont les montants assurés en cas de décès ?

En cas de décès de l'assuré avant le terme du contrat, la compagnie versera au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) la prestation décès mentionnée aux conditions particulières. Le montant de la prestation décès sera, dans tous les cas, toujours au moins égal à l'épargne constituée du contrat et sera évalué le 1er jour du mois de la date où la compagnie a eu connaissance du décès.

Le paiement de la prestation décès met fin au contrat.

3.2. Quand la garantie décès sort-elle ses effets ?

Dès réception par la compagnie de la proposition d'assurance dûment complétée et signée, enregistrement du premier versement sur le compte financier de la compagnie et sous réserve du résultat favorable des formalités médicales, la garantie décès sort ses effets à la date indiquée aux conditions particulières.

Dès l'enregistrement sur le compte financier de la compagnie du premier versement, la compagnie accorde, à titre provisoire, une garantie de 6 250 EUR couvrant le décès suite à un accident pendant une période de 30 jours maximum. L'accident et le décès doivent survenir durant cette période.

Cette garantie provisoire cesse dès que la garantie décès choisie conformément au point 3.1. sort ses effets.

Au cas où la couverture décès choisie dans la proposition d'assurance est soumise à une acceptation médicale particulière ou en cas d'insuffisance de versement permettant de garantir la prestation décès, la compagnie émettra le contrat en prenant par défaut une couverture décès provisoire égale à 100 % de l'épargne constituée.

Dans le cas où la garantie décès n'a pas sorti ses effets 3 mois après la signature de la proposition d'assurance en raison, soit de l'absence de résultat favorable des formalités médicales, soit de l'insuffisance des versements, la compagnie poursuivra le contrat avec une prestation décès égale à 100 % de l'épargne constituée.

Les formalités médicales accomplies lors de la souscription peuvent se révéler insuffisantes en cas de versements libres trop importants. Dans ce cas, la compagnie se réserve le droit de demander des formalités médicales supplémentaires.

3.3. Quand prélève-t-on le coût de la garantie décès ?

Le coût de la garantie décès est prélevé sur l'épargne constituée du contrat. Le premier prélèvement s'effectue à la date à laquelle la garantie décès sort ses effets. Les prélèvements suivants s'effectuent par anticipation le premier de chaque mois.

La compagnie maintient la garantie aussi longtemps que l'épargne est suffisante pour permettre de prélever le coût de la garantie décès. En cas d'insuffisance, la compagnie attire l'attention du preneur d'assurance, par simple lettre, sur l'utilité d'effectuer un versement supplémentaire lui permettant d'éviter la résiliation du contrat. A défaut, le contrat est résilié de plein droit.

3.4. Modification de la prestation décès

En cours de contrat, il est possible pour le preneur d'assurance de demander une modification de la prestation en cas de décès. Toute augmentation de cette prestation sera soumise aux conditions d'acceptation en vigueur au moment de la demande.

A l'occasion d'événements importants dans le chef du preneur d'assurance ou de l'assuré (mariage, naissance, adoption, décès du conjoint), il est possible d'augmenter le capital décès sans aucune formalité médicale pour autant que :

- l'âge de l'assuré n'excède pas 50 ans au moment de la demande ;
- l'augmentation ne dépasse pas 20 % du capital décès avec une limite de 12 500 EUR, et que le nouveau capital décès n'excède en aucun cas le plafond de 125 000 EUR.

La demande, accompagnée des pièces justificatives, doit être introduite dans les 6 mois qui suivent l'événement.

3.5. Etendue de la garantie en cas de décès

Les prestations décès sont acquises dans le monde entier quelles que soient les causes et les circonstances du décès de l'assuré, à l'exception des seuls cas repris ci-après.

Les risques non couverts sont ceux résultant :

- du suicide ou d'une tentative de suicide de l'assuré. Toutefois, le suicide ou la tentative de suicide est couvert s'il se produit après la première année qui suit la date d'effet du contrat. Ce même principe s'applique aux augmentations des prestations assurées ;
- du fait intentionnel du preneur d'assurance ou d'un des bénéficiaires ou à l'instigation de l'un d'eux ;
- d'une condamnation judiciaire, d'un crime ou d'un délit à caractère intentionnel ;
- du décès de l'assuré quelle qu'en soit la cause survenant à la suite d'émeutes, de troubles civils ou de tout acte de violence collectif d'inspiration politique, idéologique ou sociale accompagnés ou non de rébellion contre l'autorité ou tout pouvoir concédé ; toutefois, la prestation décès est acquise lorsque le décès de l'assuré a pour cause un acte de terrorisme ;

- du décès de l'assuré quelle qu'en soit la cause à la suite d'un événement de guerre entre Etats ou de guerre civile ou faits de même nature. Toutefois, si les circonstances le justifient, ce risque peut être couvert par une convention particulière dont les conditions sont admises par la Commission Bancaire, Financière et des Assurances.

Lorsque le décès de l'assuré survient durant un séjour à l'étranger il convient de distinguer 2 cas :

- 1) si le conflit éclate pendant le séjour, les couvertures décès sont acquises pour autant que l'assuré ne participe pas activement aux hostilités ;
- 2) si l'assuré se rend dans un pays où il y a conflit armé, la couverture décès peut être acquise pour autant que le preneur d'assurance en informe la compagnie au minimum 30 jours avant le départ de l'assuré, que l'assuré ne participe pas activement aux hostilités et que la compagnie ait marqué son accord pour la couverture. L'accord peut être subordonné au paiement d'une surprime et toutes les conditions de l'accord doivent être mentionnées dans un avenant au contrat.

En cas de décès de l'assuré suite à un risque non couvert, la compagnie paie l'épargne constituée et évaluée le 1er jour du mois de la date où la compagnie a eu connaissance du décès.

Lorsque le décès résulte du fait intentionnel d'un des bénéficiaires ou à son instigation, le paiement est effectué aux autres bénéficiaires.

Article 4

BASES ET PRISE D'EFFET DU CONTRAT CRESCENDO DI GENERALI

Dès réception par la compagnie de la proposition d'assurance dûment complétée et signée et enregistrement du premier versement sur le compte financier de la compagnie et sous réserve du résultat favorable des formalités médicales, le contrat prend effet à la date indiquée aux conditions particulières. La compagnie se réserve le droit d'acceptation du contrat.

Le contrat est régi par les dispositions légales et réglementaires belges relatives à l'assurance vie, ainsi que par ses conditions générales et particulières (et ses annexes éventuelles). Les conditions particulières complètent et précisent les conditions générales et, en cas de discordance, prévalent sur elles.

Le contrat est établi de bonne foi sur base d'une part des dispositions légales et réglementaires belges applicables aux assurances sur la vie, et d'autre part sur base des déclarations du preneur d'assurance et de celles de l'assuré.

Toute omission ou inexactitude de la part du preneur d'assurance ou de l'assuré dans le but d'induire la compagnie en erreur sur les éléments d'appréciation des engagements rend l'assurance nulle.

Si l'omission ou la fausse déclaration a été faite sans mauvaise foi, le contrat devient incontestable après un an d'existence.

Dans les trente jours qui suivent la prise d'effet du contrat, le preneur d'assurance a la possibilité de résilier son contrat. Cette possibilité lui est également accordée si le contrat est souscrit en couverture ou en reconstitution d'un crédit sollicité par le preneur d'assurance, dans les trente jours à compter du moment où il a connaissance que le crédit sollicité n'est pas accordé. La résiliation de la part du preneur d'assurance s'effectue par l'envoi d'un recommandé daté et signé avec effet immédiat au moment de la notification. Dans ce cas, la compagnie rembourse au preneur d'assurance le versement déduction faite le cas échéant du coût de la garantie décès. La résiliation par la compagnie devient effective 8 jours après la notification faite par la compagnie.

Article 5

DISPONIBILITE DE L'EPARGNE CONSTITUEE

5.1. Terme

En cas de vie de l'assuré au terme du contrat, l'épargne constituée est versée au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) et ne donne lieu à aucun prélèvement d'indemnité.

Le paiement de la totalité de l'épargne constituée met fin au contrat.

5.2. Retrait

Le preneur d'assurance peut à tout moment en cours de contrat retirer tout ou partie de son épargne, sauf dans le cas où une législation ou une réglementation applicable au contrat l'interdit ou que des conditions spécifiques sont mentionnées dans les conditions particulières. Le retrait doit être demandé par le preneur d'assurance au moyen d'un écrit daté et signé par lui, accompagné d'une

copie recto-verso de sa carte d'identité.

Le nombre de retraits sera limité à 1 retrait par mois avec un maximum de 4 retraits par an. Le montant minimum par retrait est de 250 EUR.

Une réserve minimale doit être maintenue sur le contrat. Elle s'élève à 1 250 EUR.

En cas de décès, la prestation décès est diminuée du montant retiré dans le mois.

Tout retrait effectué de telle manière que le total des retraits dans l'année civile n'excède pas 33 % de l'épargne constituée au 31/12 de l'année précédente ou 33 % des versements si le retrait a lieu au cours de la 1^{ère} année, ne fait l'objet d'aucun prélèvement. Le total des retraits sans prélèvement est toutefois limité à un maximum absolu de 35 000 EUR par année civile.

Tout retrait dépassant cette limite fera l'objet d'un prélèvement, à titre d'indemnité de rachat, déterminé selon les modalités suivantes :

- 3 % du montant retiré la première année du contrat ;
- 2 % du montant retiré la deuxième année du contrat ;
- 1 % du montant retiré la troisième année du contrat ;
- 0 % du montant retiré à partir de la quatrième année du contrat.

En cas de retrait total, si un prélèvement est effectué, son montant sera dans tous les cas au moins égal à 75 EUR. Ce montant forfaitaire est indexé en fonction de l'indice santé des prix à la consommation (base 1988 = 100).

En cas de retrait trop important, la compagnie se réserve le droit de revoir la couverture décès choisie et de la limiter, le cas échéant, à 100 % de l'épargne constituée ou de demander des formalités médicales supplémentaires.

Le retrait total constitue un rachat et met fin au contrat. Le retrait total ne sera pratiquement payé qu'à condition que le montant net à liquider s'élève à minimum 12,50 EUR. Pour obtenir le retrait total du contrat, le preneur d'assurance doit restituer la police et ses avenants et produire l'accord écrit des bénéficiaires acceptants éventuels.

5.3. Retraits planifiés

Conformément aux dispositions du paragraphe 5.2. et dans la mesure où celles qui suivent n'y dérogent pas, le preneur d'assurance a la possibilité de planifier des retraits dont les modalités sont fixées aux conditions particulières. Cette possibilité n'est offerte qu'aux contrats prévoyant une prestation décès en pourcentage de l'épargne constituée et si l'épargne constituée atteint un montant minimum de 12 500 EUR.

La fréquence de ces retraits planifiés doit être régulière et peut être annuelle, semestrielle, trimestrielle ou mensuelle.

Le paiement s'effectuera sur un compte financier belge auprès d'une banque établie en Belgique dont le preneur d'assurance aura communiqué le numéro sur la proposition d'assurance. Les paiements seront effectués tant que le preneur d'assurance n'aura pas notifié à la compagnie son désir de modifier les modalités de paiement ou de mettre fin à ceux-ci. Un préavis de 15 jours sera toutefois applicable.

Sur base annuelle, les retraits planifiés doivent s'élever à minimum 625 EUR et ne peuvent en aucun cas dépasser 15 % du total des versements effectués.

Le paiement des retraits est effectué par Generali le premier ou le quinzième jour ouvrable de chaque mois selon le choix du preneur d'assurance.

Chaque retrait planifié donne lieu au prélèvement d'une indemnité forfaitaire égale à 2,5 EUR par retrait.

En cas de retrait partiel, la compagnie se réserve le droit d'adapter les retraits planifiés.

Le contrat prend fin lorsque l'épargne constituée devient nulle.

5.4. Transferts

5.4.1. Transferts entre Crescendo et Fortuna (contrat Cambio)

Le preneur d'assurance peut transférer à tout moment, tout ou partie de l'épargne constituée (en EUR) du contrat Crescendo et/ou tout ou partie des unités des fonds du contrat Fortuna vers le contrat Crescendo et/ou un ou plusieurs autres fonds d'investissement autorisés par la compagnie, en utilisant le bulletin de transfert, prévu à cet effet, daté et signé. Le montant transféré sortant des fonds d'investissement est déterminé par le nombre d'unités, évaluées aux prix de sortie du jour de valorisation qui suit la date de réception de la demande. Le montant transféré total ne peut être inférieur à 250 EUR. Ce montant, déduction faite des charges de transferts et impôts éventuels, est réparti en pourcentage entre le contrat Crescendo et/ou les fonds d'investissement selon le choix du preneur d'assurance. Le transfert vers les fonds d'investissement s'effectue par attribution de nouvelles unités évaluées au prix de sortie du jour de valorisation qui suit la date de réception de la demande. En cas de transfert partiel, l'épargne restante sur le contrat Crescendo, de même que la valeur de chaque fonds d'investissement en Fortuna, ne peut être inférieure à 250 EUR. En cas de transfert total vers le contrat Fortuna, le contrat Crescendo est considéré comme annulé et vice-versa.

5.4.2. Charges de transferts

Les charges des transferts sont fixées à 0,75 % de la valeur transférée.

5.5. Avance

Le contrat ne donne droit à aucune avance sur le paiement des prestations.

Article 6

DISPOSITIONS DIVERSES

6.1. Quels sont les droits des bénéficiaires ?

Le preneur d'assurance désigne les bénéficiaires de son contrat en cas de vie et en cas de décès et peut à tout moment modifier ce choix. Pour être opposable à la compagnie, cette modification doit lui être notifiée par un écrit daté et signé par le preneur d'assurance.

Toutefois, dès que le(s) bénéficiaire(s) accepte(nt) le bénéfice du contrat, il(s) acquièr(en)t un droit irrévocable aux prestations qu'il(s) est(sont) appelé(s) à recevoir.

Dès lors, sans son(leur) accord exprès, le preneur d'assurance ne peut plus obtenir de nouveaux retraits, modifier la prestation décès, modifier la clause bénéficiaire, céder les droits du contrat ou effectuer un transfert vers Fortuna (Cambio) si le bénéficiaire acceptant est différent de celui du contrat Crescendo.

Tant que le preneur d'assurance est en vie, l'acceptation du bénéfice ne peut se faire que par un avenant au contrat signé par ce(s) bénéficiaire(s), la compagnie et le preneur d'assurance.

Après le décès du preneur d'assurance, la compagnie ne tient compte de l'acceptation du bénéfice que si elle est notifiée par écrit par le(s) bénéficiaire(s).

6.2. Quelles sont les formalités à respecter pour le versement des prestations ?

La compagnie verse les prestations assurées au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) aux conditions particulières dès réception des pièces justificatives reprises ci-après :

dans tous les cas :

- la police et ses avenants éventuels ;
- une copie recto-verso de la carte d'identité du(des) bénéficiaire(s) ;

en cas de vie de l'assuré au terme du contrat :

- un certificat de vie de l'assuré mentionnant sa date de naissance ;

en cas de décès de l'assuré :

- un extrait de l'acte de décès de l'assuré mentionnant sa date de naissance ;

- un certificat médical rédigé sur formulaire délivré par la compagnie et mentionnant la cause du décès.

Dans les cas où le(s) bénéficiaire(s) n'a(ont) pas été désigné(s) nominativement : un acte de notoriété établissant les droits du(des) bénéficiaire(s). Cet acte doit mentionner les noms, prénoms, dates de naissance et adresses des bénéficiaires.

Si le bénéficiaire est mineur et n'a plus ni père ni mère : un document attestant de l'autorisation du juge de paix. Ce document doit mentionner le nom du tuteur légal et le numéro du compte bancaire du bénéficiaire mineur.

La compagnie peut en outre réclamer toute pièce complémentaire jugée nécessaire et procéder, à ses propres frais, à un examen post mortem.

Les prestations sont indivisibles en ce qui concerne la compagnie. Dès lors, en présence de plusieurs bénéficiaires, un mandat dûment signé devra être envoyé à la compagnie désignant le mandataire auquel celle-ci versera les prestations.

Le paiement est effectué contre quittance signée.

S'il est constaté que la date de naissance de l'assuré communiquée à la compagnie n'est pas exacte, les garanties seront recalculées en fonction de la date exacte.

6.3. Modification du contrat

La compagnie ne peut apporter unilatéralement aucune modification aux conditions générales ou particulières du contrat.

Le preneur d'assurance peut demander que la compagnie adapte les conditions particulières du contrat.

Toute adaptation doit être notifiée par un écrit daté et signé du preneur d'assurance et est confirmée par un avenant ou un document actant la modification.

6.4. Information annuelle

Chaque année la compagnie envoie au preneur d'assurance une information détaillée quant à la situation du contrat. Cette information reprend entre autres l'état de l'épargne constituée compte tenu des versements et des retraits effectués durant l'année écoulée.

6.5. Qu'en est-il des frais et impôts ?

La compagnie se réserve le droit de demander des frais ou indemnités pour des dépenses particulières occasionnées par le fait du preneur d'assurance, de l'assuré ou du bénéficiaire. Ces dépenses particulières sont notamment les dépenses occasionnées par les recherches d'adresses, les recherches de bénéficiaires, les envois recommandés, les demandes de justificatifs et duplicata de toute sorte, les demandes de relevés de paiements et les paiements provenant de l'étranger.

En particulier, la compagnie peut porter en compte des frais pour les vérifications et recherches, qu'elle fera dans le cadre d'un contrat dit « dormant », en exécution de la Loi portant des dispositions diverses (I) (1) du 24 juillet 2008. Un contrat d'assurances « dormant » est un contrat d'assurance qui n'a pas fait l'objet de la part du bénéficiaire d'une intervention dans les six mois de la prise de connaissance de la survenance du risque par l'entreprise d'assurances. Ces frais ne peuvent pas excéder 5 % des prestations assurées sans pouvoir excéder 200 EUR. Ce montant maximum forfaitaire est fixé par l'Arrêté Royal du 14/11/2008 et peut être adapté par le Roi.

Les éventuels droits de timbre et d'enregistrement, tous impôts et taxes éventuels, présents et futurs, applicables à toutes sommes dues de part et d'autre en vertu du contrat, sont à charge du preneur d'assurance ou des bénéficiaires.

L'ensemble des règles fiscales applicables au contrat, tant au niveau des primes versées qu'au niveau des prestations payées, sont décrites dans la brochure fiscale qui peut être obtenue sur simple demande du preneur d'assurance à la compagnie.

6.6. Modification des montants et frais forfaitaires et des bases techniques

Les montants et frais forfaitaires exprimés dans les présentes conditions générales et dans les conditions particulières sont ceux en vigueur au 1/1/2002. Ils sont susceptibles d'être adaptés par la compagnie.

Conformément à l'article 26 de l'Arrêté Royal Vie du 14 novembre 2003, les bases techniques sont susceptibles d'être modifiées pour le futur.

Toute modification des frais ou des bases techniques fera l'objet d'une communication au preneur d'assurance.

Cet article ne vise pas les 75 EUR mentionnés au point 5.2.

6.7. Comment adresser les instructions relatives au contrat ?

Toute instruction relative au contrat doit être adressée à la compagnie et notifiée par un écrit daté et signé.

Tout changement d'adresse n'est opposable à la compagnie que si celle-ci en a été informée par lettre recommandée.

Sauf convention contraire, les instructions prendront cours le 1er jour ouvrable qui suit le jour où la compagnie reçoit la notification par écrit, pour autant qu'une procédure d'acceptation ne soit pas prévue.

La compagnie se réserve cependant le droit de ne pas y donner suite si elle a le sentiment que l'exécution de celle-ci impliquerait une contravention à une disposition légale ou réglementaire ou à une disposition du présent contrat. Dans cette hypothèse, la compagnie informe immédiatement le preneur d'assurance de sa décision.

6.8. Qu'en est-il de la correspondance ou d'éventuelles contestations ?

Les notifications à faire au preneur d'assurance sont valablement faites à sa dernière adresse signalée. Toute notification d'une partie à l'autre est censée être faite à la date de son dépôt à la poste.

Toutes les contestations éventuelles sont de la compétence exclusive des tribunaux belges. La loi applicable au contrat est la loi belge.

Toute plainte au sujet du contrat peut être adressée à : Generali Belgium - Service Gestion des Plaintes - Avenue Louise 149, 1050 Bruxelles - gestion.plaintes@generali.be.

Si le preneur d'assurance estime ne pas avoir obtenu la solution adéquate, il peut s'adresser à l'Ombudsman des Assurances, à l'adresse actuelle Square de Meeûs, 35 à 1000 Bruxelles (www.ombudsman.as), sans préjudice de la possibilité d'intenter une action en justice.

6.9. Dispositions propres à la couverture contre les actes de terrorisme

6.9.1 Définition

Par terrorisme, on entend une action ou une menace d'action organisée dans la clandestinité à des fins idéologiques, politiques, ethniques ou religieuses, exécutée individuellement ou en groupe et attentant à des personnes ou détruisant partiellement ou totalement la valeur économique d'un bien matériel ou immatériel, soit en vue d'impressionner le public, de créer un climat d'insécurité ou de faire pression sur les autorités, soit en vue d'entraver la circulation et le fonctionnement normal d'un service ou d'une entreprise.

Les dommages causés par des armes ou des engins destinés à exploser par une modification de structure du noyau atomique ne sont pas couverts dans le présent contrat.

6.9.2. Adhésion à TRIP

La compagnie couvre les dommages causés par le terrorisme. Celle-ci est membre à cette fin de l'ASBL Terrorism Reinsurance and Insurance Pool (TRIP). Conformément à la loi du 1er avril 2007 relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme, l'exécution de tous les engagements de l'ensemble des entreprises d'assurances membres de l'ASBL est limitée à 1 milliard d'euros par année civile pour les dommages causés par tous les événements reconnus comme relevant du terrorisme, survenus pendant cette année civile. Ce montant est adapté, le 1er janvier de chaque année, à l'évolution de l'indice des prix à la consommation, l'indice de base étant celui de décembre 2005. En cas de modification légale ou réglementaire de ce montant de base, le montant modifié sera automatiquement applicable dès la prochaine échéance suivant la modification, sauf si le législateur a prévu explicitement un autre régime transitoire.

Si le total des indemnités calculées ou estimées excède le montant cité dans le précédent alinéa,

une règle proportionnelle est appliquée : les indemnités à payer sont limitées à concurrence du rapport entre le montant cité dans le précédent alinéa ou les moyens encore disponibles pour cette année civile et les indemnités à payer imputées à cette année civile.

6.9.3 Régime de paiement

Conformément à la loi susmentionnée du 1er avril 2007, le Comité décide si un événement répond à la définition de terrorisme. Afin que le montant cité à l'article 6.9.2 ne soit pas dépassé, ce Comité fixe, six mois au plus tard après l'événement, le pourcentage de l'indemnisation que les entreprises d'assurances membres de l'ASBL doivent prendre en charge en conséquence de l'événement. Le Comité peut revoir ce pourcentage. Le Comité prend, au plus tard le 31 décembre de la troisième année suivant l'année de survenance de l'événement, une décision définitive quant au pourcentage d'indemnisation à payer.

L'assuré ou le bénéficiaire ne peut prétendre, envers la compagnie, à l'indemnisation qu'après que le Comité a fixé le pourcentage, la compagnie paie le montant assuré conformément au pourcentage fixé par le Comité.

Si le Comité diminue le pourcentage, la réduction de l'indemnité ne sera pas applicable aux indemnités déjà payées, ni aux indemnités restant à payer pour lesquelles la compagnie a déjà communiqué sa décision à l'assuré ou au bénéficiaire.

Si le Comité relève le pourcentage, l'augmentation de l'indemnité s'applique pour tous les sinistres déclarés découlant de l'événement reconnu comme relevant du terrorisme.

Les dispositions du présent chapitre ne sont pas applicables à la valeur de rachat théorique des assurances-vie.



Avertissement

*Toute escroquerie ou tentative d'escroquerie envers l'entreprise d'assurances entraîne non seulement la résiliation du contrat d'assurance, mais fait également l'objet de poursuites pénales sur la base de l'article 496 du Code pénal. En outre, l'intéressé peut être repris dans le fichier du groupement d'intérêt économique **Datassur**. En vertu de la loi sur la protection de la vie privée, il en sera informé et aura, le cas échéant, la possibilité de faire rectifier les informations le concernant.*