

ALGEMENE VOORWAARDEN

ERGO Life Beleggingsverzekering

1. Inhoudstafel

1.	DEFINITIES	3
2.	ALGEMENE WERKING VAN DE OVEREENKOMST	3
	2.1. Inwerkingtreding en premiebetaling.....	3
	2.2. Vorming van het rekeningtegoed	3
	2.3. Waarde van het rekeningtegoed / beleggingsvormen.....	4
3.	DEKKINGEN	4
	3.1. Uitkering op de einddatum van de overeenkomst.....	4
	3.2. Uitkering bij overlijden	4
	3.3. Uitkering bij opeenvolgend overlijden (binnen 12 maanden)	9
	3.4. Uitkering bij overlijden door ongeval (of plotse aandoening)	10
4.	RECHTEN VAN DE VERZEKERINGNEMER	14
	4.1. Algemene bepalingen.....	14
	4.2. Opzegging	15
	4.3. Wijziging van beleggingsregels en switch van beleggingsvorm	15
	4.4. Aanduiding en wijziging van de begunstigden	15
	4.5. Afkoop.....	16
	4.6. Voorschot en inpandgeving	16
	4.7. Overdracht van rechten.....	17
5.	RECHTEN VAN DE BEGUNSTIGDE(N)	17
6.	DIVERSE BEPALINGEN	17
	6.1. Omzetting van monetaire bedragen in units en omgekeerd	17
	6.2. Kosten en belastingen.....	19
	6.3. Persoonlijk certificaat en jaarlijks rekeninguittreksel	20
	6.4. Wederinwerkingstelling	20
	6.5. Uitkeringen	20
	6.6. Briefwisseling en bewijs	21
	6.7. Wijziging van de algemene voorwaarden.....	21
	6.8. Wettelijk kader	21
	6.9. Bescherming van de persoonlijke levenssfeer	22
	6.10. Klachten en geschillen	22

1. DEFINITIES

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

2. ALGEMENE WERKING VAN DE OVEREENKOMST

2.1. Inwerkingtreding en premiebetaling

De overeenkomst treedt in werking op de in het Persoonlijk Certificaat vermelde datum. De betaaldatum van een premie is de valutadatum van die premie op de bankrekening van de verzekeraar. De premiebetaling geschiedt rechtstreeks op de door de verzekeraar aangeduide bankrekening met vermelding van de opgegeven referenties of via domiciliëring, naargelang wat is overeengekomen. De premiebetaling is niet verplicht, tenzij de verzekeringnemer zich hiertoe door een andere verbintenis dan de overeenkomst zelf (zoals een lening of een krediet) heeft verbonden. Indien het Persoonlijk Certificaat het expliciet toelaat, kunnen bovenop de voorziene premiebetaling(en) ook bijkomende premies worden gestort op de door de verzekeraar aangeduide bankrekening en volgens de overeengekomen modaliteiten.

2.2. Vorming van het rekeningtegoed

Met het oog op de financiering van de in het Persoonlijk Certificaat voorziene uitkeringen, wordt bij de verzekeraar een rekeningtegoed gevormd. In eerste instantie verhoogt (verhogen) de door de verzekeringnemer gestorte nettopremie(s) het rekeningtegoed (de nettopremie is de premie na afhouding van eventuele instapkosten en belastingen). Het rekeningtegoed wordt belegd in één of meerdere beleggingsvormen (zie 2.3). Het rendement van iedere beleggingsvorm en de eventuele winstdeling verhogen het rekeningtegoed. Het rekeningtegoed kan verminderen door toepassing van eventuele kosten of belastingen. Indien er een dekking 'supplementaire uitkering bij overlijden' en/of 'uitkering bij opeenvolgend overlijden' werd onderschreven, wordt het rekeningtegoed iedere maand verminderd met een risicopremie (zie 3.2.2 en 3.3.2). De uitkering op de einddatum en de uitkering bij overlijden a rato van het rekeningtegoed (zie 3.1 en 3.2) worden ook onttrokken aan het rekeningtegoed.

2.3. Waarde van het rekeningtegoed / beleggingsvormen

De beleggingsvormen van het rekeningtegoed kunnen intrest- en/of fondsgekoppeld zijn en behoren bijgevolg tot de zogenaamde tak 21 en/of tak 23. De toegepaste beleggingsvormen van het rekeningtegoed blijken uit het Persoonlijk Certificaat. De Beheersreglementen beschrijven de verdere kenmerken van iedere beleggingsvorm.

- De waarde van (het deel van) het rekeningtegoed dat fondsgekoppeld belegd is (tak 23), wordt uitgedrukt in units. De waarde-evolutie van een unit is gekoppeld aan de waarde-evolutie van een beleggingsfonds. Door de evolutie van de unitwaarde vermeerderd of vermindert aldus het rekeningtegoed. De waarde van (dat deel van) het rekeningtegoed is gelijk aan het aantal units vermenigvuldigd met hun respect- tievelijke waarde.
- Het deel van het rekeningtegoed dat intrestgekoppeld belegd is (tak 21), wordt door de verzekeraar om beheerstechnische redenen ook beheerd in units. Zo wordt een intrestvergoeding op het rekeningtegoed doorgevoerd door middel van een dagelijkse, met de intrestvoet overeenstemmende, waardevermeerdering van de betreffende units. Het Beheersreglement geeft aan of de verzekeraar bovenop de over- eengekomen intrest ook een eventuele winstdeling toekent. De eventuele nettowinstdeling wordt eveneens aangewend voor de vorming van het rekeningtegoed. De Beheersreglementen van de betreffende beleggingsvormen geven verdere preciseringen over de winstdeling.

De waarde van het rekeningtegoed wordt minstens één maal per jaar via een rekeninguittreksel meegedeeld aan de verzekeringnemer. Hierbij wordt ook een overzicht gegeven van de evolutie van het rekeningtegoed sinds het vorige rekeninguittreksel.

3. DEKKINGEN

3.1. Uitkering op de einddatum van de overeenkomst

Als de overeenkomst een einddatum heeft en het 'verzekerd voorval' in het kader van de dekking 'uitkering bij overlijden' (zie 3.2.1.1) zich niet heeft voorgedaan vóór die einddatum, wordt het op die einddatum gevormde rekeningtegoed uitgekeerd aan de begunstigde(n) 'op einddatum' en eindigt de overeenkomst.

3.2. Uitkering bij overlijden

3.2.1. Omschrijving van de dekking

3.2.1.1. Verzekerd voorval

Indien de verzekerde tijdens de dekkingsperiode (zie 3.2.3.1) overlijdt, keert de verzekeraar het overeengekomen kapitaal uit aan de begunstigde(n) 'bij overlijden' ('overlijdenskapitaal') en eindigt de overeenkomst. Indien er twee verzekerden zijn, moet 'het overlijden van de verzekerde' gelezen worden als, naargelang wat werd overeengekomen, het overlijden van hetzij één van beide verzekerden ('eerste overlijden van twee'), hetzij beide verzekerden ('laatste overlijden van twee').

- Als het verzekerd voorval het overlijden impliceert van één van beide verzekerden ('eerste overlijden van twee'), geldt de dekking slechts als de eerststervende verzekerde overlijdt tijdens de dekkingsperiode en is de datum van het zich voordoen van het verzekerd voorval de overlijdensdatum van de eerststervende verzekerde.
- Als het verzekerd voorval het overlijden impliceert van beide verzekerden ('laatste overlijden van twee'), geldt de dekking slechts als beide verzekerden overlijden tijdens de dekkingsperiode en is de datum van het zich voordoen van het verzekerd voorval de overlijdensdatum van de laatststervende verzekerde.

Bij (al dan niet simultaan) overlijden van beide verzekerden is er geen 'dubbele uitkering'.

3.2.1.2. Bedrag

Voor de berekening van het uit te keren overlijdenskapitaal wordt het verzekerd bedrag (en het onderliggende bedrag van het rekeningtegoed op basis van het aantal units en de unitwaarden) op de datum van het zich voordoen van het verzekerd voorval (zie 3.2.1.1) in aanmerking genomen (zie echter 3.2.4 in geval van laattijdige aangifte van het overlijden). Er is geen winstdeling bij overlijden.

Het eventuele positieve verschil tussen het bedrag van het overlijdenskapitaal en het bedrag van het rekeningtegoed van de overeenkomst wordt de 'supplementaire uitkering bij overlijden' genoemd. De verzekeraar onttrekt ter financiering van die dekking periodiek een risicopremie aan het rekeningtegoed (zie 3.2.2).

Tenzij andersluidend verzoek van de verzekeringnemer met schriftelijk akkoord van de verzekeraar, wordt bij een gedeeltelijke afkoop (zie 4.5), het verzekerd bedrag van het overlijdenskapitaal automatisch verminderd met het bedrag van de gedeeltelijke afkoop.

3.2.2. Risicopremies voor de dekking 'supplementaire uitkering bij overlijden'

3.2.2.1. Algemeen

Met het oog op de berekening van de risicopremies voor de eventuele dekking 'supplementaire uitkering bij overlijden' (zie 3.2.1.2), wordt het te verzekeren bedrag van de 'supplementaire uitkering bij overlijden' in het begin van iedere maand berekend op basis van het meest recent gekende bedrag van het rekeningtegoed. De risicopremies zijn de benodigde premies om de dekking 'supplementaire uitkering bij overlijden' te verzekeren voor een periode van telkens één maand. Zij worden in principe in het begin van iedere maand onttrokken aan het rekeningtegoed.

Indien het rekeningtegoed verbonden is met meerdere beleggingsvormen, worden de risicopremies in principe aangerekend op de gedeelten van het rekeningtegoed verbonden met de verschillende beleggingsvormen, en dit evenredig met hun respectievelijk laatst gekende bedrag op de uitwerkingsdatum van elke onttrekking (zie 6.1.3).

Als de verzekeraar om enige reden vaststelt dat het rekeningtegoed ontoereikend is om de nodige risicopremies verder te onttrekken of dat de onttrekking de geblokkeerde reserves (zie 4.6) zou aantasten, kan hij de dekking 'supplementaire uitkering bij overlijden' vervroegd beëindigen. Deze vervroegde beëindiging heeft nochtans slechts ten vroegste uitwerking 30 dagen nadat de verzekeraar de verzekeringnemer hier- over met een aangetekend schrijven heeft ingelicht.

3.2.2.2. Tarieven van de risicopremies

Onverminderd de eventuele toepassing van bijpremies voor verhoogde risico's (zie 3.2.5.2), zijn de gehanteerde tarieven voor de berekening van de risicopremies deze die de verzekeraar bij de Commissie voor het Bank-, Financie-, en Assurantiewezen heeft neergelegd. De verzekeraar kan ze op ieder ogenblik in de loop van de overeenkomst, zij het met inachtneming van de eventuele dwingende beperkingen terzake, om gegronde redenen en op een redelijke en proportionele wijze, verhogen in het kader van een algemene herziening ervan voor de categorie verzekeringen waartoe de overeenkomst behoort, zo onder meer:

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

De verzekeraar kan ook de in het tarief verwerkte kosten aanpassen als hij kan aantonen dat de kostprijs om een overeenkomst te beheren gestegen is sinds de onderschrijvingsdatum van de overeenkomst.

3.2.3. Draagwijdte van de dekking

3.2.3.1. Dekkingsperiode

De dekkingsperiode begint en eindigt uiterlijk op de respectievelijke in het Persoonlijk Certificaat voorziene datums. Tenzij anders is aangegeven op het Persoonlijk Certificaat, begint de dekkingsperiode ten vroegste op de betaaldatum van de eerste of enige premie, zijnde de valutatdatum van die premie op de bankrekening van de verzekeraar. Indien de overeenkomst een einddatum heeft, eindigt de dekkingsperiode steeds uiterlijk op die einddatum. Indien de overeenkomst geen einddatum heeft, eindigt de dekkingsperiode uiterlijk bij het zich voordoen van het 'verzekerd voorval' (zie 3.2.1.1).

3.2.3.2. Geografische uitgestrektheid

De overlijdensdekking is geldig over de hele wereld.

3.2.3.3. Uitgesloten risico's

De verzekeraar verleent geen dekking in het kader van de 'supplementaire uitkering bij overlijden' (zie 3.2.1.2) en beperkt bijgevolg de uitkering bij overlijden tot het gevormde rekeningtegoed op basis van het aantal units en de unitwaarden op de datum van het zich voordoen van het 'verzekerd voorval' (zie 3.2.1.1; zie echter ook 3.2.4 in geval van laattijdige aangifte van het overlijden), als het overlijden het rechtstreekse of onrechtstreekse gevolg is van onderstaande uitgesloten risico's:

- De zelfmoord van de verzekerde is niet gedekt indien deze plaats heeft minder dan één jaar na de inwerkingtreding of de wederinwerkingstelling van de overeenkomst of van het bijvoegsel tot verhoging van de verzekerde prestaties. In dit laatste geval is enkel de verhoging niet gedekt.

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

Indien het 'verzekerd voorval' het overlijden impliceert van twee verzekerden ('laatste overlijden van twee' - zie 3.2.1.1), doet de verzekeraar generlei uitkering in het kader van de dekking 'supplementaire uitkering bij overlijden' als minstens één van beide verzekerden overlijdt ingevolge enig voormeld uitgesloten risico.

3.2.4. Aangifte van een schadegeval

Het overlijden van enige verzekerde moet bij de verzekeraar uiterlijk binnen 30 dagen na het overlijden via het daartoe bestemde formulier worden aangegeven. Bij laattijdige aangifte kan de verzekeraar, tenzij genoegzaam wordt aangetoond dat de aangifte van het schadegeval zo snel dit redelijkerwijs mogelijk is werd ingediend, zijn tussenkomst verminderen met het door hem geleden nadeel. Evenwel, ongeacht de reden van de laattijdige aangifte, kan de verzekeraar steeds zijn tussenkomst in het kader van de dekking van het overlijdenskapitaal vermind-eren met het door hem geleden nadeel dat voortvloeit uit de eventuele negatieve evolutie van de unitwaarden van reserves verbonden met een tak 23-beleggingsvorm (zie de Beheersreglementen) sinds de datum van het zich voordoen van het 'verzekerd voorval' (zie 3.2.1.1).

De aangifte moet de plaats, de datum en het uur van het overlijden vermelden, alsook de omstandigheden waarin het heeft plaats gehad. Er moet ook steeds een medisch attest worden gevoegd volgens het volledig ingevulde model van de verzekeraar met vermelding van de overlijdensoorzaak. De verzekeraar kan elk bijkomend stuk vorderen. Alle belanghebbenden bij de tussenkomst van de verzekeraar moeten elke arts die aan de overledene zorgen heeft verstrekt, verzoeken om hen alle door de verzekeraar gevraagde inlichtingen te verstrekken en moeten de aldus verkregen inlichtingen onverwijld overmaken aan de adviserende arts van de verzekeraar. Indien aan één van deze verplichtingen niet wordt voldaan, kan de verzekeraar zijn tussenkomst geheel of gedeeltelijk weigeren.

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

3.2.5. Diverse bepalingen

3.2.5.1. Correcte gegevensverstrekking

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

Bij onjuistheid van de opgegeven geboortedatum van de (een) verzekerde, kan de verzekeraar de risicopremies en/of de uitkering (in voorkomend geval retroactief) aanpassen op basis van de tariefelementen in functie van de juiste geboortedatum. In geval van andere onopzettelijke verzwijgingen of onopzettelijke onjuiste verklaringen dan die met betrekking tot de geboortedatum, zijn hierop de wettelijke bepalingen terzake van toepassing, en dit gedurende het eerste jaar na het sluiten, na de inwerkingtreding van een niet initieel overeengekomen verhoging (wat betreft die verhoging), respectievelijk na de wederinwerkingstelling van de dekking.

Elke fraude, opzettelijke verzwijging of opzettelijke onjuiste verklaring heeft de nietigheid van de dekking tot gevolg. De risicopremies die onttrokken werden, zijn verworven voor de verzekeraar. De aandacht wordt er op gevestigd dat de wetgeving ook in geval van onopzettelijke verzwijgingen of onopzettelijke onjuiste verklaringen voorziet in sancties die, afhankelijk van de situatie, kunnen oplopen tot een weigering van de verzekeraar om tussenkomst te verlenen.

3.2.5.2. Aanvaarding van de dekking 'supplementaire uitkering bij overlijden' door de verzekeraar en vooraf bestaande ziekten en aandoeningen

De dekking 'supplementaire uitkering bij overlijden' (zie 3.2.1.2) en enige verhoging van het nominaal verzekerd bedrag ervan zijn onderworpen aan de algemene aanvaardingscriteria van de verzekeraar. De dekking is slechts verzekerd indien zij voorkomt op het Persoonlijk Certificaat of in een andere door de verzekeraar schriftelijk uitgebrachte bevestiging.

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

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

3.2.5.3. Medisch beroepsgeheim

De verzekerde(n) en de belanghebbende derden ontslaan elke arts van het beroepsgeheim tegenover de adviserende arts van de verzekeraar om, ook na een overlijden, te voldoen aan alle verplichtingen waarin de Algemene Voorwaarden voorzien. De verzekerde(n) geeft (geven) uitdrukkelijk de toestemming aan elke arts om aan de adviserende arts van de verzekeraar een volledig ingevulde verklaring af te leveren - volgens het door de verzekeraar opgestelde model - omtrent de overlijdensoorzaak.

3.3. Uitkering bij opeenvolgend overlijden (binnen 12 maanden)

3.3.1. Omschrijving van de dekking

3.3.1.1. Verzekerd voorval

Indien beide verzekerden hetzij simultaan, hetzij binnen een tijdspanne van 12 maanden overlijden, keert de verzekeraar het overeengekomen kapitaal uit aan de begunstigde(n) van deze dekking ('kapitaal bij opeenvolgend overlijden'). Hierbij is er dekking als het eerste overlijden zich tijdens de dekkingsperiode (zie 3.3.3.1) voordoet en het tweede overlijden uiterlijk 12 maanden na het eerste overlijden plaats vindt.

3.3.1.2. Bedrag

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

3.3.2. Risicopremies

De bepalingen van punt 3.2.2 zijn overeenkomstig van toepassing, zij het dat voor de dekking 'uitkering bij opeenvolgend overlijden' de risicopremies berekend worden op basis van het totale verzekerde bedrag.

3.3.3. Draagwijdte van de dekking

3.3.3.1. Dekkingsperiode

De bepalingen van punt 3.2.3.1 zijn overeenkomstig van toepassing. De dekkingsperiode van de 'uitkering bij opeenvolgend overlijden' eindigt uiterlijk bij het zich voordoen van het 'verzekerd voorval' in het kader van de dekking 'uitkering bij overlijden' (zie 3.2.1.1).

3.3.3.2. Geografische uitgestrektheid

De overlijdensdekking is geldig over de hele wereld.

3.3.3.3. Uitgesloten risico's

De verzekeraar verleent geen dekking in het kader van de 'uitkering bij opeenvolgend overlijden' en doet bijgevolg geen uitkering in het kader van die dekking als het overlijden het rechtstreekse of onrechtstreekse gevolg is van een uitgesloten risico. De lijst van uitgesloten risico's voor deze dekking is dezelfde als die welke voorkomt in punt 3.2.3.3. Er is sprake van een uitgesloten risico als minstens één van beide verzekerden overlijdt ingevolge enig voormeld uitgesloten risico.

3.3.4. Aangifte van een schadegeval

De bepalingen van punt 3.2.4 zijn overeenkomstig van toepassing, zij het dat de laatste zin van de eerste alinea van punt 3.2.4 zonder voorwerp is in het kader van de dekking 'uitkering bij opeenvolgend overlijden'.

3.3.5. Diverse bepalingen

De bepalingen van punt 3.2.5 zijn overeenkomstig van toepassing.

3.4. Uitkering bij overlijden door ongeval (of plotse aandoening)

3.4.1. Omschrijving van de dekking

3.4.1.1. Verzekerd voorval in het kader van de basisdekking ('uitkering bij overlijden door ongeval')

Indien de verzekerde overlijdt binnen 180 dagen na en als rechtstreeks gevolg van een ongeval en zowel het ongeval als het overlijden zich voordoen tijdens de dekkingsperiode (zie 3.4.3.1), keert de verzekeraar het overeengekomen kapitaal uit aan de begunstigde(n) van deze dekking ('overlijdenskapitaal bij ongeval'). Indien er twee verzekerden zijn, moet 'het overlijden van de verzekerde' gelezen worden als het overlijden van één van beide verzekerden ('eerste overlijden van twee'). Bij simultaan overlijden van beide verzekerden is er geen 'dubbele uitkering'.

Een ongeval in de zin van deze verzekering is een plotselinge gebeurtenis, onafhankelijk van de wil van de verzekerde, de verzekeringnemer of de begunstigde, waarvan één van de oorzaken buiten het organisme van de verzekerde ligt. Worden eveneens bij uitbreiding of toepassing van voorgaande definitie als ongeval beschouwd:

- het redden van personen die in gevaar verkeren;
- een aanval of aanslag van niet-politieke aard, gepleegd op de verzekerde in zover de aanslag of aanval niet in verband kan worden gebracht met oproer of opstand of niet gepleegd werd door medeplichtigheid van de begunstigde;

- steken van insecten of beten van dieren;
- de onvrijwillige val in het water of het inademen van gassen of dampen waarvan de ontsnapping niet voorzien was;
- inslag van bliksem en elektrische schokken.

3.4.1.2. Verzekerd voorval in het kader van de uitgebreide dekking ('uitkering bij overlijden door ongeval of plotse aandoening')

De dekking 'uitkering bij overlijden door ongeval' (zie 3.4.1.1) kan uitgebreid worden tot de dekking 'uitkering bij overlijden door ongeval of plotse aandoening'. De uitbreiding tot 'plotse aandoening' houdt in dat er, naast de omstandigheden als vermeld in punt 3.4.1.1, ook dekking is in het voordeel van dezelfde begunstigde(n) in geval van overlijden van de verzekerde als rechtstreeks gevolg van een 'plotse aandoening', zoals hieronder beschreven en mits zowel de plotse aandoening als het overlijden zich voordoen tijdens de dekkingsperiode (zie 3.4.3.1). Indien er twee verzekerden zijn, moet ook hier 'het overlijden van de verzekerde' gelezen worden als het overlijden van één van beide verzekerden ('eerste overlijden van twee') en is er bij simultaan overlijden van beide verzekerden ook hier geen 'dubbele uitkering'.

Worden beschouwd als plotse aandoening in de zin van deze verzekering, mits zij niet het gevolg zijn van een ongeval zoals bedoeld in punt 3.4.1.1:

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

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

3.4.1.3. Bedrag

Het uit te keren 'overlijdenskapitaal bij ongeval (of plotse aandoening)' is het verzekerd bedrag ervan op de datum van het 'overlijden van de verzekerde' in de zin van punt 3.4.1.1 of 3.4.1.2. m et dien verstande echter dat eventuele verhogingen van het verzekerd bedrag tussen de datum van het ongeval of de plotse aandoening en de datum waarop het 'overlijden van de verzekerde' in de zin van punt 3.4.1.1 of 3.4.1.2 zich voordoet, die niet reeds vóór de datum van het ongeval of de plotse aandoening werden overeengekomen, niet worden uitgekeerd. Er is geen winstdeling bij overlijden.

Indien het Persoonlijk Certificaat een onderscheid maakt tussen het overlijdenskapitaal 'door ziekte' en 'door ongeval (of plotse aandoening)', valt enkel het positieve verschil tussen het verzekerd bedrag 'door ongeval (of plotse aandoening)' en het verzekerd bedrag 'door ziekte' onder de bepalingen van de dekking 'uitkering bij overlijden door ongeval (of plotse aandoening)'. Het opgegeven verzekerd bedrag 'door ziekte' vormt samen met het overeenstemmend opgegeven verzekerd bedrag 'door ongeval (of plotse aandoening)' de dekking 'uitkering bij overlijden' (zie 3.2).

3.4.2. Risicopremies

De bepalingen van punt 3.2.2 zijn overeenkomstig van toepassing, zij het dat voor de dekking 'uitkering bij overlijden door ongeval (of plotse aandoening)', de risicopremies berekend worden op basis van het totale verzekerde bedrag.

3.4.3. Draagwijdte van de dekking

3.4.3.1. Dekkingsperiode

De bepalingen van punt 3.2.3.1 zijn overeenkomstig van toepassing. De dekkingsperiode van de 'uitkering bij overlijden door ongeval (of plotse aandoening)' eindigt uiterlijk bij het zich voordoen van het 'verzekerde voorval' in het kader van de dekking 'uitkering bij overlijden' (zie 3.2.1.1).

3.4.3.2. Geografische uitgestrektheid

De overlijdensdekking is geldig over de hele wereld.

3.4.3.3. Uitgesloten risico's

3.4.3.3.1. Uitgesloten risico's inzake overlijden door ongeval

De verzekeraar verleent geen dekking in het kader van de dekking 'uitkering bij overlijden door ongeval' (zie 3.4.1.1) ingevolge een risico dat in het kader van de dekking 'uitkering bij overlijden' conform punt 3.2.3.3 zou uitgesloten zijn (zowel toegepast op het overlijden zelf als op het ongeval) of als het overlijden veroorzaakt wordt door een ongeval dat zelf het rechtstreekse of onrechtstreekse gevolg is van één van de volgende omstandigheden waarin de verzekerde verkeert op het ogenblik van het ongeval:

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

3.4.3.3.2. Uitgesloten risico's inzake overlijden door plotse aandoening

De verzekeraar verleent geen dekking in het kader van de dekking 'uitkering bij overlijden door ongeval of plotse aandoening', wat betreft de uitbreiding naar 'plotse aandoening' (zie 3.4.1.2), ingevolge een risico dat in het kader van de dekking 'uitkering bij overlijden' conform punt 3.2.3.3 zou uitgesloten zijn (zowel toegepast op het overlijden zelf als op de plotse aandoening) of als het overlijden veroorzaakt wordt door een plotse aandoening die zelf het rechtstreekse of onrechtstreekse gevolg is van één van de volgende omstandigheden waarin de verzekerde verkeert op het ogenblik van de plotse aandoening:

1. de staat van dronkenschap of alcoholintoxicatie van minstens 1,6 gr/l bloed tenzij de verzekerde of de begunstigde bewijst dat er geen oorzakelijk verband bestaat tussen de plotse aandoening en deze omstandigheden;
2. de deelneming aan weddingschappen, aan uitdagingen, aan een misdaad of aan een wanbedrijf;
3. een vechtpartij voor zover de verzekerde er op vrijwillige en actieve wijze aan deel heeft genomen;
4. Zelfmoord, poging tot zelfmoord of elk letsel door de begunstigde van de waarborg of de verzekerde zelf opzettelijk toegebracht of veroorzaakt;
5. het gebruik van geneesmiddelen, stimulerende middelen, verdovende middelen of gelijkaardige stoffen, niet conform een medisch voorschrift, evenals wanneer de verzekerde overlijdt wegens het niet in acht nemen van de inname van levensbelangrijke geneesmiddelen;
6. de zich uitbreidende aandoeningen zoals kanker, leukemie, lymfomen;
7. de rechtstreekse of onrechtstreekse effecten van explosie, bestraling, het vrijkomen van warmte afkomstig van de transmutatie van kernen of radioactiviteit. Blijft evenwel gedekt, het overlijden veroorzaakt door bronnen van ioniserende straling, gebruikt of bestemd om te worden gebruikt in een erkende gemedicaliseerde structuur;
8. een heelkundige ingreep die niet noodzakelijk is naar aanleiding van een gedekt ongeval (of als gevolg van een vergiftiging naar aanleiding van een heelkundige bewerking anders dan die welke de verzekerde voor een gedekt ongeval moet ondergaan).

3.4.4. Aangifte van een schadegeval

De bepalingen van punt 3.2.4 zijn overeenkomstig van toepassing, zij het dat de laatste zin van de eerste alinea van punt 3.2.4 zonder voorwerp is in het kader van de dekking 'uitkering bij overlijden door ongeval (of plotse aandoening)'. De aangifte moet de plaats, de datum en het uur van het overlijden vermelden, alsook de omstandigheden waarin het heeft plaats gehad. Hetzelfde geldt met betrekking tot het gebeurlijke ongeval of de gebeurlijke plotse aandoening dat/die het overlijden heeft veroorzaakt, met dien verstande dat ook de aard van het ongeval of de plotse aandoening en de identiteit van de eventuele getuigen moeten opgegeven worden.

3.4.5. Diverse bepalingen

De bepalingen van punt 3.2.5 zijn overeenkomstig van toepassing, zij het dat in geval van andere onopzettelijke verzwijgingen of onopzettelijke onjuiste verklaringen dan die met betrekking tot de geboortedatum (zie 3.2.5.1), de wettelijke bepalingen terzake van toepassing zijn gedurende de volledige looptijd van de dekking 'uitkering bij overlijden door ongeval (of plotse aandoening)', onverminderd andersluidende dwingende bepalingen.

3.4.6. Juridische aard van de dekking

De dekking 'uitkering bij overlijden door ongeval (of plotse aandoening)' is een aanvullende verzekering bij de andere dekkingen, die samen de hoofdovereenkomst vormen. Dit houdt onder meer het volgende in:

- de verzekeringnemer heeft, in zijn verhouding met de verzekeraar, het recht op elk moment en onafhankelijk van het verloop van de hoofdovereenkomst, de premiebetaling voor de dekking 'uitkering bij overlijden door ongeval (of plotse aandoening)' te beëindigen;
- de bepalingen van de algemene voorwaarden betreffende de hoofdovereenkomst gelden eveneens voor de dekking 'uitkering bij overlijden door ongeval (of plotse aandoening)', tenzij hiervan wordt afgeweken of tenzij uit het zinsverband blijkt dat zij enkel betrekking hebben op de hoofdovereenkomst;
- de opzegging of de volledige afkoop van de hoofdovereenkomst brengt van rechtswege de beëindiging van de dekking 'uitkering bij overlijden door ongeval (of plotse aandoening)' mee.

4. RECHTEN VAN DE VERZEKERINGNEMER

4.1. Algemene bepalingen

De verzekeringnemer geniet tijdens de looptijd van de overeenkomst een aantal rechten. De belangrijkste worden in de volgende punten beschreven. De toepassing van wettelijke of conventionele bepalingen kan echter voor gevolg hebben dat de uitoefening van bepaalde rechten verboden is, geschorst wordt of de toestemming vergt van één of meerdere derden (zoals bij de opname van een voorschot, inpandgeving, aanvaarding van begunstiging, enz.). In voorkomend geval moet een vraag tot uitoefening of een opdracht tot uitvoering van een recht derhalve mee ondertekend worden door de derde(n) die zijn (hun) toestemming moet(en) geven opdat de vraag of de opdracht als geldig zou beschouwd worden. Indien dit niet het geval is of, meer algemeen, in alle gevallen waarin de verzekeraar om enige reden geen (onmiddellijk) gevolg kan geven aan een vraag tot uitoefening of een opdracht tot uitvoering van een recht, licht hij de verzekeringnemer hierover zo snel mogelijk in en deelt hij hem de reden hiervan mee. Als er twee verzekeringnemers zijn, vergt elke vraag tot uitoefening of elke opdracht tot uitvoering van een recht en, meer algemeen, elke handeling of verrichting waarvoor het (schriftelijk) akkoord nodig is van de verzekeringnemer, het (schriftelijk) akkoord van beide verzekeringnemers, tenzij anders is aangegeven op het Persoonlijk Certificaat. Als het Persoonlijk Certificaat aangeeft dat het (schriftelijk) akkoord van één van beide verzekeringnemers volstaat, zal nochtans op schriftelijk verzoek in die zin, door één of beide verzekeringnemer(s) aan de verzekeraar gericht, vanaf de eerste werkdag van de verzekeraar na ontvangst van dit schrijven, het (schriftelijk) akkoord van beide verzekeringnemers vereist zijn. In dit geval zullen de op die dag al in uitvoering zijnde handelingen of verrichtingen worden stopgezet voor zover zij juridisch nog geen uitwerking hebben gehad.

4.2. Opzegging

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

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

Bij opzegging eindigt de overeenkomst en stort de verzekeraar het gevormde rekeningtegoed, verhoogd met alle aangerekende kosten (inzake tak 23-beleggingsvormen, enkel de aangerekende instapkosten), maar desgevallend na toepassing van een dagwaardecorrectie (zie de Beheersreglementen) en, in de eerste voormelde hypothese van opzegging, na aanrekening van de kosten voor medische onderzoeken, terug aan de verzekeringnemer (zie ook 6.5).

4.3. Wijziging van beleggingsregels en switch van beleggingsvorm

De verzekeringnemer kan de verzekeraar vragen om de beleggingsvormen van toekomstige premies of winstdeling (wijziging van beleggingsregels) en/of van het reeds gevormde rekeningtegoed (switch van beleggingsvorm) tijdens de looptijd van de overeenkomst te wijzigen.

Bij een switch van beleggingsvorm wordt een bepaalde beleggingsvorm, desgevallend na toepassing van een dagwaardecorrectie (zie de Beheersreglementen) en na afhouding van eventuele switchkosten (zie 6.2.2) en belastingen, geheel of gedeeltelijk te gelde gemaakt (onttrekking aan het rekeningtegoed) en wordt het hieruit resulterende bedrag herbelegd in één of meerdere andere beleggingsvormen (toekenning aan het rekeningtegoed). Een verzoek tot wijziging van beleggingsregels en tot switch van beleggingsvorm gebeurt met de documenten 'aanvraag tot wijziging van beleggingsregels' en 'aanvraag tot switch' die de verzekeraar op eenvoudig verzoek ter beschikking stelt. De verzekeraar kan, zonder echter hiertoe verplicht te zijn, ook ingaan op een anders geformuleerd verzoek (fax, e-mail, ...). Een wijziging van beleggingsregels of een switch van beleggingsvorm is pas effectief wanneer de verzekeraar de betreffende verrichting heeft bevestigd via het Persoonlijk Certificaat.

4.4. Aanduiding en wijziging van de begunstigden

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

4.5. Afkoop

De verzekeringnemer kan het gevormde rekeningtegoed geheel of gedeeltelijk afkopen. Bij volledige afkoop eindigt de overeenkomst. De afkoop wordt aangevraagd met een gedateerd en ondertekend afkoopof geldopnameformulier dat de verzekeraar op eenvoudig verzoek ter beschikking stelt. Dit formulier geldt als regelingskwijting zodra de verzekeraar het afgekochte rekeningtegoed heeft uitgekeerd. Bij zowel een gehele als een gedeeltelijke afkoop wordt desgevallend een dagwaardecorrectie toegepast (zie de Beheersreglementen) en wordt een afkoopvergoeding aangerekend (zie ook 6.5).

Echter, de verzekeringnemer kan jaarlijks tot maximum 15% van het rekeningtegoed op dat ogenblik opnemen zonder afkoopvergoeding. Wordt deze 15% binnen hetzelfde kalenderjaar in meerdere opnames opgevraagd, dan wordt vanaf de tweede opname een forfaitaire kost van 40 € (dit bedrag wordt in functie van het gezondheidsindexcijfer der consumptieprijzen (basisindex = indexcijfer september 2008) geïndexeerd; het indexcijfer dat in aanmerking wordt genomen is dat van de tweede maand van het trimester dat de afkoopdatum voorafgaat) aangerekend.

Voor het gedeelte van het bedrag boven de hogervermelde 15% van het rekeningtegoed, wordt, tenzij andersluidende dwingende bepaling, de afkoopvergoeding als volgt toegepast.

De afkoopvergoeding is gelijk aan het maximum van de 2 onderstaande bedragen:

- 75,00 EUR (dit bedrag wordt in functie van het gezondheidsindexcijfer der consumptieprijzen (basisindex = indexcijfer september 2008) geïndexeerd; het indexcijfer dat in aanmerking wordt genomen is dat van de tweede maand van het trimester dat de afkoopdatum voorafgaat) en
- 3% van het bedrag van het afgekochte rekeningtegoed bij afkoop tijdens het eerste jaar van de overeenkomst, 2% van het bedrag van het afgekochte rekeningtegoed bij afkoop tijdens het tweede jaar van de overeenkomst, 1% van het bedrag van het afgekochte rekeningtegoed bij afkoop tijdens het derde jaar van de overeenkomst en 0% bij afkoop vanaf het vierde jaar van de overeenkomst (in dit laatste geval blijft de afkoopvergoeding dus beperkt tot het voormelde geïndexeerde bedrag van 75,00 EUR).

In afwijking hiervan, kan er jaarlijks overeenkomstig de bepalingen in het Beheersreglement een gedeeltelijke afkoop plaatsvinden zonder toepassing van een dagwaardecorrectie. Verder rekent de verzekeraar geen afkoopvergoeding aan als het afgekochte rekeningtegoed bij wijze van overdracht wordt aangewend voor een andere levensverzekering gesloten bij de verzekeraar.

4.6. Voorschot en inpandgeving

De verzekeringnemer kan een voorschot bekomen op de latere verzekeringsprestaties, mits de ondertekening van een voorschotakte die de voorwaarden en modaliteiten ervan vastlegt.

De verzekeringnemer kan de rechten voortvloeiend uit de overeenkomst in pand geven. De inpandgeving vergt een door de verzekeringnemer, de pandhoudende schuldeiser en de verzekeraar ondertekend bijvoegsel aan het Persoonlijk Certificaat.

De verzekeraar kan weigeren in te gaan op een verzoek tot opname van een voorschot als de overeenkomst al bezwaard is met een inpandgeving en omgekeerd. De opname van een voorschot of de inpandgeving kan leiden tot gehele of gedeeltelijke blokkering van het rekeningtegoed (geblokkeerde reserves).

4.7. Overdracht van rechten

De verzekeringnemer kan de voormelde rechten die hij geniet geheel of gedeeltelijk overdragen aan één of meerdere hiertoe aangeduide personen, hierna ook 'overnemer(s)' genoemd. De overdracht vergt een door de verzekeringnemer, de overnemer(s) en de verzekeraar ondertekend bijvoegsel aan het Persoonlijk Certificaat. Er kan echter ook rechtstreeks op het Persoonlijk Certificaat bedongen worden dat de rechten van de verzekeringnemer, bij diens overlijden (in de veronderstelling dat dit overlijden niet de verwezenlijking inhoudt van het 'verzekerd voorval' in het kader van de dekking 'uitkering bij overlijden' - zie 3.2.1.1) en tot het ogenblik van de latere beëindiging van de overeenkomst, worden overgedragen aan de daartoe aangeduide perso(o)n(en), en dit volgens de eventuele modaliteiten die er vermeld worden. Evenwel, indien er twee verzekeringnemers zijn en het overlijden van één van hen niet de verwezenlijking inhoudt van het 'verzekerd voorval' in het kader van de dekking 'uitkering bij overlijden' (zie 3.2.1.1), worden alle rechten van de overleden verzekeringnemer (inclusief de economische waarde die die rechten vertegenwoordigen), tenzij anders vermeld op het Persoonlijk Certificaat, vanaf het overlijden overgedragen aan de overlevende verzekeringnemer.

5. RECHTEN VAN DE BEGUNSTIGDE(N)

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

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

6. DIVERSE BEPALINGEN

6.1. Omzetting van monetaire bedragen in units en omgekeerd

6.1.1. Algemeen

De verrichtingen die aanleiding geven tot een toekenning aan het rekeningtegoed genereren de omzetting van monetaire bedragen in units. De verrichtingen die aanleiding geven tot een onttrekking aan of de vereffening van het rekeningtegoed genereren omgekeerd de omzetting van units in monetaire bedragen. Deze omzettingen gebeuren op bepaalde koersdagen, waarbij de unitwaarde van die koersdag wordt gehanteerd. Elke dag waarop een nieuwe unitwaarde wordt berekend is een koersdag. Inzake tak 23- beleggingsvormen bepalen de Beheersreglementen de periodiciteit van de koersdagen. Inzake tak 21- beleggingsvormen is elke kalenderdag een koersdag. Indien op een bepaalde datum nog geen unitwaarde bekend is, mag de verzekeraar voorlopig rapporteren op basis van de meest recent gekende unitwaarde.

6.1.2. Verrichtingen die een toekenning aan het rekeningtegoed genereren

De omzetting van monetaire bedragen in units verbonden met een tak 21-beleggingsvorm geschiedt op de koersdag samenvallend met de uitwerkingsdatum van de betreffende verrichting. De omzetting van monetaire bedragen in units verbonden met een tak 23-beleggingsvorm geschiedt op de (eerste) koersdag samenvallend met of volgend op de datum van administratieve verwerking van de betreffende verrichting door de verzekeraar, maar ten vroegste op de eerste werkdag van de verzekeraar na de uitwerkingsdatum van de betreffende verrichting en uiterlijk op de (eerste) koersdag samenvallend met of volgend op de derde werkdag van de verzekeraar na de uitwerkingsdatum van de betreffende verrichting. De uitwerkingsdatums van de verschillende verrichtingen zijn de volgende:

- premiebetaling: de valutadatum van de premie op de bankrekening van de verzekeraar (indien echter de premiebetaling op een andere manier geschiedt dan die welke de verzekeraar heeft aangegeven, dan is de uitwerkingsdatum van de premiebetaling de eventuele latere datum waarop de verzekeraar de bestemming van de premiebetaling identificeert);
- winstdeling: de datum bepaald door de Algemene Vergadering der aandeelhouders van de verzekeraar.

6.1.3. Verrichtingen die een onttrekking aan of de vereffening van het rekeningtegoed genereren

De omzetting van units verbonden met een tak 21-beleggingsvorm in monetaire bedragen geschiedt op de koersdag samenvallend met de uitwerkingsdatum van de betreffende verrichting. De omzetting van units verbonden met een tak 23-beleggingsvorm in monetaire bedragen geschiedt, inzake de dekking 'uitkering bij overlijden' (zie 3.2), op basis van de meest recent gekende unitwaarden op de uitwerkingsdatum van de uitkering bij overlijden (zie echter 3.2.4 in geval van laattijdige aangifte van het overlijden). Voor de andere verrichtingen geschiedt de omzetting van units verbonden met een tak 23-beleggingsvorm in monetaire bedragen op de (eerste) koersdag samenvallend met of volgend op de datum van administratieve verwerking van de betreffende verrichting door de verzekeraar, maar ten vroegste op de eerste werkdag van de verzekeraar na de uitwerkingsdatum van de betreffende verrichting en uiterlijk op de (eerste) koersdag samenvallend met of volgend op de derde werkdag van de verzekeraar na de uitwerkingsdatum van de betreffende verrichting. Evenwel, inzake opzegging, afkoop en uitkering op de einddatum wordt voor units verbonden met verrichtingen bedoeld in artikel 24, § 2, tweede lid en § 4 van het koninklijk besluit van 14 november 2003 betreffende de levensverzekeringsactiviteit gehandeld zoals bij units verbonden met een tak 23-beleggingsvorm. Wat betreft de risicopremies en de kosten, kan de verzekeraar de omzetting doorvoeren op een latere koersdag. De uitwerkingsdatums van de verschillende verrichtingen zijn de volgende:

- risicopremies: de eerste dag van elke maand;
- standaardkosten: de eerste dag van elke maand;
- opzegging: de datum van ontvangst door de verzekeraar van het geldig aangetekend schrijven en alle eventuele andere nodig geachte documenten;
- afkoop: de datum van ontvangst door de verzekeraar van het geldig afkoop- of geldopnameformulier en alle eventuele andere nodig geachte documenten of de latere gewenste afkoopdatum zoals eventueel vermeld op het afkoop- of geldopnameformulier;
- uitkering op de einddatum: de einddatum;
- uitkering bij overlijden: de datum van het zich voordoen van het 'verzekerd voorval' (zie 3.2.1.1; zie echter ook 3.2.4 in geval van laattijdige aangifte van het overlijden).

6.1.4. Switch van beleggingsvorm

Bij een switch van beleggingsvorm wordt een bepaalde beleggingsvorm, desgevallend na toepassing van een dagwaardecorrectie (zie de Be- heersreglementen) en na afhouding van eventuele switchkosten (zie 6.2.2) en belastingen, geheel of gedeeltelijk te gelde gemaakt (onttrekking; switch-out) en wordt het hieruit resulterende bedrag herbelegd in één of meer andere beleggingsvormen (toekenning; switch-in) (zie 4.3).

- Voor de switch-out worden de regels gevolgd van punt 6.1.3, waarbij de uitwerkingsdatum de datum is van ontvangst door de verzekeraar van de geldige 'aanvraag tot switch'.
- Voor de switch-in worden de regels gevolgd van punt 6.1.2, waarbij de uitwerkingsdatum de koersdag is van de switch-out. De switch-in naar units verbonden met een tak 23-beleggingsvorm kan echter ook gebeuren op diens uitwerkingsdatum of op de latere koersdag waarop de verzekeraar in kennis wordt gesteld van het monetair resultaat van de switch-out.

6.2. Kosten en belastingen

6.2.1. Standaardkosten

Naast de eventuele instapkost, rekent de verzekeraar ook kosten aan voor het beheer van de overeenkomst en desgevallend ter vergoeding van de tussenpersoon. De verzekeraar mag in de loop van de overeenkomst deze kosten enkel aanpassen op basis van een indexatie volgens de gezondheidsindex der consumptieprijzen van forfaitair in het tarief verwerkte bedragen of, op een redelijke en verantwoorde wijze, in het kader van een algemene herziening van de kosten(structuur) voor de categorie verzekeringen waartoe de overeenkomst behoort. De verzekeringnemer kan een detail van de toegepaste kosten(structuur) bij de verzekeraar opvragen.

6.2.2. Servicekosten

De verzekeraar mag naast de standaardkosten ook bijzondere uitgaven die door toedoen van de verzekeringnemer, van de verzekerde(n) of van de begunstigde(n) worden veroorzaakt, supplementair aanrekenen. Deze kosten worden door de verzekeraar op een redelijke en verantwoorde wijze toegepast. De verzekeraar kan servicekosten die niet specifiek in de Algemene Voorwaarden of enig ander document worden vermeld slechts aanrekenen mits voorafgaande kennisgeving aan de betrokkene(n). Onverminderd de eventueel voorziene indexatie, kan de verzekeraar de wel overeengekomen bedragen inzake servicekosten in de loop van de overeenkomst slechts op een redelijke en verantwoorde wijze en in het kader van een algemene herziening ervan voor de categorie verzekeringen waartoe de betreffende overeenkomst behoort, verhogen.

6.2.3. Belastingen

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

6.3. Persoonlijk certificaat en jaarlijks rekeninguittreksel

De verzekeraar brengt bij de inwerkingtreding en bij iedere wijziging van de overeenkomst een (geactualiseerd) Persoonlijk Certificaat uit dat hij overmaakt aan de verzekeringnemer (het laatst uitgereikte document vervangt telkens het vorige). Hiernaast brengt de verzekeraar ook jaarlijks een 'rekeninguittreksel' uit dat hij overmaakt aan de verzekeringnemer. De verzekeringnemer wordt verondersteld volledig akkoord te gaan met de inhoud van zijn Persoonlijk Certificaat en van zijn rekeninguittreksels, tenzij hij binnen 30 dagen na aflevering ervan door de verzekeraar, deze laatste zijn schriftelijke opmerkingen overmaakt. Het Persoonlijk Certificaat geeft een overzicht van de belangrijkste gegevens van de overeenkomst (premiebedrag, dekkingen, enz.). Hierbij maakt de verzekeraar eventueel ook een indicatieve prognose van haar toekomstig verloop. Het is echter zo dat deze toekomstprognose gebaseerd is op een aantal hypothesen die de verzekeraar niet kan waarborgen (correcte en tijdige premiebetaling, percentage van de winstdeling, waarde-evolutie van beleggingsfondsen, ongewijzigde tarief- en kostenstructuur, enz.).

6.4. Wederinwerkingstelling

Als de premiebetaling voor de overeenkomst wordt beëindigd, kan de verzekeringnemer ze op schriftelijk verzoek binnen 3 jaar opnieuw in werking laten stellen. Dit geldt, tenzij voor die overeenkomsten waarop de wettelijke bepalingen inzake wederinwerkingstelling niet van toepassing zijn, ook bij afkoop, in welk geval de termijn wordt herleid tot 3 maanden en het afgekochte rekeningtegoed bovendien (zonder nieuwe instapkost) moet worden teruggestort aan de verzekeraar. De verzekeraar stelt de wederinwerkingstelling van de dekkingen 'supplementaire uitkering bij overlijden' en 'uitkering bij opeenvolgend overlijden' afhankelijk van zijn aanvaardingscriteria (zie 3.2.5.2 en 3.3.5). De wederinwerkingstelling gaat in op de datum vermeld op het nieuw uitgegeven Persoonlijk Certificaat.

6.5. Uitkeringen

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

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

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

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

6.6. Briefwisseling en bewijs

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

Elke kennisgeving en briefwisseling tussen partijen geschiedt geldig op hun laatst onderling meegedeeld (correspondentie)adres. Indien er twee verzekeringnemers zijn, kan de verzekeraar geldig elke kennisgeving aan de verzekeringnemer gezamenlijk richten aan beide verzekeringnemers samen, en dit op het correspondentieadres zoals vermeld op het onderschrijvingsformulier. Indien er geen specifiek correspondentieadres wordt vermeld op het onderschrijvingsformulier, kan de verzekeraar het adres van de op het Persoonlijk Certificaat vermelde 'eerste verzekeringnemer' als enig correspondentieadres hanteren. Zodra de verzekeraar kennis krijgt van het feit dat geen van beide verzekeringnemers nog op het initieel opgegeven correspondentieadres woont, kan hij het (nieuw) adres van de op het Persoonlijk Certificaat vermelde 'eerste verzekeringnemer' als enig correspondentieadres hanteren. Indien het correspondentieadres het adres is van één van de verzekeringnemers en die verzekeringnemer naderhand overlijdt, kan de verzekeraar vanaf het ogenblik waarop hij kennis krijgt van het overlijden, het adres van de andere verzekeringnemer als enig correspondentieadres hanteren. De verzekeringnemers hebben steeds de mogelijkheid om met een door beiden gedateerde en ondertekende schriftelijke kennisgeving aan de verzekeraar, het enig correspondentieadres te laten wijzigen.

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

6.7. Wijziging van de algemene voorwaarden

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

6.8. Wettelijk kader

6.8.1. Toepasselijke wetgeving

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

6.8.2. Toepasselijk belastingregime

Wat betreft het toepasselijk belastingregime wordt verwezen naar de belastingfiche die vóór het sluiten van de overeenkomst aan de verzekeringnemer werd bezorgd. Voor nadere inlichtingen omtrent het toepasselijk belastingregime kan de verzekeringnemer zich wenden tot de verzekeraar. De verzekeraar kan echter op geen enkele wijze aansprakelijk worden gesteld indien bepaalde verwachte belastingvoordelen niet zouden (kunnen) genoten worden of indien op de overeenkomst een (para) fiscale druk zou rusten die niet verwacht werd.

6.9. Bescherming van de persoonlijke levenssfeer

In het kader van het beheer en de uitvoering van de overeenkomst beschikt de verzekeraar over een aantal persoonlijke gegevens van de betrokken personen. Zoals dit wettelijk is voorgeschreven hebben die personen een recht van inzage en verbetering van deze persoonlijke gegevens. De verzekeraar waarborgt dat hij deze gegevens vertrouwelijk behandelt en enkel gebruikt voor het beheer en de uitvoering van de overeenkomst en, behoudens verzet van de betrokkene, voor eigen commerciële of promotionele doeleinden. De verzekeraar kan deze gegevens ook overmaken aan door hem gevolmachtigde derden die zich tegenover hem contractueel hebben verbonden tot een zelfde confidentialiteitsverplichting.

6.10. Klachten en geschillen

Mocht een belanghebbende een klacht hebben in verband met de overeenkomst en geen voldoening krijgen, kan hij zich wenden tot de Ombudsdienst Verzekeringen, de Meeûssquare 35 te 1000 Brussel. De belanghebbende behoudt ook de mogelijkheid om een gerechtelijke procedure in te leiden. Geschillen tussen partijen vallen onder de bevoegdheid van de Belgische rechtbanken. Betwistingen over medische aangelegenheden kunnen ook, mits de partijen hierover ten vroegste op het ogenblik dat het geschil ontstaat uitdrukkelijk en schriftelijk akkoord gaan, beslecht worden in een minnelijke medische expertise (arbitrage), waarbij de partijen elk een eigen arts aanstellen. Indien er geen akkoord is tussen de artsen, wordt door hen of, bij gebrek aan overeenstemming, door de Voorzitter van de bevoegde Rechtbank van Eerste Aanleg een 'derde' arts aangesteld. Het aldus gevormde college beslist bij meerderheid van stemmen en de beslissing is onherroepelijk. Op straf van nietigheid van hun beslissing mogen de artsen echter niet afwijken van de bepalingen van de Algemene Voorwaarden. Elke partij betaalt de honoraria van de door haar aangestelde arts. De honoraria van de eventuele 'derde' arts worden door de partijen in gelijke delen gedragen.