

Conditions générales de l'assurance sur la vie



Raiffeisenvie

Raiffeisen Vie S.A.

12, rue Léon Laval
L-3372 Leudelange
Tél. : 26 68 36 20
e-mail : mail@raiffeisen-vie.lu
R.C. Luxembourg B 90283

RV04DA006 V4

SOMMAIRE

DES CONDITIONS GENERALES DE L'ASSURANCE SUR LA VIE

TITRE 1 - Garantie(s) Principale(s)	page
Définitions.....	3
Risques et prestations assurés.....	3
Risques exclus.....	3
Existence et effet du contrat.....	3
Délai de renonciation.....	4
Déclarations à la souscription et en cours de contrat.....	4
Clause bénéficiaire.....	5
Primes.....	5
Réduction du contrat.....	5
Rachat du contrat.....	5
Avance sur contrat.....	6
Mise en gage des droits résultant du contrat.....	6
Transformation du contrat.....	6
Cession des droits résultant du contrat.....	6
Obligations en cas de sinistre et paiement des prestations assurées.....	6
Frais, taxes et impôts.....	7
Notifications.....	7
Contestations.....	7
Prescription.....	7
Loi applicable et juridiction compétente.....	7
TITRE 2 - Garanties Complémentaires PLUS	
Sous-titre 2.1 : Dispositions communes	
Etendue des garanties complémentaires.....	8
Primes complémentaires.....	8
Déclaration de sinistres.....	8
Droit aux renseignements complémentaires.....	8
Contestations de nos décisions de règlement de sinistres.....	8
Fin de la garantie complémentaire.....	9
Sous-titre 2.2 : Dispositions spéciales de la Garantie complémentaire des risques d'accident et d'accident de la circulation ACRA/ACIRC	
Définitions.....	9
Risques et prestations complémentaires assurés.....	9
Obligations en cas de sinistre.....	9
Constat de l'invalidité professionnelle totale et permanente.....	10
Païement des prestations assurées.....	10
Sous-titre 2.3 : Dispositions spéciales de la Garantie complémentaire du risque d'invalidité ACRI/ACRIT	
Définitions.....	10
Risques et prestations complémentaires assurés.....	10
Extension des prestations assurées.....	10
Obligations en cas de sinistre.....	11
Constat de l'invalidité.....	11
Obligations en cours d'invalidité.....	11
Païement des prestations assurées.....	11

CONDITIONS GENERALES DE L'ASSURANCE SUR LA VIE

valant Note d'Information

Les droits et obligations réciproques des parties contractantes sont déterminés par les conditions générales et particulières du contrat et ses avenants.

Titre 1

Garantie(s) principale(s)

DEFINITIONS

Article 1

Aux termes de votre contrat, on entend par :

- vous** : le preneur d'assurance, c'est-à-dire la personne qui souscrit le contrat d'assurance et à qui incombe le paiement des primes;
- nous** : la compagnie d'assurance avec laquelle vous concluez le contrat : **Raiffeisen Vie S.A.** dont le siège social est situé 12, rue Léon Laval, L-3372 Leudelange;
- assuré** : toute personne sur la tête de laquelle repose le risque de survenance de l'événement assuré;
- bénéficiaire**: toute personne au profit de laquelle sont stipulées les prestations d'assurance;
- prime** : le(s) montant(s) que vous devez payer en contrepartie de nos engagements;
- sinistre** : tout fait susceptible de déclencher la ou les garanties assurées.

RISQUES ET PRESTATIONS ASSURES

Article 2

Selon votre choix, indiqué aux conditions particulières ou aux avenants du contrat, nous garantissons une ou plusieurs des prestations suivantes :

- prestation "Décès"**: le paiement d'un capital ou des tranches de capitaux convenues lorsque le décès de l'assuré intervient en cours de contrat;
- prestation "Vie"** : le paiement d'un capital ou des tranches de capitaux convenues si l'assuré est en vie à la date d'expiration du contrat;
- prestation "Terme"**: le paiement d'un capital ou des tranches de capitaux convenues à la survenance d'une date ou d'un événement déterminé, que l'assuré soit en vie ou non.

Notre garantie est acquise dans le monde entier.

Article 3

Les dates d'effet et d'expiration de votre contrat, le nom de l'assuré ainsi que sa date de naissance ayant servi de base au calcul de la prime, la ou les prestations garanties, ainsi que le(s) bénéficiaire(s) sont stipulés aux conditions particulières.

Si votre contrat comporte une clause de participation aux bénéfices ou de revalorisation et si les garanties souscrites sont indexées, il en est fait mention aux conditions particulières.

RISQUES EXCLUS

Article 4

Votre contrat ne couvre pas :

- le suicide de l'assuré survenu moins d'un an après la conclusion du contrat ou de sa remise en vigueur; cette exclusion s'applique également en cas d'augmentation des garanties non prévue dans le contrat initial, à concurrence de cette augmentation et pendant l'année qui suit cette augmentation;
- le décès de l'assuré qui surviendrait soit par votre fait intentionnel ou celui du bénéficiaire, soit sur votre instigation ou celle du bénéficiaire;
- le décès de l'assuré résultant de l'exécution d'une condamnation judiciaire à la peine capitale ou ayant pour cause immédiate et directe un crime ou un délit intentionnel dont l'assuré est auteur ou coauteur et dont il a pu prévoir les conséquences;
- le décès de l'assuré résultant de sa participation active à des émeutes ou actes de violence collective, sauf s'il y est intervenu comme membre de la Force Publique;
- le décès de l'assuré causé par la guerre ou par des faits de même nature et par la guerre civile; cette exclusion reste cependant inapplicable si le décès de l'assuré survient dans un pays, autre que celui de sa résidence habituelle, dans les 60 jours du début des hostilités, sans que l'assuré ait eu le temps de quitter le pays et sans qu'il ait participé activement au conflit.

En cas de décès de l'assuré par suite de l'un des risques exclus énumérés ci-avant, nous payons au bénéficiaire la valeur de rachat, limitée à la prestation assurée en cas de décès. Si le décès de l'assuré résulte du fait intentionnel ou de l'instigation d'un bénéficiaire, cette somme est payée aux autres bénéficiaires.

EXISTENCE ET EFFET DU CONTRAT

Article 5

Votre contrat existe dès qu'il a été signé par vous et par nous, même si vous n'avez pas encore payé la première prime ou fraction de prime. Il prend effet à zéro heure de la date indiquée aux conditions particulières.

DELAI DE RENONCIATION

Article 6

A compter du moment où nous vous avons informé que le contrat est conclu, vous disposez d'un délai de 30 jours pour renoncer aux effets de ce contrat. Votre renonciation doit être faite par lettre recommandée. Elle a pour effet de vous libérer pour l'avenir de toute obligation découlant du contrat.

Les contrats souscrits pour une durée inférieure ou égale à six mois ne bénéficient pas du droit de renonciation.

DECLARATIONS A LA SOUSCRIPTION ET EN COURS DE CONTRAT

Article 7

Déclarations à la souscription du contrat

Lors de la conclusion du contrat vous devez nous déclarer exactement toutes les circonstances connues de vous qui sont susceptibles de nous intéresser pour l'appréciation du risque. L'assuré est, lui aussi, tenu de répondre correctement à toute demande de renseignement de notre part ou de la part de notre médecin-conseil.

Vos déclarations et celles de l'assuré, notamment la proposition d'assurance et les formulaires médicaux, servent de base au contrat, dont elles font partie intégrante.

Lorsqu'une omission ou inexactitude intentionnelle dans les déclarations nous conduit à une appréciation erronée du risque, le contrat d'assurance est nul et les primes échues jusqu'au moment où nous avons eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude nous restent dues.

Si au cours de la première année du contrat nous avons connaissance d'une omission ou inexactitude non intentionnelle dans les déclarations, nous pourrons, dans le délai d'un mois à compter du jour où nous en avons eu connaissance, et avec effet à cette date, vous proposer une modification du contrat. Le refus de notre proposition ou le défaut d'acceptation dans un délai d'un mois nous donne le droit de résilier le contrat dans les quinze jours. Si nous apportons la preuve que nous n'aurions en aucun cas assuré le risque, nous serons en droit de résilier le contrat dans le délai d'un mois à compter du jour où nous avons eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude. Si votre contrat vient à être résilié dans ces circonstances, nous vous rembourserons la prime ou les fractions de prime versées.

Si l'omission ou la déclaration inexacte peut vous être reprochée, ou à l'assuré, et si un sinistre survient avant que la modification du contrat ou la résiliation ait pris effet, nous ne serons tenus de fournir une prestation que selon le rapport entre la prime payée et la prime que vous auriez dû payer si le risque avait été régulièrement déclaré. Toutefois, si lors du sinistre nous apportons la preuve que nous n'aurions en aucun cas assuré le risque dont la nature réelle est révélée par le sinistre, notre prestation sera limitée au remboursement de la prime ou des fractions de prime versées.

Un an après la prise d'effet du contrat nous ne pourrons plus invoquer les omissions ou inexactitudes non intentionnelles dans les déclarations que vous, ou l'assuré, aurez faites.

Toutefois, en cas de déclaration inexacte de la date de naissance servant à déterminer l'âge de l'assuré, les prestations de chacune des parties contractantes sont augmentées ou réduites en fonction de l'âge réel qui aurait dû être pris en considération.

Article 8

Déclarations en cours de contrat

En cours de contrat vous et l'assuré devez nous signaler toute circonstance nouvelle et toute modification durable et sensible de circonstances, autres que celles concernant l'état de santé de l'assuré, qui peuvent avoir un impact sur le risque de survenance de l'événement assuré (p.ex. changement de la nature de l'activité professionnelle de l'assuré, activités sportives exercées par l'assuré).

S'il s'agit d'une *diminution du risque*, au point que nous aurions consenti l'assurance à d'autres conditions si cette diminution avait existé au moment de la souscription, nous vous accorderons une diminution de la prime à partir du jour où nous avons eu connaissance de la diminution du risque. Si nous ne parvenons pas à un accord sur la prime nouvelle dans un délai d'un mois à compter de votre demande, vous pourrez résilier le contrat.

S'il s'agit d'une *aggravation de risque* telle que nous n'aurions consenti l'assurance qu'à d'autres conditions si cette aggravation avait existé au moment de la souscription, nous pourrons, dans le délai d'un mois à compter du jour où nous en avons eu connaissance, et avec effet rétroactif au jour de l'aggravation, vous proposer une modification du contrat. Le refus de notre proposition ou le défaut d'acceptation dans un délai d'un mois nous donne le droit de résilier le contrat dans les quinze jours. Si nous apportons la preuve que nous n'aurions en aucun cas assuré le risque aggravé, nous pourrons résilier le contrat dans le délai d'un mois à compter du jour où nous avons eu connaissance de l'aggravation.

Si votre contrat vient à être résilié dans ces circonstances, nous verserons au bénéficiaire la valeur de rachat, limitée à la prestation assurée en cas de décès.

S'il survient un sinistre et que l'omission de déclaration d'aggravation du risque peut vous être reprochée, notre prestation sera réduite dans la proportion entre la prime payée et celle que vous auriez dû payer si l'aggravation avait été prise en considération. Si nous prouvons que nous n'aurions en aucun cas assuré le risque aggravé, notre prestation se limitera au versement de la valeur de rachat, limitée à la prestation assurée en cas de décès. En cas d'omission frauduleuse, nous pourrons refuser notre garantie et les primes échues jusqu'au moment où nous avons eu connaissance de la fraude nous restent acquises.

CLAUSE BENEFICIAIRE

Article 9

Par stipulation aux conditions particulières ou par avenant au contrat vous pouvez indiquer la ou les personnes auxquelles les prestations du contrat sont à verser.

Si vous attribuez le bénéfice des prestations assurées à votre conjoint ou à vos enfants sans les désigner nommément, le bénéfice du contrat sera attribué aux personnes qui auront cette qualité lors de l'exigibilité des prestations assurées. Lorsque votre conjoint et vos enfants sont désignés conjointement comme bénéficiaires, le bénéfice du contrat est attribué, sauf stipulation contraire, pour moitié à votre conjoint et pour moitié aux enfants. Le bénéficiaire non nommément désigné devra prouver par acte de notoriété, lors de la survenance de l'événement assuré, qu'il remplit les qualités exigées par le contrat pour pouvoir bénéficier des prestations assurées.

Tant qu'il n'y a pas eu acceptation par le bénéficiaire, vous avez le droit de révoquer l'attribution bénéficiaire jusqu'au moment de l'exigibilité des prestations assurées. Si nous avons payé de bonne foi au bénéficiaire avant d'avoir reçu votre écrit demandant la modification de l'attribution bénéficiaire, nous serons libérés de toute obligation.

Par le seul fait de sa désignation, le bénéficiaire a droit aux prestations d'assurance. Ce droit devient irrévocable par l'acceptation du bénéficiaire. Tant que vous serez en vie, cette acceptation ne peut se faire que par la signature de la clause d'acceptation sur les conditions particulières ou par un avenant au contrat portant votre et notre signature, ainsi que celle du bénéficiaire acceptant. Une fois que le bénéficiaire a accepté le bénéfice du contrat, vous ne pouvez plus modifier la désignation du bénéficiaire sans son accord écrit. De même, vous ne pourrez plus demander la transformation, le rachat ou la réduction du contrat, ni obtenir une avance sur les prestations assurées, mettre en gage ou céder les droits résultant du contrat, sans que le bénéficiaire acceptant ait donné son consentement.

Le consentement écrit de l'assuré est requis pour toute modification de la clause d'attribution bénéficiaire.

Lorsque votre contrat ne comporte pas de désignation de bénéficiaire, ou bien si le bénéficiaire désigné décède avant l'assuré, le bénéfice des prestations assurées vous reviendra ou à votre succession. Toutefois, lorsque l'attribution du bénéfice de l'assurance a été effectuée à titre onéreux, les prestations convenues passent à la succession du bénéficiaire.

PRIMES

Article 10

Les garanties du contrat vous sont accordées moyennant paiement des primes dont le montant, la modalité de paiement et la durée de versement sont stipulés aux conditions particulières. A chaque échéance de prime nous vous aviserons de la date d'échéance et de la somme dont vous êtes redevable. Les primes ou fractions de primes, y compris les frais et impôts, sont payables par anticipation à notre siège social. Le paiement sur un de nos comptes bancaires est assimilé au paiement à notre siège social.

Article 11

Si vous ne payez pas la prime ou la fraction de prime dans les dix jours de son échéance, nous pouvons, à l'expiration d'un délai de trente jours suivant l'envoi d'une lettre recommandée à votre dernier domicile connu :

- soit résilier votre contrat en vous versant sa valeur de rachat, s'il y a lieu;
- soit transformer la prime ou fraction de prime non payée en avance sur contrat, dans la limite de la valeur de rachat de votre contrat;
- soit opérer la réduction des garanties de votre contrat.

REDUCTION DU CONTRAT

Article 12

Vous pouvez à tout moment demander la réduction de votre contrat, dans les conditions prévues par la loi. Lors de la réduction, votre contrat est libéré du paiement des primes et continue son cours pour des prestations réduites que l'épargne déjà constituée permet d'assurer. Ces prestations réduites sont calculées conformément à notre plan technique. Pour le calcul, nous nous plaçons à la fin de la période d'assurance correspondant à la dernière prime ou fraction de prime payée.

La réduction du contrat, opérée à votre demande, sera constatée par un avenant portant votre et notre signature et, s'il y a lieu, celle du bénéficiaire acceptant.

Si aucune des prestations réduites n'atteint le minimum requis, nous procéderons au rachat du contrat. Si les prestations réduites sont nulles ou négatives à la date considérée pour le calcul de celles-ci, le contrat prend fin à cette date.

Les dispositions du paragraphe précédent ne sont pas d'application lorsque vous demandez une réduction temporaire du contrat. Cette réduction temporaire est appelée suspension du paiement des primes. Elle peut vous être accordée pour une durée globale atteignant au maximum deux ans pendant toute la durée du contrat. Sauf convention contraire, elle se traduit par une prolongation du contrat pour une période identique à la période de suspension et moyennant paiement des primes correspondant aux périodes de suspension.

RACHAT DU CONTRAT

Article 13

Vous pouvez à tout moment demander le rachat total ou partiel de votre contrat dans les conditions prévues par la loi. En cas de rachat total, votre contrat est résilié à la date de calcul de la valeur de rachat. Cette valeur de rachat est calculée conformément à notre plan technique. Pour le calcul de la valeur de rachat, nous nous plaçons à la date de la demande, tout en ayant soin de déduire les éventuelles primes en souffrance.

En tout cas, la valeur de rachat qui vous est payée ne peut pas dépasser la prestation assurée en cas de décès au moment du rachat. Le surplus éventuel est transformé en une assurance de capital différé sans remboursement des primes payable en cas de vie de l'assuré au terme de ce contrat. Aucune limitation de ce genre n'existe pour les contrats prévoyant une prestation "Terme".

Les contrats prévoyant la seule prestation "Vie" ne donnent jamais droit à un rachat.

Lorsque la valeur de rachat est négative ou nulle à la date considérée pour le calcul de celle-ci, le contrat prend fin à cette date.

Lors d'un rachat partiel, les prestations de votre contrat sont ajustées conformément à notre plan technique.

Le rachat total ou partiel du contrat, opéré à votre demande, sera constaté par un avenant portant votre et notre signature et, s'il y a lieu, celle du bénéficiaire acceptant.

AVANCE SUR CONTRAT

Article 14

Vous pouvez obtenir une avance portant intérêts sur les prestations assurées. Le montant global des avances ne peut cependant pas dépasser quatre-vingt pourcents de la valeur de rachat du contrat calculée à la fin de la période d'assurance correspondant à la dernière prime ou fraction de prime payée. Dans un contrat à prime unique ou libéré du paiement des primes, le calcul de la valeur de rachat se fera à la date de la demande. L'avance sollicitée ne peut pas être inférieure au montant minimal requis.

L'octroi de l'avance est soumis aux conditions fixées par un avenant de prêt et par la loi. Toute avance non encore remboursée sera portée en déduction de la première prestation principale assurée en vertu de l'article 2 au moment du règlement de celle-ci.

Les contrats prévoyant la seule prestation "Décès" ou la seule prestation "Vie" ne donnent jamais droit à une avance sur contrat.

MISE EN GAGE DES DROITS RESULTANT DU CONTRAT

Article 15

Vous pouvez mettre en gage les droits résultant de votre contrat. La mise en gage ne peut s'opérer que par avenant portant votre et notre signature, celle du créancier gagiste, celle de l'assuré et, s'il y a lieu, celle du bénéficiaire acceptant.

TRANSFORMATION DU CONTRAT

Article 16

Vous pouvez à tout moment demander la transformation de votre contrat pour adapter celui-ci à votre situation familiale et/ou financière. Si la transformation se traduit par une augmentation des prestations assurées en cas de décès ou par une prolongation de la durée du contrat, nous pouvons la subordonner au résultat favorable de formalités médicales de l'assuré. La transformation doit être actée par avenant portant votre et notre signature, celle de l'assuré et, s'il y a lieu, celle du bénéficiaire acceptant.

Une transformation du contrat accompagnée ou non d'un rachat partiel de l'épargne déjà constituée n'est possible que si une des prestations garanties par le contrat après l'opération de transformation est supérieure ou égale au montant minimal requis.

CESSION DES DROITS RESULTANT DU CONTRAT

Article 17

Vous pouvez à tout moment céder tout ou partie des droits résultant de votre contrat. La cession ne peut s'opérer que par avenant portant votre et notre signature, celle du cessionnaire, celle de l'assuré et, s'il y a lieu, celle du bénéficiaire acceptant.

Toutefois, vous pouvez stipuler dans le contrat qu'à votre décès tout ou partie de vos droits seront transmis à la personne désignée à cet effet.

OBLIGATIONS EN CAS DE SINISTRE ET PAIEMENT DES PRESTATIONS ASSUREES

Article 18

En cas de survenance de l'événement assuré, vous, l'assuré ou le bénéficiaire devrez nous fournir tous renseignements utiles et répondre à nos demandes concernant la survenance et les circonstances de l'événement assuré, ou servant à la détermination de la prestation assurée (tels que certificat de vie ou de décès de l'assuré, certificat médical, preuve de paiement de la dernière prime, acte de notoriété du bénéficiaire, ...).

Si cela est nécessaire, nous nous réservons le droit de demander aux médecins ayant traité l'assuré tous renseignements complémentaires nécessaires à l'évaluation des circonstances et des causes du sinistre. Le bénéficiaire ne pourra faire valoir un droit à la prestation assurée tant que le certificat médical et les renseignements complémentaires nous sont refusés.

L'assuré marque dès à présent son accord irrévocable qu'en cas de son décès son médecin sera tenu de transmettre à notre médecin-conseil un certificat établissant la cause du décès.

Article 19

La prestation convenue devient exigible aussitôt que nous serons en possession de tous les renseignements utiles concernant la survenance et les circonstances du sinistre, ou la détermination de la prestation assurée. Si la prestation assurée n'est pas payée au bénéficiaire dans les trente jours de son exigibilité, les intérêts moratoires au taux d'intérêt légal courent de plein droit.

Article 20

Le paiement de la prestation devenue exigible met fin au contrat, sauf si le contrat prévoit en sus le paiement d'une prestation "Terme". Dans ce dernier cas, il est toutefois mis fin à toutes les garanties complémentaires souscrites dans le cadre du contrat.

FRAIS, TAXES ET IMPÔTS

Article 21

Le droit fiscal applicable à votre contrat est celui de l'Etat de votre résidence habituelle. Par conséquent, si vous résidez au Grand-Duché de Luxembourg, votre contrat est soumis à la fiscalité luxembourgeoise. Les prestations payées au bénéficiaire sont soumises à la fiscalité de l'Etat où le bénéficiaire aura sa résidence habituelle au moment du paiement de la prestation assurée.

Les droits, taxes, impôts qui frappent les primes ou les prestations assurées sont à votre charge, respectivement à celle du bénéficiaire.

NOTIFICATIONS

Article 22

Toutes vos notifications à notre attention, y compris vos changements d'adresse, doivent être faites par écrit à notre siège social. Toutes nos notifications seront valablement faites si nous les avons envoyées à votre dernier domicile connu, ou à l'adresse postale que vous nous aurez indiquée par écrit.

CONTESTATIONS

Article 23

En cas de contestation au sujet du contrat, vous pouvez adresser une réclamation écrite soit à notre Direction Générale (L-3372 Leudelange, 12, rue Léon Laval), soit au Médiateur en Assurance (par adresse A.C.A. : L-8081 Bertrange, 75, rue de Mamer, ou bien ULC : L-1274 Howald, 55, rue des Bruyères ; ou bien, si vous avez votre résidence en Belgique : C.B.F.A. : rue du Congrès 12-14 B-1000 Bruxelles ; ou bien, si vous avez votre résidence dans un autre Etat de l'Union Européenne : auprès de l'autorité de tutelle des compagnies d'assurance dans cet Etat), sans préjudice de votre droit d'intenter une action en justice.

PRESCRIPTION

Article 24

Toute action dérivant de votre contrat est prescrite dans un délai de trois ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, lorsque celui à qui appartient l'action prouve qu'il n'a eu connaissance de cet événement qu'à une date ultérieure, le délai ne commence à courir qu'à cette date, sans pouvoir excéder cinq ans à dater de l'événement, le cas de fraude excepté.

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

La prescription ne court pas contre celui qui, par force majeure, se trouve dans l'impossibilité d'agir dans les délais prescrits. La déclaration de sinistre interrompt le délai de prescription jusqu'au moment où nous aurons fait connaître notre décision par écrit.

LOI APPLICABLE ET JURIDICTION COMPETENTE

Article 25

La loi applicable au contrat est la loi de l'état où vous avez votre résidence habituelle au moment de la souscription du contrat. Par conséquent, si au moment de la conclusion du contrat vous avez votre résidence habituelle au Grand-Duché de Luxembourg, votre contrat sera régi par la loi luxembourgeoise. La loi luxembourgeoise sera toujours applicable si vous avez votre résidence habituelle en dehors de l'Union Européenne.

Article 26

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

Protection des données à caractère personnel – secret professionnel – sous-traitance :

1) Protection des données personnelles

Conformément au règlement UE 2016/679 du Parlement Européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données et conformément à la loi du 1er août 2018 portant organisation de la Commission nationale pour la protection des données et mise en œuvre du règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, Raiffeisen Vie collecte, enregistre et traite les données que le preneur d'assurance et l(es) assuré(s) lui ont communiquées, ainsi que celles qu'ils lui communiqueront ultérieurement, en vue d'apprécier les risques, de préparer, d'établir, de gérer, d'exécuter le(s) contrat(s) d'assurance(s), de régler d'éventuels sinistres et de prévenir toute fraude.

Les catégories particulières de données personnelles concernant la santé sont traitées par Raiffeisen Vie dans le cadre strict de la finalité de l'article 9 paragraphe (2) g) du RGPD ou sur base de votre consentement préalable et explicite sauf fondement légal spécifique ou exceptions légales telles que la préservation des intérêts vitaux ou la sauvegarde d'un intérêt légitime.

Aucune donnée personnelle ne sera traitée à des fins de prospection commerciale sans l'accord express des personnes concernées qui conservent un droit de retrait.

Le responsable du traitement est Raiffeisen Vie.

Il peut communiquer ces données à des tierces personnes, notamment au réassureur, à des médecins conseils, avocats ou autres prestataires ainsi que dans le cadre d'obligations légales et réglementaires. Cette transmission se fera conformément aux modalités et conditions énoncées à l'article 300 de la loi du 7 décembre 2015 sur le secteur des assurances.

Dans le cas où vos données personnelles sont transférées, enregistrées et stockées sur un serveur cloud géré par un hébergeur tiers situé dans l'UE, ce transfert se fait dans le strict respect des dispositions du RGPD.

Dans l'hypothèse où des données personnelles sont transférées hors de l'UE, toutes les mesures de protection prévues par le RGPD seront requises, prévues et observées conformément à ce règlement et plus

précisément le chapitre V relatif au transfert vers des pays tiers.

De même, toutes les obligations découlant notamment de l'article 35 relatif à l'obligation d'analyse d'impact relative à la protection des données seront respectées.

La transmission conformément aux modalités et conditions énoncées à l'article 300 de la loi du 7 décembre 2015 sur le secteur des assurances se fera en particulier, vis-à-vis de l'intermédiaire d'assurance en charge de la gestion de la relation contractuelle existant entre Raiffeisen Vie et le preneur d'assurance, lorsqu'il s'agit d'un agent d'assurance ou d'un courtier d'assurance luxembourgeois.

Lorsque l'intermédiation est assurée par un courtier d'assurance non luxembourgeois, le preneur autorise expressément Raiffeisen Vie à communiquer à ce dernier toute information relative au contrat. Le preneur peut, à tout moment, révoquer le présent mandat de communication en envoyant sa demande, par courrier recommandé avec accusé de réception à Raiffeisen Vie.

De plus, dans l'hypothèse où le preneur d'assurance viendrait solliciter des conseils en matière de distribution d'assurance, auprès d'un agent d'assurance, membre du réseau de distribution de Raiffeisen Vie mais qui ne serait pas encore intermédiaire d'assurance vis-à-vis du preneur, ce dernier autorise Raiffeisen Vie à communiquer à cet agent d'assurance les données signalétiques (nom, prénom, adresse, date de naissance, coordonnées bancaires et, le cas échéant données relatives aux personnes vivant habituellement au foyer du preneur) nécessaires pour permettre à celui-ci de le servir et le conseiller utilement dans ses nouvelles demandes. Là encore, le preneur peut, à tout moment, révoquer le présent mandat de communication en envoyant sa demande, par courrier recommandé avec accusé de réception à Raiffeisen Vie.

Le preneur d'assurance dispose d'un droit d'accès, de limitation, d'effacement dans les limites légales, de rectification et de portabilité concernant ses données qu'il pourra exercer en adressant une demande écrite à l'adresse du responsable du traitement.

La durée de conservation de celles-ci est limitée à la durée du contrat et à la période pendant laquelle la conservation des données est nécessaire pour permettre à Raiffeisen Vie de respecter ses obligations en fonction des délais de prescription ou d'autres obligations légales.

Raiffeisen Vie a désigné un Data Protection Officer qui peut être contacté par courrier postal à l'adresse du responsable du traitement ou par voie électronique à dataprotectionofficer@raiffeisen-vie.lu.

2) Secret professionnel, sous-traitance et sous-traitance à des prestataires de services en nuage (« cloud computing »)

Raiffeisen Vie accorde une grande importance au respect du secret professionnel et de la confidentialité des données de ses clients, et s'engage en tout temps à mettre en œuvre toutes les mesures nécessaires et requises pour assurer la confidentialité des données selon les plus hauts standards de sécurité et conformément aux réglementations en vigueur.

Afin de garantir un haut niveau de qualité de services et de faire bénéficier des technologies les plus avancées à ses clients, Raiffeisen Vie peut avoir recours à des prestataires de services, des sous-traitants, et à des technologies faisant appel à du cloud computing. Dans tous les cas, les données communiquées seront protégées selon des normes élevées de sécurité, y compris celles prévues par le RGPD.

Lorsque la communication de données protégées par le secret professionnel en matière d'assurance intervient dans le cadre d'une sous-traitance et à des technologies faisant appel à du cloud computing, mise en place à l'initiative de Raiffeisen Vie, au sens de l'article 2bis alinéa 2 de l'article 300 de la loi modifiée du 7 décembre 2015, auprès d'un prestataire de services tiers, autres que ceux visés par cet article 300, le preneur d'assurance consent de manière expresse à toute sous-traitance, y compris en cloud computing, qui est utilisée, et peut accéder en tout temps au détail de ces sous-traitances (tableau des sous-traitances) sous le lien <https://www.foyer.lu/fr/transparency>. Il peut également sur simple demande obtenir par papier ce tableau des sous-traitances.

Dans ce tableau des sous-traitances, le preneur d'assurance y trouve l'existence des sous-traitances en cours, le type de renseignements qui sont transmis et le pays d'établissement du/des prestataire(s) de services. Dans l'hypothèse où le prestataire de service ne serait pas soumis à une obligation de secret professionnel similaire à celle de Raiffeisen Vie, cette dernière s'engage à mettre en place un accord de confidentialité avec le prestataire pour lui imposer le respect d'une telle obligation dans le cadre de la sous-traitance concernée.

En cas de modification du tableau des sous-traitances (exemples : ajout d'un sous-traitant, recours à du cloud computing... liste non exhaustive), le preneur d'assurance sera valablement informé par email et/ou son espace client et/ou tout autre moyen approprié de la ou des modifications (exemple : avis d'échéance).

Si endéans les deux mois suivant l'information de la modification du tableau des sous-traitances le preneur d'assurance ne s'y est pas opposé par écrit, son consentement sera considéré comme acquis. En cas d'opposition faite par le preneur d'assurance, celle-ci devra être notifiée à Raiffeisen Vie par lettre recommandée, et elle vaudra comme résiliation à la prochaine échéance du seul contrat. Par exception, dans le cas où votre contrat d'assurance n'est pas résiliable annuellement, votre consentement vaut pour toute la durée du contrat d'assurance en ce compris les modifications ultérieures.

Le preneur d'assurance est dûment informé que :

- s'il s'oppose à la modification du tableau des sous-traitances, cette opposition entraînera des conséquences sur une gestion optimale du contrat et sur le niveau de service fourni, et que dès lors, l'opposition vaut comme résiliation à la prochaine échéance.
- s'il détient plusieurs contrats d'assurance auprès de Raiffeisen Vie, il est tenu, pour le cas où il le souhaite, de notifier une opposition par contrat d'assurance.

Titre 2

Garanties complémentaires PLUS

Sous-Titre 2.1. : Dispositions communes

Les garanties complémentaires sont subordonnées à l'existence de la ou des garantie(s) principale(s).

Les conditions générales de la garantie principale (titre 1) sont applicables aux garanties complémentaires lorsque les dispositions communes et spéciales des garanties complémentaires (titre 2) n'y dérogent pas.

Article 27

Les garanties complémentaires que vous avez souscrites, leurs dates d'effet et d'expiration, ainsi que les montants des prestations et primes complémentaires sont stipulés aux conditions particulières de votre contrat et de ses avenants.

ETENDUE DES GARANTIES COMPLEMENTAIRES

Article 28

Nous couvrons dans le monde entier les risques complémentaires assurés pouvant se produire au cours de la vie privée et dans l'exercice de la profession de l'assuré, pour autant que nous puissions exercer les moyens de contrôle médical prévus. Les cas d'exclusions prévus par l'article 4 sont applicables aux risques complémentaires, tant en cas de décès qu'en cas d'invalidité.

Ne sont pas non plus couverts les sinistres qui résultent d'exercices d'acrobaties, de paris ou de défis et, de façon générale, de tout acte notoirement téméraire, ainsi que les sinistres dus au fait que l'assuré était incapable du contrôle de ses actes par suite de consommation de boissons alcooliques en quantité telle que le taux d'alcool dans le sang était supérieur à 0.5 g par litre de sang ou 0,22 mg par litre d'air expiré ou que l'assuré présentait des signes manifestes d'ivresse, d'usage de drogues, de stupéfiants ou de tranquillisants.

PRIMES COMPLEMENTAIRES

Article 29

Les garanties complémentaires vous sont accordées moyennant paiement des primes complémentaires. Ces primes sont perçues en même temps et suivant les mêmes modalités que celles de la garantie principale.

Article 30

Vous pouvez cesser le paiement des primes complémentaires à la fin de chaque période d'assurance correspondant aux dernières primes ou fractions de primes payées, ce qui entraînera la résiliation des garanties complémentaires concernées. Les valeurs de réduction et de rachat des garanties complémentaires sont nulles.

Article 31

Nous nous réservons le droit d'augmenter en cours de contrat le tarif des garanties complémentaires, auquel cas nous vous en aviserons par écrit trois mois au moins avant la date d'échéance annuelle du contrat. L'adaptation tarifaire sortira ses effets à partir de cette date d'échéance annuelle, à moins que vous ne décidiez de cesser le paiement des primes complémentaires (voir article 30 ci-avant).

DECLARATION DE SINISTRES

Article 32

Un sinistre, pour pouvoir être pris en considération, doit nous être déclaré par écrit dès que possible, et en tout cas dans les délais fixés à l'article "Obligations en cas de sinistre" des dispositions spéciales de chaque garantie complémentaire. Si cela est impossible par suite de cas fortuit ou de force majeure, nous devons avoir été avisés aussi rapidement que cela pouvait raisonnablement se faire.

Si la déclaration n'est pas faite dans le délai prescrit, et que ce retard nous a été préjudiciable, nous serons en droit de réduire notre prestation à concurrence du préjudice subi. En cas d'intention frauduleuse nous pourrions même décliner la garantie.

DROIT AUX RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

Article 33

En dehors des documents et rapports qui doivent nous être fournis, nous nous réservons le droit d'exiger, en cas de sinistre, tous renseignements complémentaires nécessaires à l'évaluation des circonstances et conséquences du sinistre. L'assuré devra se soumettre à toutes les visites de médecins que nous délèguerons auprès de lui, chaque fois que nous le jugerons utile. Les frais de ces visites sont à notre charge.

De plus, l'assuré autorise les médecins traitants à fournir à notre médecin-conseil tous les renseignements relatifs à son état de santé. Les bénéficiaires ne peuvent faire valoir un droit aux prestations assurées tant que la déclaration prévue à l'article précédent n'a pas été faite et que les renseignements évoqués par le présent article nous sont refusés.

CONTESTATIONS DE NOS DECISIONS DE REGLEMENT DE SINISTRES

Article 34

Si vous contestez la décision que nous vous notifions, vous devez dans les quinze jours nous le déclarer formellement et nous notifier en même temps le nom du médecin-expert que vous avez choisi.

Toutes les contestations entre vous et nous relatives à l'évaluation des circonstances et conséquences des sinistres sont soumises aux médecins-experts choisis, l'un par vous, l'autre par nous. Les deux médecins-experts agissent ensemble comme experts. Si les médecins-experts choisis n'arrivent pas à s'entendre sur le problème posé, chacune des parties a le droit de le signifier à l'autre et de demander l'intervention d'un tiers-expert qui

tranchera irrévocablement. Ce tiers-expert est désigné de commun accord par les parties ou, si nous n'arrivons pas à nous entendre à ce sujet dans un délai de trois semaines à dater de la signification du partage d'opinion, par voie de référé sur simple requête de la partie la plus diligente. Chacune des parties supporte les frais et honoraires de son expert. Les frais de tierce expertise sont toujours supportés pour moitié par chacune des parties.

FIN DE LA GARANTIE COMPLEMENTAIRE

Article 35

Le droit aux garanties complémentaires est subordonné à l'existence de la garantie principale.

Le droit aux garanties complémentaires s'éteint de plein droit en cas de rachat total, de réduction, d'annulation ou de résiliation de la garantie principale du contrat, ou en cas de renonciation au contrat. Il en est de même lorsque dans un contrat prévoyant une prestation principale "Terme", nous nous substituons à vous, en cas de décès de l'assuré, pour payer les primes du contrat. Il en est toujours de même lorsque le sinistre a été provoqué ou ses conséquences aggravées par votre fait intentionnel ou celui de l'assuré ou d'un bénéficiaire.

Dans ces cas, la prime complémentaire afférente à la période d'assurance postérieure à la date de prise d'effet de la cessation de la garantie complémentaire vous est remboursée.

Sous-Titre 2.2. : Dispositions spéciales de la GARANTIE COMPLEMENTAIRE DES RISQUES D'ACCIDENT ET D'ACCIDENT DE CIRCULATION ACRA/ACIRC

DEFINITIONS

Article 36

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

accident :

un événement subit et anormal produit directement par l'action soudaine d'une force extérieure étrangère à la volonté de l'assuré, à la vôtre ou à celle du bénéficiaire.

Sont également considérés comme accidents :

- les maladies, opérations chirurgicales, infections, congélations et insulations, lorsqu'elles sont la conséquence directe d'un accident garanti;
- les intoxications, empoisonnements et asphyxies, lorsqu'ils sont la conséquence directe de l'absorption involontaire d'un produit non destiné à cet usage ou d'un dégagement fortuit de gaz ou de vapeur;
- la noyade suite à un accident.

Ne sont pas considérés comme accidents, les attaques nerveuses, les crises d'épilepsie et les hernies;

accident de circulation :

tout accident provoqué par ou lors de l'utilisation d'un véhicule terrestre, fluvial, lacustre, maritime ou aérien sur une voie ouverte à la circulation du public;

accident mortel :

l'accident est dit mortel lorsque la lésion corporelle qui en résulte et qui en est la conséquence directe et exclusive entraîne la mort de l'assuré, soit immédiatement, soit dans le délai de deux ans, si l'assuré est resté constamment en état d'invalidité professionnelle totale;

accident entraînant l'invalidité professionnelle totale et permanente (accident I.T.P.):

l'accident est dit I.T.P. lorsque par suite du dommage physique subi, entraînant une invalidité physiologique de 67 % au moins, il est définitivement et totalement impossible à l'assuré de continuer à exercer sa profession et de se réadapter dans les conditions économiques normales à une quelconque profession correspondant à ses connaissances, à ses capacités et à sa situation sociale qui devrait raisonnablement lui procurer, après une période de démarrage de deux ans, au moins 75 % du revenu professionnel moyen qu'il touchait au cours des deux dernières années avant son accident. L'estimation des revenus potentiels futurs est faite au moment du constat du taux d'invalidité.

RISQUES ET PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES ASSURES

Article 37

Nous garantissons selon une des deux modalités ou selon les deux modalités assurées suivantes le paiement d'un ou de deux capitaux complémentaires lorsque l'assuré décède ou est atteint d'une invalidité professionnelle totale et permanente :

Modalité ACRA: des suites d'un accident survenu avant la date d'expiration de la garantie complémentaire.

Modalité ACIRC: des suites d'un accident de circulation survenu avant la date d'expiration de la garantie complémentaire.

Les invalidités qui ne résultent pas d'une blessure ou d'une lésion susceptible d'être objectivement constatée ne donnent pas droit aux prestations.

Il est précisé que la législation et la jurisprudence en matière de Sécurité Sociale ne sont pas d'application dans le cadre de la présente garantie complémentaire et que nous n'allons pas suivre d'office les décisions d'octroi d'une incapacité définitive de travail accordée par l'Association d'Assurance contre les Accidents, respectivement d'une rente d'invalidité par une des Caisses de Pension.

OBLIGATIONS EN CAS DE SINISTRE

Article 38

Lorsque l'assuré est victime d'un accident pouvant entraîner le paiement de la prestation complémentaire, cet accident doit nous être déclaré dans les huit jours de sa survenance. La déclaration indiquera le lieu, la date et l'heure, les causes, la nature et les circonstances de l'accident, ainsi que les noms, prénoms et domiciles des témoins éventuels.

A cette déclaration sera joint un certificat médical destiné à notre médecin-conseil et rédigé par le ou les médecins qui ont traité l'assuré après l'accident ou qui ont constaté son décès. Ce certificat spécifiera les causes et la nature des lésions corporelles subies, ainsi que leurs conséquences probables.

CONSTAT DE L'INVALIDITE PROFESSIONNELLE TOTALE ET PERMANENTE

Article 39

Nous jugeons d'après les documents et rapports qui nous sont fournis de la réalité ainsi que du caractère total et permanent de l'invalidité. Pour calculer le taux d'invalidité, nous nous basons sur le "Barème International des Invalidités" de L. Melennec. Lorsque ce taux ne peut pas être déterminé sur base de ce barème, il est fixé par notre médecin-conseil. Les invalidités éventuelles qui existaient déjà avant la date d'effet de l'assurance complémentaire ou qui ont résulté d'un risque exclu par celle-ci ne peuvent intervenir pour la détermination du caractère total et permanent de l'invalidité. Celui-ci sera estimé en tenant compte des différentes causes d'invalidité et de leur interdépendance.

PAIEMENT DES PRESTATIONS ASSUREES

Article 40

Nous payons au bénéficiaire le ou les capitaux complémentaires devenus exigibles au plus tard dans les trente jours :

- 40.1. En cas d'accident mortel, de la réception de la déclaration prévue à l'article 38 ainsi que des documents mentionnés à l'article 18.
- 40.2. En cas d'accident I.T.P., de notre reconnaissance de l'invalidité totale et permanente. Le constat du taux d'invalidité se fait dès que l'état de l'assuré accidenté s'est consolidé et au plus tard deux ans après l'accident.

Le paiement du ou des capitaux complémentaires devenus exigibles, ainsi que le décès de l'assuré par maladie mettent fin à toutes les obligations des parties stipulées à la présente garantie complémentaire.

Sous-Titre 2.3. : Dispositions spéciales de la GARANTIE COMPLEMENTAIRE DU RISQUE D'INVALIDITE ACRI/ACRIT

DEFINITIONS

Article 41

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

accident :

un événement subit et anormal produit directement par l'action soudaine d'une force extérieure étrangère à la volonté de l'assuré, à la vôtre ou à celle du bénéficiaire;

maladie :

une altération de la santé survenant avant le 55^{ème} anniversaire de l'assuré et objectivement contrôlable par examen médical. Les maladies se manifestant après l'âge de 55 ans ne sont pas prises en considération pour les prestations garanties;

invalidité professionnelle :

lorsque par suite d'atteintes à son intégrité corporelle entraînant une invalidité physiologique de 25 % au moins, il est partiellement ou totalement impossible à l'assuré de continuer à exercer sa profession ou de se réadapter dans des conditions économiques normales à une quelconque profession correspondant à ses connaissances, ses capacités et sa situation sociale qui devrait

raisonnablement lui procurer, après une période de démarrage de deux ans, au moins 75 % du revenu professionnel moyen qu'il touchait au cours des deux dernières années avant son accident. L'estimation des revenus potentiels futurs est faite au moment du constat du taux d'invalidité. Le congé de maternité en tant que tel n'est pas considéré comme invalidité professionnelle;

invalidité professionnelle totale :

lorsque par suite d'atteintes à son intégrité corporelle entraînant une invalidité physiologique de 67 % au moins, le degré d'invalidité professionnelle de l'assuré atteint 67 % au moins.

RISQUES ET PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES ASSURES

Article 42

Nous garantissons, selon la modalité assurée, de nous substituer partiellement ou totalement à vous pour payer les primes des assurances principales et complémentaires selon le fractionnement et aux échéances convenues, lorsque l'assuré est frappé d'une invalidité professionnelle d'une durée au moins égale à 3 mois à la suite d'un accident ou d'une maladie.

Modalité ACRI : la prestation est proportionnelle au degré d'invalidité professionnelle lorsque le degré d'invalidité professionnelle atteint au moins 25 %.

Modalité ACRIT: la prestation est due lorsque l'invalidité professionnelle est totale.

Les garanties sont immédiates pour toute invalidité des suites d'un accident survenu après la date d'effet de la garantie complémentaire. Elles sont différées de trois mois à compter de la date d'effet de la garantie complémentaire pour toute invalidité des suites d'une maladie.

Les invalidités qui ne résultent pas d'une maladie, d'une blessure ou d'une lésion susceptible d'être objectivement constatée ne donnent pas droit aux prestations.

Il est précisé que la législation et la jurisprudence en matière de Sécurité Sociale ne sont pas d'application dans le cadre de la présente garantie complémentaire et que nous n'allons pas suivre d'office les décisions d'octroi d'une incapacité temporaire ou définitive de travail accordée par l'Association d'Assurance contre les Accidents, respectivement d'une rente d'invalidité par une des Caisses de Pension.

EXTENSION DES PRESTATIONS ASSUREES

Article 43

S'il s'avère qu'en cas d'invalidité professionnelle totale, après consolidation de l'état de l'assuré et au plus tard deux ans après les déclarations prévues à l'article 44, l'assuré sera définitivement hors d'état d'exercer sa profession et de se réadapter conformément à l'article 41, vous pouvez nous demander :

- 43.1. Lorsqu'une prestation "Terme" ou lorsque les deux prestations "Décès" et "Vie" sont garanties par le contrat, une avance sur ces prestations dont nous supporterons les intérêts. Le montant de cette avance est égal à la plus petite prestation que nous pourrions être amené à payer soit en cas de décès, soit en cas de vie, soit au terme du contrat. Lorsque le contrat prévoit le remboursement des primes payées en cas de décès d'un enfant assuré,

le montant de l'avance sera limité à la somme des primes versées jusqu'au moment du constat de l'invalidité professionnelle totale et permanente.

L'octroi de l'avance est soumis aux conditions fixées par un avenant de prêt et par la loi. L'avance vient s'ajouter aux prestations payées en vertu de l'article précédent. Cette avance, non encore remboursée, sera portée en déduction de la première prestation principale assurée en vertu de l'article 2 au moment du règlement de celle-ci.

- 43.2. Lorsqu'une seule prestation "Décès" est garantie par le contrat, le paiement anticipé de cette prestation "Décès". Ce paiement met d'office fin au contrat et par là aussi à la présente garantie complémentaire.

OBLIGATIONS EN CAS DE SINISTRE

Article 44

Lorsque l'assuré est victime d'un accident ou atteint d'une maladie pouvant entraîner le paiement de la garantie complémentaire :

- l'accident doit nous être déclaré dans les huit jours de sa survenance. La déclaration indiquera le lieu, la date et l'heure, les causes, la nature et les circonstances de l'accident, ainsi que les noms, prénoms et domiciles des témoins éventuels;
- la maladie doit nous être déclarée dans les deux mois de sa survenance.

A cette déclaration sera joint un certificat médical destiné à notre médecin-conseil et rédigé par le ou les médecins qui ont traité l'assuré. Ce certificat spécifiera les causes, la nature, le degré et la durée présumée de l'invalidité.

CONSTAT DE L'INVALIDITE

Article 45

Nous jugeons d'après les documents et rapports qui nous sont fournis de la réalité ainsi que du degré et, le cas échéant, du caractère total et permanent de l'invalidité. Pour calculer le taux d'invalidité, nous nous basons sur le "Barème International des Invalidités" de L. Melennec. Lorsque ce taux ne peut pas être déterminé sur base de ce barème, il est fixé par notre médecin-conseil. Les invalidités éventuelles qui existaient déjà avant la date d'effet de la garantie complémentaire ou qui ont résulté d'un risque exclu par celle-ci ne peuvent intervenir pour la détermination du degré d'invalidité. Celui-ci sera estimé en tenant compte des différentes causes d'invalidité et de leur interdépendance.

OBLIGATIONS EN COURS D'INVALIDITE

Article 46

En cas de changement du degré d'invalidité ou de cessation de celle-ci, vous, l'assuré ou le bénéficiaire êtes tenus de nous en avertir dans le mois où vous en avez pris connaissance. A votre lettre, vous joindrez un certificat médical destiné à notre médecin-conseil et rédigé par le ou les médecins qui ont traité l'assuré. Ce certificat spécifiera les causes et conséquences de la modification du degré d'invalidité. Le nouveau degré d'invalidité sera constaté conformément à l'article précédent.

En cas de diminution du degré d'invalidité ou de cessation de celle-ci, les prestations indûment perçues doivent nous être remboursées.

Article 47

En cours d'invalidité nous nous réservons le droit de faire vérifier régulièrement le degré d'invalidité de l'assuré par notre médecin-conseil ou de demander un rapport détaillé du médecin-traitant de l'assuré afin de faire constater si l'invalidité existe toujours et si son degré ne s'est pas modifié. Les frais de ce rapport seront à notre charge.

Le bénéficiaire ne pourra continuer à faire valoir un droit à la prestation assurée lorsque la vérification du degré d'invalidité par le médecin-conseil, respectivement le rapport du médecin-traitant nous sont refusés.

PAIEMENT DES PRESTATIONS ASSUREES

Article 48

Lorsque l'invalidité a duré trois mois et en fonction de son degré, nous nous substituons partiellement ou totalement à vous pour payer les primes des assurances principales et complémentaires selon le fractionnement et aux échéances convenues.

Au cours des trois premiers mois d'invalidité vous continuez à payer les primes du contrat et des garanties complémentaires qui échoient selon le fractionnement et aux dates d'échéance convenues. Les prestations d'invalidité qui deviennent exigibles au cours de ces trois premiers mois de l'invalidité restent portées à votre compte. A l'expiration de ce délai et à la condition que l'invalidité ait duré au moins trois mois, nous vous paierons lesdites prestations en fonction du degré d'invalidité.

Article 49

Les prestations payées en exécution de la présente garantie complémentaire cessent d'être dues à son expiration, ou lorsque nous constatons que le degré d'invalidité professionnelle de l'assuré n'atteint plus les pourcentages requis. Le décès de l'assuré met fin à toutes les obligations des parties stipulées à la présente garantie complémentaire.