

< VIVIUM

Levensverzekering

Pensioensparen, Langetermijnsparen, Jeugdplan of Niet-fiscaal sparen

Algemene voorwaarden >

REF. FM 8.973N-11.2020

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave.....	2
Hoofdstuk 1. Definities en begrippen	3
Hoofdstuk 2. Bestanddelen van deze verzekeringsovereenkomst	4
Hoofdstuk 3. Werking van de verzekeringsovereenkomst.....	4
Artikel 1 – Waarborg van de verzekering.....	4
Artikel 2 – Datum van inwerkingtreding.....	6
Artikel 3 – Premiebetaling	6
Artikel 4 – Overdracht van reserves	7
Artikel 5 – Begunstigden	8
Artikel 6 – Bedenktijd	8
Artikel 7 – Wijziging van de verzekeringsovereenkomst	8
Artikel 8 – Stopzetting van de premiebetaling.....	8
Artikel 9 – Terug in voege stelling.....	9
Artikel 10 – Uitkering van de verzekerde prestaties	10
Artikel 11 – Specifieke bepalingen betreffende het tak 23-beleggingsfonds	12
Artikel 12 – Overdracht van de rechten bij overlijden van de verzekeringsnemer	13
Hoofdstuk 4. Omvang van de waarborg in geval van overlijden	13
Artikel 13 – Wereldwijde waarborg.....	13
Artikel 14 – Uitgesloten risico's.....	13
Artikel 15 – Bijzondere uitgaven.....	14
Hoofdstuk 5. Speciale clausules	14
Artikel 16 – Indexatie	14
Artikel 17 – Aanvullende ongevallenverzekering.....	14
Artikel 18 – Aanvullende verzekeringen arbeidsongeschiktheid II en/of I2	17
Artikel 19 – Algemene bepalingen aanvullende verzekeringen	23
Hoofdstuk 6. Terrorisme	23
Hoofdstuk 7. Rechtsmacht, toepasselijk recht en fiscale bepalingen	24
Artikel 20 – Rechtsmacht	24
Artikel 21 – Toepasselijk recht en fiscale bepalingen	24
Hoofdstuk 8. Mededelingen	24
Artikel 22 – Kennisgevingen.....	24
Artikel 23 – Verblijfplaats.....	25
Artikel 24 – Uitwisseling van fiscale inlichtingen	25
Artikel 25 – Politiek prominente personen.....	25
Wettelijke vermeldingen	26

VIVIUM LEVENSVZERZEKERING

Pensioensparen, Langetermijnsparen, Jeugdplan of Niet-fiscaal sparen

Hoofdstuk I. Definities en begrippen

De maatschappij

VIVIUM is een merk van P&V Verzekeringen CV, gevestigd te België, 1210 BRUSSEL, Koningsstraat, 151.

De verzekeringnemer

De natuurlijke persoon die de verzekeringsovereenkomst sluit met de maatschappij.

De verzekerde

De persoon op wiens hoofd het risico van het zich voordoen van het verzekerde voorval ligt.

De begunstigde bij leven

De persoon die recht heeft op de verzekerde prestaties in geval van leven van de verzekerde op eindvervaldag.

De begunstigde bij overlijden

De persoon die recht heeft op de verzekerde prestaties in geval van overlijden van de verzekerde voor de eindvervaldag.

Netto premie

De netto premie wordt gevormd door de betaalde premie (exclusief de premies voor de aanvullende verzekeringen) verminderd met de eventuele taksen en de kosten.

Eenheid van een beleggingsfonds

Een elementair deel van een beleggingsfonds

Inventariswaarde van een eenheid

De waarde van het beleggingsfonds gedeeld door het aantal eenheden van het beleggingsfonds op het ogenblik van de raming van de waarde.

Valorisatie

Het vastleggen van de inventariswaarde op basis van de netto-inventariswaarde van de componenten van het beleggingsfonds de bankwerkdag voordien.

Reductie van de verzekeringsovereenkomst

De stopzetting van de betaling van de premies.

Toezichthouders

De instellingen die toezicht houden op de Belgische financiële sector. Dit toezicht verloopt via twee autonome instellingen, namelijk de Nationale Bank van België en de Autoriteit voor Financiële Diensten en Markten.

Hoofdstuk 2. Bestanddelen van deze verzekeringsovereenkomst

Deze verzekeringsovereenkomst is een levensverzekering waarbij de premies kunnen worden belegd in een tak 21-gedeelte en / of in een tak 23-gedeelte, tenzij anders aangegeven in de Bijzondere Voorwaarden.

- Tak 21-gedeelte: de premies worden geheel of gedeeltelijk belegd in een tak 21-tarief met een gewaarborgde intrestvoet.
- Tak 23-gedeelte: de premies worden geheel of gedeeltelijk aangewend om eenheden aan te kopen in een tak 23-beleggingsfonds.

Daarnaast kan de verzekeringsovereenkomst voorzien in een bijkomende waarborg bij overlijden en in aanvullende waarborgen: een aanvullende ongevalverzekering en/of een aanvullende verzekering arbeidsongeschiktheid.

Indien de premies geheel worden belegd in het tak 23-gedeelte zijn geen aanvullende waarborgen mogelijk.

De gekozen waarborgen worden vastgelegd in de Bijzondere Voorwaarden.

Bij het afsluiten van deze verzekeringsovereenkomst kan de verzekeringsnemer ervoor opteren om op een fiscale wijze te sparen (Pensioensparen of Lange termijnsparen) of om de premies niet fiscaal in mindering te brengen (Niet-fiscaal sparen).

De verzekeringsovereenkomst bestaat uit de Algemene Voorwaarden, Bijzondere Voorwaarden en indien beschikbaar, de financiële infofiche.

De beheeraspecten van de beleggingsfondsen worden toegelicht in het Beheersreglement. Het Beheersreglement van de beleggingsfondsen omvat, onder andere, een beschrijving van het beleggingsbeleid van deze interne fondsen, de bepaling en de aanwending van de inkomsten, de waarderingsregels van de activa, de wijze van bepaling van de inventariswaarde, de wijze van berekening van de kosten en informatie over de risicoklasse van deze interne fondsen.

In de loop van de verzekeringsovereenkomst kan de inhoud van het Beheersreglement van de interne beleggingsfondsen onderhevig zijn aan aanpassingen. Dat is de reden waarom wij, indien de verzekeringsnemer op een gegeven ogenblik informatie wenst over de beschikbare interne fondsen in het kader van het tak 23-gedeelte of over een ander onderwerp dat in dit reglement wordt behandeld, de verzekeringsnemer uitnodigen om op de website www.vivium.be het Beheersreglement te raadplegen van de fondsen dat op dat ogenblik van kracht is, of te informeren bij de verzekeringstussenpersoon. Dit Beheersreglement is ook beschikbaar op onze maatschappelijke zetel.

Hoofdstuk 3. Werking van de verzekeringsovereenkomst

Artikel 1 – Waarborg van de verzekering

1.1. Opbouw reserve in het tak 21-gedeelte

Het bedrag dat wordt gevormd door de kapitalisatie van de netto premies geïnvesteerd in het tak 21-gedeelte.

De netto premies bestemd voor het tak 21-gedeelte worden gekapitaliseerd tegen één van de intrestvoeten die van toepassing zijn op het ogenblik van ontvangst van de storting.

Binnen het tak 21-gedeelte kan de verzekeringsnemer kiezen tussen volgende tarieven:

- Capiplan: de toegekende winstdeelname wordt gekapitaliseerd aan de gewaarborgde intrestvoet geldig op moment van de toekenning van deze winstdeelname in de verzekeringsovereenkomst.
- Capi 23: de toegekende winstdeelname wordt belegd in één van de tak 23-beleggingsfondsen die door de maatschappij worden aangeboden, volgens de keuze van de verzekeringsnemer.

De verzekeringsnemer kan in de loop van de verzekeringsovereenkomst kiezen om de toekomstige netto premies volledig te investeren in een andere interestvoet uit het op dat moment geldende aanbod.

1.2. Opbouw reserve in het tak 23-gedeelte

Het bedrag dat wordt gevormd door de netto premies geïnvesteerd in het tak 23-gedeelte.

Met de netto premie bestemd voor het tak 23-gedeelte worden eenheden aangekocht in het gekozen beleggingsfonds. De reserve wordt bepaald door het aantal eenheden van het gekozen fonds te vermenigvuldigen met de inventariswaarde van die eenheid.

De verzekeringsnemer heeft de keuze tussen verschillende beleggingsfondsen. De beleggingsstrategie, de kenmerken en de aard van de activa worden beschreven in het Beheersreglement. Dit reglement kan op eenvoudige aanvraag op onze maatschappelijke zetel van de maatschappij verkregen worden.

Het aanbod kan in de toekomst uitgebreid worden.

Elk fonds beoogt groei door een diversificatie in verschillende financiële instrumenten. Ondanks alle maatregelen genomen om de doelstellingen te bereiken, blijft de investering in deze fondsen onderworpen aan bepaalde risico's. Geen enkele formele garantie kan dus geboden worden.

De waarde van het fonds kan schommelen in de tijd. Het financiële risico dat daarmee verbonden is, wordt gedragen door de verzekeringsnemer.

1.3. Winstdeelname

§1. Reserve die opgebouwd wordt in het tak 21-gedeelte

Deze reserve geeft recht op winstdeelname indien voldaan werd aan de minimumvoorwaarden zoals bepaald in het winstdossier van de maatschappij, meegedeeld aan de toezichthouders. Deze voorwaarden kunnen worden gewijzigd tijdens de looptijd van de verzekeringsovereenkomst. Het percentage van de winstdeelname is variabel van jaar tot jaar en is niet gegarandeerd.

Voor verzekeringsovereenkomsten waarop een voorschot werd toegekend of die in pand gegeven werden bij de maatschappij vervalt het recht op winstdeelname voor de theoretische afkoopwaarde overeenstemmend met het bedrag van het voorschot of de inpandgave.

Binnen het tak 21-gedeelte kan de verzekeringsnemer kiezen tussen volgende tarieven:

- Capiplan: de toegekende winstdeelname wordt gekapitaliseerd aan de gewaarborgde intrestvoet geldig op moment van de toekenning van deze winstdeelname.
- Capi 23: de toegekende winstdeelname wordt belegd in één van de tak 23-beleggingsfondsen die door de maatschappij worden aangeboden, volgens de keuze van de verzekeringsnemer.
De inventariswaarde voor de omzetting van deze winstdeelname in eenheden van het gekozen fonds wordt bepaald op 1 februari of op de eerstvolgende bankwerkdag.
Opgelet: indien ook een gedeelte van de nettopremie wordt belegd in een tak 23-beleggingsfonds, wordt de winstdeelname toegekend in het tak 21-gedeelte, in hetzelfde fonds belegd.

§2. Reserve die opgebouwd wordt in het tak 23-gedeelte

Deze reserve komt niet in aanmerking voor winstdeelname.

1.4. Waarborg bij leven

Bij leven van de verzekerde op einddatum van de verzekeringsovereenkomst, ontvangt de begunstigde bij leven de opgebouwde reserves, met inbegrip van de toegekende winstdeelname.

1.5. Waarborg bij overlijden

Bij overlijden van de verzekerde voor de einddatum van de verzekeringsovereenkomst, ontvangt de begunstigde bij overlijden de opgebouwde reserves op het ogenblik van overlijden, met inbegrip van de toegekende winstdeelname.

Indien in de Bijzondere Voorwaarden een bijkomende overlijdenswaarborg is voorzien, ontvangt de begunstigde bij overlijden het kapitaal overlijden zoals vermeld in de Bijzondere Voorwaarden of, indien deze hoger zijn, de opgebouwde reserves op het ogenblik van overlijden, met inbegrip van de toegekende winstdeelname.

In dit geval wordt de kost van de bijkomende waarborg bij overlijden maandelijks vooraf van de opgebouwde reserves afgehouden. Deze kost wordt berekend op basis van het verzekerd kapitaal overlijden verminderd met de opgebouwde reserves.

De reserves worden bepaald zoals vermeld in punt 10.2

Artikel 2 – Datum van inwerkingtreding

De verzekeringsovereenkomst gaat in op de inwerkingtredingsdatum zoals vermeld in de Bijzondere Voorwaarden, maar niet voor de ondertekening van de verzekeringsovereenkomst door de betrokken partijen en de ontvangst van de eerste premie.

Behalve in geval van fraude, is de verzekeringsovereenkomst onbetwistbaar vanaf haar inwerkingtreding, onder voorbehoud van de bepalingen voor de aanvullende verzekeringen arbeidsongeschiktheid I1 en/of I2 betreffende de mededeling van het risico door de verzekeringsnemer en de verzekerde (zie punt 18.14).

Artikel 3 – Premiebetaling

De verzekeringsnemer wordt uitgenodigd om op de in de Bijzondere Voorwaarden overeengekomen data premies te betalen. Deze kunnen vrij aangevuld worden door de betaling van een bijkomende koopsom (éénmalige premie). De verzekeringsnemer kan op geen enkel moment verplicht worden om gelden te betalen. De betaling geschiedt op één van de verschillende bank- of postrekeningen van de maatschappij.

De maatschappij behoudt zich het recht voor zowel voor de premies als voor de bijkomende koopsom een minimumbedrag te bepalen.

3.1. Keuze en wijziging van de premieverdeling

De verzekeringsnemer kan de volledige premie beleggen in het tak 21-gedeelte of in het tak 23-gedeelte. Indien de verzekeringsnemer zijn premie wenst te spreiden over het tak 21-gedeelte en het tak 23-gedeelte, geldt voor beide gedeeltes dat er minstens 20% van de netto premie in belegd dient te worden.

De premieverdeling van een koopsom is dezelfde als de premieverdeling van de premies.

Op aanvraag kan voor deze koopsom een andere verdeling gelden.

De keuze van de premieverdeling wordt opgenomen in de Bijzondere Voorwaarden.

De verzekeringsnemer heeft steeds het recht om, mits naleving van de wettelijke bepalingen in verband met het risicoprofiel, voor zijn toekomstige premies:

- a) voor het tak 21-gedeelte, de rentevoet te kiezen uit het op dat moment geldende aanbod en deze keuze te wijzigen. De toekomstige premies kunnen daarbij niet verdeeld worden over meerdere rentevoeten.
- b) de premieverdeling over het tak 21-gedeelte en het tak 23-gedeelte te kiezen en deze keuze te wijzigen;
- c) het tak 23-beleggingsfonds te kiezen en deze keuze te wijzigen. Bij dergelijke wijziging wordt ook de volledige reserve opgebouwd in het tak 23-gedeelte overgedragen naar hetzelfde tak 23-beleggingsfonds (zie de bepalingen in punt 4. betreffende de overdracht van reserves).

De wijziging van de premieverdeling kan aangevraagd worden door middel van een door de verzekeringsnemer gedateerde en ondertekende brief, vergezeld van een kopie van de identiteitskaart van de verzekeringsnemer.

3.2. Toekenning van de premies

Voor het tak 21-gedeelte begint de kapitalisatie van de netto premie vanaf haar registratie op een financiële rekening bij de maatschappij, maar niet voor de ingangsdatum van de verzekeringsovereenkomst.

Voor het tak 23-gedeelte gebeurt de aankoop van de eenheden van het gekozen beleggingsfonds tegen de eerste valorisatie die bekend gemaakt wordt vanaf ten vroegste één bankwerkdag na ontvangst van de premie op een financiële rekening bij de maatschappij, maar niet voor de datum van inwerkingtreding van de verzekeringsovereenkomst. Bij een wijziging van de premieverdeling gaat de wijziging ten vroegste in op de eerstvolgende onbetaalde premieervaldag.

De vaststelling van de inventariswaarde wordt uitgevoerd door de fondsbeheerder en is bindend voor alle partijen. De maatschappij behoudt zich het recht voor de valorisatiedag aan te passen indien, door uitzonderlijke omstandigheden, de waardebepaling van de beleggingsfondsen niet mogelijk is. De inventariswaarde wordt bekomen door de waarde van het fondsvermogen, na aftrek van de beheersvergoeding, kosten welke uit het beheer van het fonds kunnen voortvloeien (zoals vermeld in het beheersreglement) en eventuele belastingen, rechten en taksen, te delen door het aantal aanwezige eenheden op de dag van waardering. Indien voor de berekening van de waarde van het fondsvermogen de in vreemde valuta uitgedrukte

effecten of andere effecten moeten worden omgerekend, gaat de maatschappij uit van de laatst gekende middenkoers van die valuta, tenzij de maatschappij in het belang van de gezamenlijke partijen, het wenselijk oordeelt een andere koers te hanteren.

De maatschappij deelt minstens wekelijks de inventariswaarde mee aan de pers en vermeldt de inventariswaarde steeds in het jaarlijks overzicht van de polis.

Artikel 4 – Overdracht van reserves

4.1. Overdracht van de reserve opgebouwd in het tak 23-gedeelte

De verzekeringsnemer kan steeds de volledige reserve van het tak 23-gedeelte van het ene beleggingsfonds overdragen naar het andere, een gedeeltelijke overdracht naar een ander beleggingsfonds is echter niet mogelijk.

Hij kan de reserve ook geheel of gedeeltelijk overdragen naar het tak 21-gedeelte van de verzekeringsovereenkomst.

§1 Overdracht van reserve tussen tak 23-beleggingsfondsen

De verzekeringsnemer heeft het recht om op elk ogenblik de volledige tegenwaarde in EUR van de eenheden van zijn beleggingsfonds over te dragen naar een ander beleggingsfonds binnen het aangeboden gamma, mits naleving van de wettelijke bepalingen in verband met het risicoprofiel.

Hierbij worden de betreffende eenheden van het beleggingsfonds respectievelijk verkocht en aangekocht tegen de eerste inventariswaarde die bekend gemaakt wordt, vanaf ten vroegste één bankwerkdag na ontvangst bij de maatschappij van de door de verzekeringsnemer ondertekende brief, vergezeld van een kopie van de identiteitskaart van de verzekeringsnemer.

§2. Overdracht van reserve van het tak 23-gedeelte naar het tak 21-gedeelte

De verzekeringsnemer heeft het recht om op elk ogenblik de volledige of gedeeltelijke tegenwaarde in EUR van de eenheden van zijn beleggingsfonds over te dragen naar het tak 21-gedeelte van zijn verzekeringsovereenkomst, mits naleving van de wettelijke bepalingen in verband met het risicoprofiel.

Hierbij worden de betreffende eenheden van het beleggingsfonds verkocht tegen de eerste inventariswaarde die bekend gemaakt wordt, vanaf ten vroegste één bankwerkdag na ontvangst bij de maatschappij van de door de verzekeringsnemer gedateerde en ondertekende brief, vergezeld van een kopie van de identiteitskaart van de verzekeringsnemer. Bij een overdracht naar het tak 21-gedeelte wordt de gewaarborgde intrestvoet toegepast die geldig is op de dag waarop de overdracht wordt geacteerd.

§3. Kosten

De verzekeringsnemer kan éénmaal per kalenderjaar een gratis overdracht uitvoeren van reserve opgebouwd in het tak 23-gedeelte, daarna wordt bij elke overdracht een vergoeding aangerekend ten bedrage van 0,5% van de overgedragen reserve.

4.2. Overdracht van de reserve opgebouwd in het tak 21-gedeelte

§1 GEEN overdracht van reserve tussen tak 21-formules

Indien in het tak 21-gedeelte reserves opgebouwd worden aan verschillende intrestvoeten, kunnen deze reserves binnen dit gedeelte niet overgedragen worden naar een andere gewaarborgde intrestvoet.

§2. Overdracht van reserve van het tak 21-gedeelte naar het tak 23-gedeelte

De verzekeringsnemer kan, mits naleving van de wettelijke bepalingen in verband met het risicoprofiel, steeds de reserve van het tak 21-gedeelte, al dan niet volledig, overdragen naar het tak 23-gedeelte.

Een volledige overdracht naar het tak 23-gedeelte is niet mogelijk indien er aanvullende waarborgen aanwezig zijn in het contract. In dat geval dient er steeds minimum 20% van de totale reserve in het tak 21-gedeelte te blijven, deze 20% wordt beoordeeld op de dag waarop de overdracht wordt geacteerd.

Indien de reserve van het tak 21-gedeelte wordt gevormd met verschillende intrestvoeten, wordt het over te dragen bedrag evenredig per reserve samengesteld.

Het tak 21-gedeelte dat gekoppeld is aan een voorschot, kan niet overgedragen worden naar het tak 23-gedeelte.

De eenheden van het beleggingsfonds worden aangekocht tegen de eerste inventariswaarde die bekend gemaakt wordt, vanaf ten vroegste één bankwerkdag na ontvangst bij de maatschappij van de door de verzekeringsnemer ondertekende brief, vergezeld van een kopie van de identiteitskaart van de verzekeringsnemer.

§3. Kosten

Voor deze overdracht worden volgende kosten toegepast: 5% op de overgedragen reserve, in de laatste vijf jaar daalt dit percentage telkens met 1% per jaar.

Artikel 5 – Begunstigden

De verzekeringsnemer wijst vrij de begunstigde(n) van de verzekeringsovereenkomst aan. Hij kan zolang de begunstiging niet werd aanvaard die aanstelling op elk ogenblik wijzigen, via een gedateerde en ondertekende brief.

Elke begunstigde mag het voordeel van deze verzekeringsovereenkomst aanvaarden. Om tegenstelbaar te zijn, moet een aanhangsel opgemaakt worden, ondertekend door de begunstigde die het voordeel aanvaardt, de verzekeringsnemer en de maatschappij. Vanaf dat moment kan de verzekeringsnemer de verzekeringsovereenkomst niet meer wijzigen en de rechten die voor hem uit de verzekeringsovereenkomst voortvloeien niet meer uitoefenen zonder de uitdrukkelijke toestemming van de begunstigde die het voordeel van de verzekeringsovereenkomst heeft aanvaard.

Artikel 6 – Bedenktijd

De verzekeringsnemer heeft het recht om zijn verzekeringsovereenkomst op te zeggen binnen een termijn van 30 dagen vanaf de inwerkingtreding ervan. Indien de verzekeringsovereenkomst dient tot waarborg van een krediet, dan heeft de verzekeringsnemer het recht de verzekeringsovereenkomst, binnen de 30 dagen nadat hij vernomen heeft dat het krediet hem niet wordt toegekend, op te zeggen.

In beide gevallen moet de opzegging geschieden via een aangetekende brief, door een deurwaardersexploot of door afgifte van de opzeggingsbrief tegen ontvangstbewijs. De datum van afgifte aan de post, de datum van de betekening of de datum vermeld op het ontvangstbewijs geldt als opzeggingsdatum. In voorkomend geval moet de verzekeringsnemer het exemplaar van de verzekeringsovereenkomst in zijn bezit naar de maatschappij opsturen of, bij gebrek hieraan, een ondertekende verklaring van verlies.

Voor het tak 21-gedeelte stort de maatschappij de betaalde premies terug verminderd met de bedragen die eventueel werden verbruikt om het risico te dekken.

Voor het tak 23-gedeelte stort de maatschappij de waarde van de toegekende eenheden terug, verhoogd met de betaalde instapkosten en verminderd met de bedragen die eventueel werden verbruikt om het risico te dekken. De waarde van de toegekende eenheden wordt berekend op basis van de eerste gekende valorisatie, ten vroegste één bankwerkdag volgend op de ontvangst van het officiële opzeggingsbericht.

Artikel 7 – Wijziging van de verzekeringsovereenkomst

De maatschappij kan eenzijdig geen enkele wijziging aanbrengen in de Algemene of in de Bijzondere Voorwaarden van de verzekeringsovereenkomst.

De verzekeringsnemer kan op elk ogenblik schriftelijk de aanpassing van zijn verzekeringsovereenkomst vragen. De maatschappij bevestigt elke aanpassing door het opstellen van nieuwe Bijzondere Voorwaarden of door het opstellen van een bijvoegsel aan de Bijzondere Voorwaarden.

Artikel 8 – Stopzetting van de premiebetaling

Indien er geen betaling wordt geregistreerd voor een periode van één kalenderjaar of indien de verzekeringsnemer ons meldt dat hij geen premies meer zal betalen, zal de maatschappij geen betalingsuitnodiging meer versturen.

De verzekeringsovereenkomst wordt gereduceerd door het minimum kapitaal bij overlijden en de eventuele aanvullende waarborgen te handhaven en hiervoor de in de verzekeringsovereenkomst beschikbare reserve aan te wenden tot die is uitgeput. De beschikbare reserve bedraagt nooit meer dan de reserve die in de verzekeringsovereenkomst opgebouwd werd, rekening houdend met de verbruikte sommen. Op het moment van reductie wordt deze beschikbare reserve verminderd met een reductievergoeding en een forfait van 75 EUR. Dit forfaitaire bedrag wordt in functie van het gezondheidsindexcijfer der consumptieprijzen (basis 1988 = 100) geïndexeerd. Het indexcijfer dat in aanmerking moet worden genomen is dat van de tweede maand van het trimester dat de datum van reductie voorafgaat.

De reductievergoeding stemt overeen met de actuele waarde van de jaarlijkse kosten voor het algemeen beheer van de verzekeringsovereenkomst tot de oorspronkelijk voorziene einddatum, met een maximum van 0,5% van de actuele waarde van de reductiepremies. De reductiepremie is de contractueel voorziene premie verminderd met kosten voor productie, promotie en beheer.

De eventuele aanvullende waarborgen kunnen worden stopgezet, 30 dagen na een aangetekende brief verstuurd door de maatschappij aan de verzekeringsnemer. In dat geval, vervalt ieder recht op vergoeding wegens het opnieuw optreden van een vroegere arbeidsongeschiktheid.

Indien de totale reserve niet volstaat om het minimum kapitaal bij overlijden te handhaven zal de verzekeringsovereenkomst worden vernietigd. Dit zal slechts gebeuren na het verstrijken van een termijn van 30 dagen te rekenen vanaf de verzending van een aangetekende brief waarin de gevolgen van het niet betalen van premies worden vermeld. Indien de verzekeringsnemer ondertussen schriftelijk de afkoop heeft aangevraagd gelden de bepalingen met betrekking tot de afkoop.

De eventuele aannemende begunstigde zal verwittigd worden over de niet betaling van de premie. De aannemende begunstigde heeft het recht de premiebetaling uit te voeren binnen de termijn van dertig dagen, voorzien in deze bepaling.

Artikel 9 – Terug in voege stelling

Na afkoop van de verzekeringsovereenkomst en de uitbetaling van de afkoopwaarde, kan de verzekeringsnemer de verzekeringsovereenkomst terug in voege stellen indien hij een gedateerd en ondertekend schrijven richt aan de maatschappij binnen 3 maanden volgend op de uitbetaling van de afkoopwaarde. Voor het opnieuw in voege stellen, dient de verzekeringsnemer de volledige afkoopwaarde terug te storten.

Ingeval van reductie van de verzekeringsovereenkomst kan de verzekeringsnemer de verzekeringsovereenkomst terug in voege stellen binnen de drie jaar na de reductie en dit voor de op de datum van de reductie verzekerde bedragen. Deze terug in voege stelling gebeurt door de betaling van de onbetaalde premies, eventueel verhoogd met de bijkomende premie, die berekend wordt op grond van de tarifaire grondslagen, zoals die gelden op het ogenblik van de terug in voege stelling, en welke noodzakelijk is om eventuele tekorten aan te zuiveren.

De terug in voege stelling kan enkel gebeuren voor het tak 21-gedeelte van de spaarreserve. Het tak 23- gedeelte opgebouwd binnen de beleggingsfondsen kan niet terug in voege gesteld worden. Hiervoor kan enkel het aantal eenheden worden aangekocht op basis van de inventariswaarde die bekend gemaakt wordt vanaf ten vroegste één bankwerkdag na ontvangst bij de maatschappij van de aanvraag.

De terug in voege stelling van een verzekeringsovereenkomst is afhankelijk van de acceptatievoorwaarden die geldig zijn op dat ogenblik en gebeurt steeds volgens de op dat ogenblik geldende risicoselectie. De kosten van een eventueel geneeskundig onderzoek zijn ten laste van de verzekeringsnemer.

De terug in voege stelling moet in overeenstemming zijn met het risicoprofiel in navolging van de toepasselijke wettelijke bepalingen.

Artikel 10 – Uitkering van de verzekerde prestaties

10.1. Uitkering bij leven op einddatum

Enige tijd voor de einddatum van de verzekeringsovereenkomst, zal de maatschappij de begunstigde bij leven uitnodigen om volgende documenten over te maken aan de maatschappij:

- 1) kopie identiteitskaart van de begunstigde bij leven (indien natuurlijk persoon);
- 2) elk document waarvan de maatschappij het voorleggen nodig acht voor de afhandeling van het dossier, bijvoorbeeld een kopie van de identiteitskaart van de verzekerde (indien de verzekerde verschillend is van de begunstigde bij leven);
- 3) ondertekende uitkeringskwijting.

Binnen 30 dagen na ontvangst op de maatschappij van deze documenten, maar niet voor de einddatum van de verzekeringsovereenkomst, zal de waarde van de polis uitgekeerd worden.

Voor het tak 21-gedeelte is deze waarde gelijk aan de opgebouwde reserve op de einddatum van de verzekeringsovereenkomst, verhoogd met de verworven winstdeelname.

Voor het tak 23-gedeelte zal de waarde van de eenheden van het beleggingsfonds bepaald worden tegen de eerste valorisatie die bekend gemaakt wordt vanaf ten vroegste één bankwerkdag na ontvangst bij de maatschappij van de ondertekende regelingskwitantie, maar niet voor de einddatum van de verzekeringsovereenkomst.

De maatschappij kan door uitzonderlijke omstandigheden (zoals vermeld in het beheersreglement) de valorisatie van de waarde van de eenheden opschorten.

10.2. Uitkering bij overlijden voor de einddatum

Van zodra het overlijden gemeld wordt, zal aan de begunstigde(n) bij overlijden gevraagd worden om volgende documenten over te maken aan de maatschappij:

- 1) officieel uittreksel uit de overlijdensakte;
- 2) kopie van de identiteitskaart van de begunstigde(n) bij overlijden, indien deze met naam zijn aangeduid in de verzekeringsovereenkomst
OF een akte van erfopvolging (bij de notaris) of een attest van erfopvolging (bij de notaris of bij de ontvanger van het successiekantoor) indien de begunstigde(n) bij overlijden niet bij naam werden aangeduid in de verzekeringsovereenkomst;
- 3) elk document waarvan de maatschappij het voorleggen nodig acht voor de afhandeling van het dossier, bijvoorbeeld een getuigschrift over de doodsoorzaak, opgesteld door de maatschappij en volledig in te vullen door de geneesheer die de verzekerde gedurende zijn laatste ziekte en/of op het ogenblik van overlijden verzorgd heeft.

Na ontvangst van deze documenten op de maatschappij zal een uitkeringskwijting opgesteld en verstuurd worden naar de begunstigde(n). Binnen 30 dagen na ontvangst op de maatschappij van de ondertekende uitkeringskwijting(en) zal de verzekerde prestatie bij overlijden uitgekeerd worden.

Voor het tak 21-gedeelte is deze prestatie gelijk aan de opgebouwde reserve, verhoogd met de verworven winstdeelname, op de datum van het overlijden.

Voor het tak 23-gedeelte zal de waarde van de eenheden van het beleggingsfonds bepaald worden tegen de eerste valorisatie die bekend gemaakt wordt vanaf ten vroegste één bankwerkdag na de kennisgeving aan de maatschappij van het overlijden, tenzij de waarde van de eenheden volgend op de dag van het overlijden lager is, in welk geval deze lagere waarde uitgekeerd wordt.

De maatschappij kan door uitzonderlijke omstandigheden (zoals vermeld in het beheersreglement) de valorisatie van de waarde van de eenheden opschorten.

10.3. Uitkering bij afkoop

De verzekeringsnemer kan op elk ogenblik de polis gedeeltelijk of volledig afkopen door middel van een door hem gedateerd en ondertekend schrijven. Men kan deze afkoop beperken tot het tak 21-gedeelte of het tak-23 gedeelte of de afkoop spreiden over de twee polisdelen.

Bij gedeeltelijke afkoop uit zowel het tak 21-gedeelte als het tak 23-gedeelte, moet bij de aanvraag vermeld worden hoe de gedeeltelijke afkoop gespreid moet worden over de verschillende polisdelen. Bij gebrek aan een keuze zal de afkoop proportioneel worden gerekend over de verschillende delen.

Indien er aanvullende waarborgen aanwezig zijn in het contract dient er, bij gedeeltelijke afkoop uit het tak 21-gedeelte, minstens een saldo van 20% van de totale reserve over te blijven in het tak 21-gedeelte. Deze 20% wordt beoordeeld op de dag waarop de afkoop wordt geacteerd.

Bij volledige afkoop wordt de verzekeringsovereenkomst beëindigd door uitbetaling van de afkoopwaarde van de opgebouwde reserves. Bij afkoop van de polis binnen de maand volgend op een reductie, wordt het forfaitaire bedrag bedoeld in punt 8 bij de reserve gevoegd.

Indien de verzekeringsovereenkomst vóór de einddatum wordt afgekocht, wordt er een afkoopvergoeding afgehouden.

1) Afkoopvergoeding Pensioensparen en Jeugdplan

- Gedeelte Tak 21

Deze afkoopvergoeding is niet hoger dan het maximum van de volgende twee bedragen:

- 5 % berekend op de afkoopwaarde van het desbetreffende tak 21 gedeelte. Deze vergoeding neemt de laatste 5 jaar telkens af met 1% per jaar.
- een forfaitair bedrag van 75 EUR, geïndexeerd in functie van de gezondheidsindex der consumptieprijzen (basis 1988 = 100). Het indexcijfer dat in aanmerking moet worden genomen is dat van de tweede maand van het trimester dat de datum van afkoop voorafgaat.

- Gedeelte Tak 23

5 % berekend op de afkoopwaarde. Deze vergoeding neemt de laatste 5 jaar telkens af met 1% per jaar.

2) Afkoopvergoeding Langetermijnsparen

Er is geen afkoopvergoeding indien

- de opname gebeurt na de wettelijke pensioenleeftijd en op voorwaarde dat het contract al minstens 10 jaar loopt
- bij gedeeltelijke opname er minimaal 5.000 EUR wordt opgevraagd en het restsaldo van de polis bedraagt minimaal 5.000 EUR

In de andere gevallen bedraagt de afkoopvergoeding:

- Gedeelte Tak 21

Deze afkoopvergoeding is niet hoger dan het maximum van de volgende twee bedragen:

- 5 % berekend op de afkoopwaarde van het desbetreffende tak 21 gedeelte. Deze vergoeding neemt de laatste 5 jaar telkens af met 1% per jaar.
- een forfaitair bedrag van 75 EUR, geïndexeerd in functie van de gezondheidsindex der consumptieprijzen (basis 1988 = 100). Het indexcijfer dat in aanmerking moet worden genomen is dat van de tweede maand van het trimester dat de datum van afkoop voorafgaat.

- Gedeelte Tak 23

5 % berekend op de afkoopwaarde. Deze vergoeding neemt de laatste 5 jaar telkens af met 1% per jaar.

3) Afkoopvergoeding Niet-Fiscale contracten

- Gedeelte Tak 21

De afkoopvergoeding is niet hoger dan het maximum van de volgende twee bedragen:

- 5 % berekend op de afkoopwaarde van het desbetreffende tak 21 gedeelte. Deze vergoeding neemt de laatste 5 jaar telkens af met 1% per jaar.
- een forfaitair bedrag van 75 EUR, geïndexeerd in functie van de gezondheidsindex der consumptieprijzen (basis 1988 = 100). Het indexcijfer dat in aanmerking moet worden genomen is dat van de tweede maand van het trimester dat de datum van afkoop voorafgaat.

- Gedeelte Tak 23

Bij afkoop gedurende de eerste 3 jaar na de eerste premiebetaling wordt op de af te kopen reserve een degressieve afkoopkost aangerekend van 3% (eerste jaar), 2% (tweede jaar) en 1% (derde jaar).

Voor het tak 21-gedeelte wordt de afkoopwaarde berekend op de datum van ontvangst van de schriftelijke aanvraag.

Bij het tak 23-gedeelte zal de waarde van de eenheden bepaald worden tegen de eerste valorisatie die bekend gemaakt wordt vanaf ten vroegste één bankwerkdag na ontvangst bij de maatschappij van de aanvraag tot afkoop. De maatschappij kan door uitzonderlijke omstandigheden (zoals vermeld in het Beheersreglement) de opname van de waarde van de eenheden opschorten.

Na ontvangst van het verzoek tot afkoop zal de maatschappij de verzekeringsnemer uitnodigen om haar de volgende documenten over te maken:

- 1) kopie identiteitskaart van de verzekeringsnemer (indien natuurlijk persoon);
- 2) elk ander document waarvan de maatschappij het voorleggen mocht nodig achten, bijvoorbeeld akkoord met de afkoop van de verzekeringsovereenkomst vanwege de eventuele aannemende begunstigde;
- 3) ondertekende afkoopkwitantie.

Binnen 30 dagen na ontvangst op de maatschappij van deze documenten, zal de afkoopwaarde uitgekeerd worden.

10.4. Uitkering bij voorschot

Tenzij een wettelijke regeling zich ertegen verzet, kan de verzekeringsnemer op elk ogenblik een voorschot opnemen volgens de modaliteiten vermeld in het contract van voorschot.

Een voorschot kan enkel verkregen worden voor het tak 21-gedeelte.

Het maximaal toegestane voorschot is ten hoogste de afkoopwaarde, rekening houdend met eventuele wettelijke afhoudingen en, indien het een intrestbetalend voorschot betreft, verminderd met één jaar intrestvergoeding.

Het minimaal toegestane voorschot bedraagt 2.500 EUR voor een intrestbetalend voorschot en 10.000 EUR voor een voorschot zonder intrestbetaling.

Na ontvangst van de aanvraag tot afhouding van een voorschot, zal de maatschappij de verzekeringsnemer verzoeken haar de volgende documenten te bezorgen:

1. een kopie van de identiteitskaart van de verzekeringsnemer;
2. ieder ander document waarvan de maatschappij de voorlegging noodzakelijk acht;
3. het getekende contract van het voorschot.

Het netto bedrag van het voorschot zal worden gestort binnen de 30 dagen volgend op de ontvangst van deze documenten door de maatschappij.

10.5. Algemene bepalingen bij uitkering

Er wordt geen interest vergoed voor vertraging in uitbetaling ingevolge een omstandigheid onafhankelijk van de wil van de maatschappij.

Indien de maatschappij in het kader van een wettelijke verplichting overgaat tot onderzoek of het risico zich heeft voorgedaan, of de dekking verworven is, of de begunstigten moet opsporen, dan heeft zij het recht de hieraan verbonden kosten aan te rekenen en in te houden op de uitkering.

Artikel 11 – Specifieke bepalingen betreffende het tak 23-beleggingsfonds

11.1. Beheerskosten van het beleggingsfonds

De details over beheersvergoeding alsook de kosten welke uit het beheer van het fonds kunnen voortvloeien, zoals die van bewaring van effecten, administratie, jaarverslagen, publicaties, en dergelijke worden in het Beheersreglement vermeld.

Bovenstaande vergoedingen en kosten, vermeerderd met de eventuele belastingen, rechten en taksen geheven ten laste van het fonds, zijn verrekend in de inventariswaarde van het beleggingsfonds.

De maatschappij behoudt zich het recht voor om de beheersvergoeding te herzien zoals beschreven in het Beheersreglement.

11.2. Valorisatie van het beleggingsfonds

De maatschappij legt op elke valorisatiedag de inventariswaarde vast op basis van de netto-inventariswaarde van de componenten van het beleggingsfonds de bankwerkdag voordien.

De maatschappij mag de berekening van de waarde van de eenheden, en bijgevolg ook de beleggings-, afkoop- en overdrachtverrichtingen, voorlopig opschorten:

- wanneer een beurs of een markt, waar een aanzienlijk deel van de activa van het beleggingsfonds is genoteerd of wordt verhandeld, of een belangrijke wisselmarkt waarop deviezen, waarin de waarde van de netto-activa is uitgedrukt, worden genoteerd of verhandeld, gesloten is om een andere reden dan wettelijke vakantie of wanneer de transacties er opgeschort zijn of aan beperkingen worden onderworpen;
- wanneer de toestand zo ernstig is dat de fondsbeheerder de tegoeden en/of verplichtingen niet correct kan waarderen, er niet normaal kan over beschikken of dit niet kan doen zonder de belangen van de verzekeringsnemers of begunstigden van het fonds ernstig te schaden;
- wanneer de fondsbeheerder niet in staat is fondsen te transfereren of transacties te verwezenlijken tegen een normale prijs of wisselkoers of wanneer beperkingen zijn opgelegd aan de wisselmarkten of financiële markten;
- bij een substantiële opname van het fonds die meer is dan 80% van de waarde van het fonds of hoger is dan 1,25 miljoen EUR;

Als die opschorting voortduurt, licht de maatschappij de verzekeringsnemers via de pers of via enig ander geschikt geacht middel in. De aldus opgeschorte verrichtingen zullen uiterlijk de zevende bankwerkdag na het einde van deze opschorting worden uitgevoerd.

11.3. Vereffening of fusie van een beleggingsfonds

De maatschappij behoudt zich het recht voor om een of meer interne fondsen te vereffenen of te fusioneren, zoals beschreven in het beheersreglement.

In dat geval zult u de mogelijkheid hebben om, kosteloos, onder de voorwaarden die u op dat ogenblik zullen worden meegedeeld en mits eventuele fiscale heffingen, de inventariswaarde van dit inventariswaarde van dit intern fonds, ofwel over te dragen naar het tak 21-gedeelte of naar een of meer andere interne fondsen die wij u voorstellen, ofwel op te nemen.

Artikel 12 – Overdracht van de rechten bij overlijden van de verzekeringsnemer

Indien de polis onderschreven is door één verzekeringsnemer draagt hij bij zijn overlijden, voor zover de polis door dit overlijden niet volledig wordt uitgekeerd, al zijn rechten en plichten onverkort over aan de verzekerde (die hierdoor verzekeringsnemer wordt).

Indien de polis door 2 verzekeringsnemers onderschreven is, draagt de verzekeringsnemer die eerst overlijdt, voor zover de polis door dit overlijden niet volledig wordt uitgekeerd, zijn rechten en plichten onverkort over aan de andere verzekeringsnemer.

Van de bepalingen in dit punt kan afgeweken worden in de Bijzondere Voorwaarden.

Hoofdstuk 4. Omvang van de waarborg in geval van overlijden

Artikel 13 – Wereldwijde waarborg

Het overlijdensrisico is gewaarborgd over de hele wereld, ongeacht de oorzaak ervan onder voorbehoud van de bepalingen in dit hoofdstuk.

Artikel 14 – Uitgesloten risico's

Bij de in deze bepaling uitgesloten risico's betaalt de maatschappij de opgebouwde spaarreserve, berekend op de dag van het overlijden. De maatschappij zal echter geen enkel bedrag uitkeren aan die begunstigde die opzettelijk het overlijden van de verzekerde heeft veroorzaakt of ertoe aangespoord heeft.

14.1. Zelfmoord van de verzekerde

De zelfmoord van de verzekerde is slechts gewaarborgd indien die plaats heeft na het eerste jaar volgend op de datum van inwerkingtreding van de verzekeringsovereenkomst of van de terug in voege stelling van de verzekeringsovereenkomst. Voor iedere verhoging van de verzekerde prestaties bij overlijden is de zelfmoord gewaarborgd indien die plaats heeft na het eerste jaar volgend op de datum van inwerkingtreding van de nieuwe Bijzondere Voorwaarden of het bijvoegsel van de verhoging.

14.2. Opzettelijk feit

Het overlijden van de verzekerde veroorzaakt door een opzettelijke daad of op aansporen van een persoon die belang heeft bij de uitkering is niet gewaarborgd. Een opzettelijke daad is een daad die gesteld wordt met de bedoeling om letselschade toe te brengen aan de verzekerde.

Indien de begunstigde slechts aangewezen is voor een gedeelte van de verzekerde prestatie, wordt deze bepaling slechts toegepast op het overeenkomstig gedeelte van de verzekeringsovereenkomst.

14.3. Luchtvaart

Het overlijden van de verzekerde aan de gevolgen van een ongeval met een luchtvaartuig waarop hij inscheepte als passagier is niet gewaarborgd, wanneer het een toestel betreft:

- dat geen vliegvergunning heeft voor het vervoer van personen of goederen;
- van een luchtmacht; het overlijden wordt evenwel gewaarborgd 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".

14.4. Oproer

Er wordt geen waarborg verleend voor het overlijden als gevolg van oproer, burgerlijke onlusten, alle collectieve gewelddaden van politieke, ideologische of sociale aard, al of niet gepaard gaande met opstand tegen de overheid of tegen welke gevestigde macht ook, indien de verzekerde er op vrijwillige en actieve wijze deel aan heeft genomen.

14.5. Oorlog

Er wordt geen waarborg verleend voor het overlijden veroorzaakt noch door oorlog of gelijkaardige feiten, noch door burgeroorlog. Deze uitsluiting wordt tot ieder overlijden uitgebreid, van welke oorzaak ook, wanneer de verzekerde aan de vijandelijkheden actief deelneemt. Dit risico kan evenwel gewaarborgd worden door een bijzondere overeenkomst, mits verantwoording door de omstandigheden en instemming van de Autoriteit voor Financiële Diensten en Markten.

Artikel 15 – Bijzondere uitgaven

Er worden geen bijkomende kosten aangerekend voor bijzondere uitgaven veroorzaakt door toedoen van de verzekeringsnemer, van de verzekerde of van de begunstigde.

Hoofdstuk 5. Speciale clausules

De bepalingen van dit hoofdstuk zijn enkel van toepassing indien ze uitdrukkelijk vermeld zijn in de Bijzondere Voorwaarden.

Artikel 16 – Indexatie

De verzekeringsnemer heeft het recht om de verzekeringsovereenkomst eenmaal per jaar aan te passen aan de economische evolutie. Voor de bepaling van de verhoging van de spaarreserve ten gevolge van de indexatie van de premie wordt rekening gehouden met de tarieven in voege bij de maatschappij op datum van de verhoging, evenals de leeftijd van de verzekerde en de nog te lopen duur van de verzekeringsovereenkomst op het ogenblik van aanpassing. De maatschappij kan een voorstel tot indexatie aanbieden. De verzekeringsnemer kan dit voorstel steeds weigeren.

Artikel 17 – Aanvullende ongevalverzekering

17.1. Waarborgen

De maatschappij verbindt er zich toe de in de Bijzondere Voorwaarden verzekerde prestaties uit te keren ingeval de verzekerde het slachtoffer wordt van een lichamelijk ongeval. Als ongeval wordt uitsluitend aanzien iedere plotselinge en abnormale gebeurtenis die veroorzaakt wordt door een van buiten komende kracht. Voor zover het overlijden van de verzekerde rechtstreeks het gevolg is van een ongeval en zich voordoet binnen één jaar na het ongeval, betaalt de maatschappij de verzekerde prestatie aan de begunstigde bij overlijden.

Bij volledige en bestendige invaliditeit van de verzekerde wordt de verzekerde prestatie uitbetaald aan de begunstigde bij leven. De bestendige invaliditeit zal vastgesteld worden na heling van de letsels en ten laatste één jaar na het ongeval.

De graad van de bestendige invaliditeit voortvloeiend uit een gewaarborgd ongeval dient uitsluitend in België vastgesteld te worden. Dit gebeurt op basis van de Europese Schaal ter bepaling van de graad van lichamelijke en geestelijke invaliditeit. Daarbij zal geen rekening gehouden worden met het uitgeoefende beroep. Een bestendige invaliditeit van 67 % of meer wordt als volledig beschouwd.

17.2. Beperkingen van de waarborgen

De verzekering waarborgt niet:

- a. ziekten, ook diegene die een uitwendige oorzaak hebben;
- b. gevolgen van de invloed van het klimaat. De ongevallen veroorzaakt door bliksem en de verzwaren van de letsels van een gewaarborgd ongeval door de invloed van het klimaat, zijn echter gewaarborgd;
- c. ongevallen veroorzaakt of mogelijk geworden door ziekte, ziekelijke toestand of gebrekkigheid, of door een andere abnormale lichaams- of geestesgesteldheid van de verzekerde;
- d. de zelfmoord of de poging tot zelfmoord van de verzekerde.

Gelden niet als een gewaarborgd ongeval, de ongevallen die ontstaan, bevorderd of verergerd worden door de grove schuld van de verzekerde, de verzekeringsnemer, de begunstigde of ieder ander persoon die belang heeft bij de uitkering.

Als grove schuld wordt in aanmerking genomen:

- elke daad gesteld met opzet of met goedvinden van de verzekerde, de verzekeringsnemer, de begunstigde of een ander persoon die belang heeft bij de uitkering;
- elke deelname aan misdrijven, wantoestanden of vechtpartijen al dan niet het gevolg zijnde van provocerend gedrag of twist, met uitzondering van de gevallen van wettige zelfverdediging;
- kennelijk roekeloze daden, behalve bij redding van personen of goederen; zelfverminking alsook alle behandelingen of bewerkingen die de verzekerde op zichzelf zou toepassen, behalve de daden van normale persoonlijke verzorging;
- het onder invloed zijn van alcoholische drank of verdovende middelen of van geneesmiddelen, behalve indien er geen oorzakelijk verband bestaat tussen deze toestand en het schadegeval.

De verzekering waarborgt niet de ongevallen:

- a. mogelijk geworden door oorlog of een daarmee overeenstemmende toestand;
- b. die direct of indirect het gevolg zijn van oproer of gewelddaden, behalve wanneer kan aangetoond worden dat de verzekerde hieraan niet actief deelnam of dat hij zich in staat van wettelijke zelfverdediging bevond;
- c. als gevolg van een ramp te wijten aan de nucleaire radioactiviteit;
- d. gebeurd tijdens of als gevolg van een medische of heelkundige behandeling, tenzij die het gevolg is van een verzekerd ongeval;
- e. veroorzaakt door misbruik van alcohol, verdovende middelen of geneesmiddelen, eender welke vorm van toxicomanie of alcoholisme;
- f. veroorzaakt door werken op grote hoogten (meer dan vijftien meter).

17.3. Uitbreidingen van de waarborg

a. Euthanasie

De verzekering waarborgt het overlijden van de verzekerde in gevolge de euthanasie toegepast wegens een zware en ongeneeslijke aandoening die het rechtstreekse gevolg is van een ongeval dat gewaarborgd is in deze verzekeringsovereenkomst. Het overlijden in gevolge euthanasie dat niet voldoet aan deze voorwaarden valt buiten de waarborg.

b. Bijzondere risico's

Mits uitdrukkelijk bedongen in de Bijzondere Voorwaarden, waarborgt de verzekering eveneens:

1. het gebruik van machines, andere dan de gebruikelijke huishoudelijke en knutseltoestellen;
2. kennelijk gevaarlijke beroepsactiviteiten zoals onder meer maar niet uitsluitend bouw- of afbraakwerken, afdalen in mijnen of groeven, alle werkzaamheden te water of onder water, het gebruik of behandelen van bijtende producten en het snoeien of vellen van hoogstammige bomen;

3. het gebruik van luchtvaartuigen, behalve reizen ondernomen als betalend passagier van een vliegtuig of helikopter ingericht om personen te vervoeren;
4. de bezoldigde beoefening van om het even welke sporttak, met inbegrip van de voorbereidende oefeningen hierop;
5. de beoefening van alle gevechtssporten en van andere gevaarlijke sporten zoals onder meer maar niet uitsluitend: sport- of zweefvliegen, deltaplane, sprongen vanaf grote hoogten, alpinisme, bobslee, skeleton, skispringen, skiën in competitie, hindernisspringen te paard, paardenkoersen, polo, speleologie, onderzeese verkenningstochten, diepzeeduiken, rafting, rugby, jachtsport;
6. het gebruik, als bestuurder, passagier of bemanningslid van elk voertuig van welke aard ook, dat deelneemt aan sportproeven, - competities of – wedstrijden , of aan de voorbereiding ervan.

17.4. Beperkingen van de vergoeding

Bij het vaststellen van de graad van de invaliditeit zal alleszins in mindering worden gebracht het percentage te wijten aan reeds vóór het ongeval bestaande invaliditeit of aan ziekten of ziekelijke toestanden.

Wanneer de graad van de bestendige invaliditeit kan verminderd worden door een heelkundige ingreep, een speciale behandeling of het dragen van een prothese en de verzekerde weigert zich hieraan te onderwerpen, kan de maatschappij de uitkering beperken ten belope van het door haar geleden nadeel.

De verzekerde prestaties bij overlijden en bestendige invaliditeit mogen nooit worden samengevoegd.

17.5. Territoriale waarborg

De verzekering geldt over de gehele wereld, voor zover de verzekerde zijn woonplaats en zijn gebruikelijke verblijfplaats in België heeft. Bij een bestendige invaliditeit voortvloeiend uit een gewaarborgd ongeval wordt de waarborg in het buitenland slechts verleend voor zover de maatschappij de nodige medische en feitelijke controle kan uitoefenen. Op verzoek van de maatschappij moet de verzekerde zich voor medisch onderzoek aanbieden bij een geneesheer in België.

17.6. Verplichtingen

§1. Bij ongeval

Elk ongeval met dodelijke afloop moet binnen vierentwintig uur door de begunstigden worden gemeld, hetzij per telefoon, e-mail of telefax. Bij laattijdige aangifte kan de maatschappij haar tussenkomst verminderen met het door haar geleden nadeel, tenzij het bewijs wordt geleverd dat de aangifte van het schadegeval zo snel dit redelijkerwijs mogelijk was, werd ingediend.

De maatschappij kan bijkomende inlichtingen vragen of op haar kosten een autopsie laten uitvoeren. In voorkomend geval zal de maatschappij de resultaten afwachten alvorens een standpunt in te nemen over het al dan niet gewaarborgd zijn van de schade. Indien aan één van deze verplichtingen niet voldaan wordt, kan de maatschappij haar tussenkomst verminderen met het door haar geleden nadeel.

Elk ongeval dat een volledige bestendige invaliditeit kan veroorzaken moet door de verzekerde, verzekeringsnemer of begunstigde binnen acht dagen aan de maatschappij aangegeven worden per aangetekende brief. Deze aangifte dient gestaafd te worden door een gedetailleerd attest van de behandelende geneesheer dat door de verzekerde aan de raadsgeneesheer wordt bezorgd. De aangifte zal nog worden aanvaard indien zij om een geldige reden later wordt gedaan, maar dit op zijn laatst één jaar na het ongeval.

Alle maatregelen om de genezing te bespoedigen dienen onmiddellijk getroffen te worden. Zodra zijn toestand het toelaat, is de verzekerde verplicht gevolg te geven aan iedere oproep van de medisch adviseur van de maatschappij.

§2. Bij gebrekkigheid of ernstige ziekte

Indien de verzekerde getroffen wordt door een gebrekkigheid of ernstige ziekte, dient dit zo spoedig mogelijk aan de maatschappij te worden gemeld per aangetekende brief.

17.7. Duur van de verzekering

1. De verzekering kan op ieder moment onafhankelijk van de hoofdverzekering worden stopgezet.
2. De verzekering eindigt van rechtswege op het ogenblik dat de hoofdverzekering een einde neemt door afkoop, overlijden, vernietiging, uitloop of reductie. Zij heeft geen afkoopwaarde.

3. De verzekering eindigt van rechtswege ten laatste op de wettelijke pensioenleeftijd van de verzekerde.
4. De maatschappij kan de verzekering opzeggen wanneer de verzekerde niet langer zijn woonplaats of gebruikelijke verblijfplaats in België heeft.

17.8. Wijziging van het tarief en de voorwaarden

Wanneer de maatschappij een tariefwijziging doorvoert, kan de verzekeringsnemer de verzekeringsovereenkomst opzeggen. De tariefwijziging wordt medegedeeld ten minste 4 maanden voor de jaarlijkse vervalddag van de verzekeringsovereenkomst en kan binnen de maand na de kennisgeving opgezegd worden met een aangetekende brief. Indien de tariefwijziging binnen de 4 maanden voor de jaarlijkse vervalddag wordt meegedeeld, dan kan de verzekeringsnemer opzeggen binnen een termijn van drie maanden na de kennisgeving.

Artikel 18 – Aanvullende verzekeringen arbeidsongeschiktheid II en/of I2

18.1. Waarborgen

Premieteruggave I1

De maatschappij verbindt er zich toe over te gaan tot de in de Bijzondere Voorwaarden verzekerde premieteruggave I1 wanneer de verzekerde wegens ziekte of ongeval een arbeidsongeschiktheid oploopt, waarvan de duur de overeengekomen eigen-risicotermijn overschrijdt. De begunstigde van de premieteruggave I1 is de verzekeringsnemer.

Jaarlijkse rente I2

Wanneer de verzekerde wegens ziekte of ongeval een arbeidsongeschiktheid oploopt waarvan de duur de overeengekomen eigen-risicotermijn overschrijdt, keert de maatschappij de in de Bijzondere Voorwaarden bepaalde jaarrente I2 uit met als doel het door de verzekerde geleden inkomstenverlies te vergoeden.

De verzekerde jaarrente bedraagt maximaal 100 % van het jaarlijks beroepsinkomen, verminderd met de verzekerde bedragen van andere (wettelijke of aanvullende) arbeidsongeschiktheidsdekkingen die voorzien in een uitkering in geval van arbeidsongeschiktheid.

De begunstigde van de jaarlijkse rente I2 is de verzekeringsnemer.

Ziekte

Iedere aantasting van de gezondheid door een andere oorzaak dan een ongeval en vastgesteld door een arts die wettelijk gemachtigd is in België zijn praktijk uit te oefenen.

Ongeval

Plotse en onvoorzienbare gebeurtenis, onafhankelijk van de wil van de verzekerde en/of iedere andere persoon die bij de verzekering belang heeft, waarbij de verzekerde, met onmiddellijke uitwerking, een geneeskundig vast te stellen lichamelijk letsel oploopt te wijten aan een uitwendige oorzaak.

Arbeidsongeschiktheid

De gedeeltelijke of volledige ongeschiktheid om beroepswerkzaamheden te verrichten in gevolge de aantasting van de fysieke of psychische integriteit van de verzekerde. Arbeidsongeschiktheid wordt vastgesteld op medische gronden.

Eigen-risicotermijn

Periode tijdens dewelke geen uitkering plaatsvindt voor een gewaarborgde arbeidsongeschiktheid.

Om recht te verkrijgen op de verzekerde prestaties en om dat recht te behouden, moet de arbeidsongeschiktheid minstens 25% bedragen. De verdere verwijzing naar de fysiologische ongeschiktheid dient enkel om het bedrag van de toe te kennen uitkering te bepalen.

De verzekerde prestaties worden uitgekeerd in verhouding tot de arbeidsongeschiktheidsgraad. Deze zal niet lager zijn dan de graad van fysiologische ongeschiktheid, tenzij anders vermeld in de Bijzondere Voorwaarden.

Een fysiologische ongeschiktheid of een arbeidsongeschiktheid van 67% of meer, wordt gelijkgesteld met een ongeschiktheid van 100%.

Bij het ingaan van de verzekerde prestaties verkrijgt de verzekeringsnemer eveneens het recht op proportionele terugbetaling van de premie van de aanvullende verzekering arbeidsongeschiktheid.

De graad van de fysiologische ongeschiktheid dient uitsluitend in België vastgesteld te worden. Hij wordt bepaald bij medische beslissing onder verwijzing naar de Europese Schaal ter bepaling van de graad van lichamelijke en geestelijke invaliditeit.

De arbeidsongeschiktheidsgraad wordt eveneens vastgesteld door de betrokken geneesheren, tijdens het eerste jaar arbeidsongeschiktheid evenredig aan het verlies van de fysieke of psychische geschiktheid van de verzekerde tot het uitoefenen van de beroepsactiviteiten van de verzekerde vermeld in de Bijzondere Voorwaarden van de verzekeringsovereenkomst. Vanaf het tweede jaar wordt de arbeidsongeschiktheidsgraad uitsluitend vastgesteld evenredig aan het verlies van de fysieke of psychische geschiktheid van de verzekerde tot het uitoefenen van om het even welke beroepsactiviteit die overeenstemt met zijn sociale toestand, met zijn kennis en vaardigheden. Andere economische criteria worden niet in aanmerking genomen.

18.2. Eigen-risicotermijn

Voor elke vergoedbare periode van arbeidsongeschiktheid wordt een eigen-risicotermijn vastgesteld waarvan de duur in de Bijzondere Voorwaarden is vastgelegd.

De eigen-risicotermijn begint op de dag die door de artsen wordt aangeduid als die van de aanvang van de arbeidsongeschiktheid. De arbeidsongeschiktheid ondergaan vóór het verstrijken van de eigen-risicotermijn wordt niet vergoed. Er zal nooit een nieuwe eigen-risicotermijn worden toegepast na het einde van een vorige arbeidsongeschiktheidsperiode waarover vergoeding werd uitgekeerd:

- wanneer bij de verzekerde binnen de 3 maanden een arbeidsongeschiktheid optreedt ten gevolge van een reeds vroeger gewaarborgd ongeval of ziekte;
- bij verwijdering van osteosynthesemateriaal, d.w.z. mechanische hulpmiddelen, zoals schroeven, platen, nagels of metaaldraden waarmee heelkundige breukfragmenten van beenderen aan elkaar worden gezet.

18.3. Uitkering van de verzekerde prestaties

Bij een arbeidsongeschiktheid vanaf 67% wordt aan de begunstigde per dag 1/365ste deel van de verzekerde prestatie toegekend. Bij een arbeidsongeschiktheid van minder dan 67% is de uitgekeerde prestatie evenredig aan de arbeidsongeschiktheidsgraad.

Bij een aanspraak op uitkering wordt vastgesteld of de verzekerde jaarrente de maximale dekking zoals hiervoor bepaald overschrijdt. Bij overschrijding wordt de verzekerde rente verminderd tot deze maximale dekking.

Ingeval van vermindering van de jaarrente bij schade, betaalt de maatschappij aan de verzekeringsnemer het gedeelte van de premie terug dat te veel werd betaald gedurende maximum een jaar voorafgaand aan de maand waarin werd vastgesteld dat de verzekerde rente te hoog is.

Als blijkt dat de verzekerde jaarrente lager is dan de hierboven omschreven maximale dekking, dan wordt de uitkering in ieder geval bepaald op basis van die jaarrente.

De prestatie is betaalbaar per maand voor het eerst dertig dagen na het verstrijken van de eigen-risicotermijn. De uitkering houdt op met een proportionele regeling in functie van het aantal kalenderdagen aan het einde van de arbeidsongeschiktheid die recht geeft op uitkering en op zijn laatst wanneer de verzekeringsperiode is afgesloten of de polis vernietigd wordt. In ieder geval vervalt het recht op uitkering van zodra de verzekerde een wettelijk pensioen ontvangt, zelfs indien de eigenlijke pensioenrechten om eender welke reden tijdelijk werden geschorst.

18.4. Beperkingen van de waarborgen

1. Zijn niet in de waarborg begrepen, de arbeidsongeschiktheden die ontstaan, bevorderd of verergerd worden door de grove schuld van de verzekerde, de verzekeringsnemer, de begunstigde of ieder ander persoon die belang heeft bij de uitkering.

Als grove schuld wordt in aanmerking genomen:

- elke daad gesteld met opzet of met goedvinden van de verzekerde, de verzekeringsnemer, de begunstigde of een ander persoon die belang heeft bij de uitkering;
- elke deelname aan misdrijven, wantoestanden of vechtpartijen al dan niet het gevolg zijnde van provocerend gedrag of twist, met uitzondering van de gevallen van wettige zelfverdediging;
- kennelijk roekeloze daden, behalve bij redding van personen of goederen; zelfverminking alsook alle behandelingen of bewerkingen die de verzekerde op zichzelf zou toepassen, behalve de daden van normale persoonlijke verzorging;
- het onder invloed zijn van alcoholische drank of verdovende middelen of van geneesmiddelen, behalve indien er geen oorzakelijk verband bestaat tussen deze toestand en het schadegeval.

2. Zijn evenmin in de waarborg begrepen, de arbeidsongeschiktheden die ontstaan, bevorderd of verergerd worden door:

- elke poging tot zelfmoord van de verzekerde;
- subjectieve stoornissen zonder objectieve symptomen of zonder medisch aantoonbare ondergrond;
- psychische stoornissen.

De volgende limitatieve lijst van psychische aandoeningen valt echter binnen de waarborg indien de diagnose gesteld is door een erkend psychiater en voldoet aan de criteria voorzien in de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (= DSM-V) of zijn latere versies:

- majeure depressie,
- bipolaire stoornis,
- psychotische stoornis,
- schizofrenie,
- gegeneraliseerde angststoornis,
- dissociatieve stoornis,
- obsessief-compulsieve stoornis,
- anorexia
- boulimia nervosa.

Indien de verzekerde, wegens CVS (chronisch vermoeidheidssyndroom) of fibromyalgie, een arbeidsongeschiktheid oploopt, wordt de rente uitgekeerd gedurende maximum 700 dagen, cumulatief geteld over de looptijd van de verzekeringsovereenkomst.

- esthetische ingrepen, van welke aard ook;
- een ramp te wijten aan de nucleaire radioactiviteit;
- oorlog of een daarmee overeenstemmende toestand;
- oproer of gewelddaden (direct of indirect), behalve wanneer kan aangetoond worden dat de verzekerde hieraan niet actief deelnam of dat hij zich in staat van wettelijke zelfverdediging bevond;
- het hanteren van wapens en springstoffen of deelname aan militaire prestaties;
- misbruik van alcohol, verdovende middelen of geneesmiddelen, eender welke vorm van toxicomanie of alcoholisme;
- werken op grote hoogten (meer dan vijftien meter).

18.5. Uitbreidingen van de waarborg

a. Zwangerschap en bevalling

Indien de verzekerde ten gevolge van een zwangerschap of bevalling meer dan 3 maanden na de bevalling geheel of gedeeltelijk ongeschikt is op fysieke of psychische gronden om zijn beroepswerkzaamheden te verrichten, verleent de maatschappij de waarborg vanaf de vierde maand na de bevalling.

Een *pathologische zwangerschap* is, onverminderd de bepalingen in verband met de eigen - risicotermijn, wel onmiddellijk gewaarborgd, voor zover de stopzetting of vermindering van de werkzaamheden niet het gevolg is van *ongezonde werkzaamheden*.

Pathologische zwangerschap

De zwangerschapsverwikkelingen, zowel uit hoofde van de verzekerde als van haar foetus, ten gevolge van een ziekelijke of afwijkende toestand.

Ongezonde werkzaamheden

Werkzaamheden met blootstelling aan een beroepsrisico waardoor een al dan niet potentieel gevaar optreedt voor moeder en/of foetus zoals erkend in de wettelijke regeling op de moederschapsbescherming. Deze werkzaamheden omvatten onder meer:

- werkzaamheden met scheikundige stoffen;
- werkzaamheden met infectieuze agentia;
- werkzaamheden met ioniserende stralingen;
- werkzaamheden met cytostatica (zoals bv. bij anti-kankermiddelen);
- werkzaamheden met tillen van lasten;
- werkzaamheden in hoge temperaturen;
- werkzaamheden met nachtarbeid;

b. Bijzondere risico's

Mits uitdrukkelijk bedongen in de Bijzondere Voorwaarden, waarborgt de verzekering eveneens:

1. kennelijk gevaarlijke beroepsactiviteiten zoals onder meer maar niet uitsluitend bouw- of afbraakwerken, afdalen in mijnen of groeven, alle werkzaamheden te water of onder water, het gebruik of behandelen van bijtende producten en het snoeien of vellen van hoogstammige bomen;
2. het gebruik van luchtvaartuigen, behalve reizen ondernomen als betalend passagier van een vliegtuig of helikopter ingericht om personen te vervoeren;
3. de bezoldigde beoefening van om het even welke sporttak, met inbegrip van de voorbereidende oefeningen hierop;
4. de beoefening van alle gevechtssporten en van andere gevaarlijke sporten zoals onder meer maar niet uitsluitend: sport of zweefvliegen, deltaplane, sprongen vanaf grote hoogten, alpinisme, bobslee, skeleton, skispringen, skiën in competitie, hindernisspringen te paard, paardenkoersen, polo, speleologie, onderzeese verkenningstochten, diepzeeduiken, rafting, rugby, jachtsport;
5. het gebruik, als bestuurder, passagier of bemanningslid van elk voertuig van welke aard ook, dat deelneemt aan sportproeven, - competities of - wedstrijden, of aan de voorbereiding ervan.

18.6. Vaststelling van de vergoeding

De omvang van de vergoeding en de periode waarover zij wordt toegekend, worden vastgesteld en meegedeeld aan de verzekerde op basis van de medische en feitelijke gegevens die ter beschikking staan van de maatschappij. De verzekerde levert op verzoek van de maatschappij de nodige bewijsstukken van zijn beroepsinkomsten.

De verzekerde wordt geacht deze grondslagen als juist te aanvaarden, tenzij hij binnen 30 dagen na ontvangst van de mededeling door de maatschappij, aan haar zijn gemotiveerde bezwaren heeft kenbaar gemaakt.

Te allen tijde hebben zowel de verzekerde als de maatschappij het recht de arbeidsongeschiktheidsgraad aan een herziening te onderwerpen.

18.7. Territoriale waarborg

De waarborg geldt over de gehele wereld, voor zover de verzekerde bij de aanvang van de arbeidsongeschiktheid zijn woonplaats en zijn gebruikelijke verblijfplaats in België heeft. De waarborg wordt in de loop van de arbeidsongeschiktheid in het buitenland slechts verleend voor zover de maatschappij de nodige medische en feitelijke controle kan uitoefenen. Op verzoek van de maatschappij moet de verzekerde zich voor medisch onderzoek aanbieden bij een geneesheer in België.

18.8. Aangifte

De verzekerde, de verzekeringsnemer of ieder ander persoon die belang heeft bij de uitkering moet iedere ziekte of ongeval waardoor een arbeidsongeschiktheid wordt veroorzaakt of zou kunnen worden veroorzaakt aan de maatschappij aangeven, op het hiertoe door de maatschappij ter beschikking gestelde formulier, dit binnen 30 dagen na het begin van de ziekte of na het ongeval en in ieder geval zo spoedig als redelijkerwijze mogelijk is. Deze aangifte dient zo vlug mogelijk te worden gedaan met opgave van alle nodige gegevens. De verzekerde bezorgt de geneeskundige verklaringen van de behandelende arts aan de adviserende arts van de maatschappij, met vermelding van de oorzaken, aard, graad en vermoedelijke evolutie van de arbeidsongeschiktheid.

De aangifte zal nog worden aanvaard indien zij om een geldige reden later wordt gedaan, maar dit op zijn laatst één jaar na het begin van de ziekte of na het ongeval. Zo de maatschappij het bewijs levert dat zij door de laattijdigheid van de aangifte enig nadeel heeft geleden, zal de eigen-risicotermijn pas ingaan op de dag waarop de maatschappij effectief in kennis werd gesteld van de ziekte of ongeval.

18.9. Stopzetting van het beroep, wijziging beroep, inkomen of sociaal statuut

Meldingsplicht

De verzekeringsnemer of de verzekerde is verplicht de maatschappij vooraf te melden, wanneer:

- de verzekerde ophoudt zijn in de Bijzondere Voorwaarden vermelde beroep daadwerkelijk uit te oefenen;
- de verzekerde een ander beroep gaat uitoefenen;
- de aan het gemelde beroep verbonden werkzaamheden veranderen
- het inkomen van de verzekerde wijzigt
- het sociale zekerheidsstatuut van de verzekerde wijzigt

Gevolgen van de stopzetting van de beroepsactiviteit

Als de verzekerde ophoudt zijn beroep of bedrijf daadwerkelijk uit te oefenen om een andere reden dan omwille van een gewaarborgde economische arbeidsongeschiktheid, eindigt de verzekering.

Zodra de verzekerde een wettelijk pensioen ontvangt, eindigt de verzekering zelfs indien de eigenlijke pensioenrechten om eender welke reden tijdelijk werden geschorst.

Gevolgen van de wijziging van beroep of de eraan verbonden werkzaamheden, van sociaal statuut of bij blijvende wijziging van het inkomen

Als de wijzigingen in het beroep, het inkomen of het sociaal statuut een betekenisvolle invloed hebben op het risico en/of de kosten of de omvang van de verleende dekking kan de maatschappij de premie, de eigen-risicotermijn en de dekkingsvoorwaarden op redelijke en proportionele wijze aanpassen.

Indien zich een schadegeval voordoet voordat de verzekerde of de verzekeringsnemer de vermindering van het inkomen heeft gemeld, kan de maatschappij de gewaarborgde rente aanpassen overeenkomstig punt 18.3.

Indien zich een schadegeval voordoet zonder dat de wijzigingen in het beroep of het sociaal statuut werden gemeld, kan de maatschappij de gewaarborgde rente op redelijke en proportionele wijze aanpassen.

18.10. Duur van de verzekering

Huidige arbeidsongeschiktheidsverzekering wordt afgesloten tot de in de Bijzondere Voorwaarden vermelde eindvervaldag.

1. De verzekering eindigt ten laatste op de wettelijke pensioenleeftijd van de verzekerde.
 2. De verzekering kan op ieder moment onafhankelijk van de hoofdverzekering worden opgezegd.
 3. De maatschappij kan de verzekering slechts opzeggen:
 - bij wanbetaling van de premie;
 - wanneer de verzekerde zijn wettelijke hoofdverblijfplaats definitief in het buitenland heeft gevestigd;
 - ingeval van oververzekering, voor zover de verzekerde geen arbeidsongeschiktheidsrente geniet;
 - bij veroordeling van de verzekeringsnemer of verzekerde tot een straf van vrijheidsberoving wegens een opzettelijk gepleegd misdrijf;
 - ingeval van faillissement, concordaat, gerechtelijke vereffening van de verzekeringsnemer of verzekerde, of ingeval één van hen onder curatele wordt gesteld.
- De opzegging heeft pas uitwerking na het verstrijken van een termijn van ten minste 30 dagen te rekenen van de dag volgend op de afgifte ter post van een aangetekende brief zoals vermeld in punt 8.
4. Bovendien eindigt de verzekering van rechtswege:
 - wanneer zij haar einddatum heeft bereikt;
 - wanneer de verzekerde heeft opgehouden een beroep uit te oefenen, voor zover dit geen gevolg is van een vergoede arbeidsongeschiktheid;
 - op het ogenblik dat de hoofdverzekering een einde neemt door afkoop, overlijden, vernietiging of uitloop, alsook wanneer de hoofdverzekering gereduceerd wordt.

Zij heeft geen afkoopwaarde.

18.11. Medische opvolging

Onmiddellijk dienen alle maatregelen getroffen te worden om de genezing te bespoedigen. De verzekerde zal de door hem gekozen arts, telkens als dit nodig is, verzoeken de geneeskundige verklaringen aan hem af te leveren die voor het uitvoeren van de verzekeringsovereenkomst nodig zijn.

Bovendien is de maatschappij gemachtigd inlichtingen in te winnen bij de verzekerde en over te gaan tot de controlemaatregelen die zij nodig acht. Er dient gevolg te worden gegeven aan de oproep voor onderzoek bij de medische adviseur van de maatschappij, zelfs indien de verzekerde daartoe in een door de maatschappij aangewezen medische inrichting dient te worden opgenomen. De kosten van dit onderzoek zijn ten laste van de maatschappij.

De maatschappij dient zo spoedig mogelijk in kennis te worden gesteld van iedere wijziging in de toestand van de verzekerde. De aangifte ervan dient gestaafd te worden door een medisch attest, te bezorgen aan de raadgevende arts van de maatschappij.

18.12. Andere verzekeringen

Indien bij andere maatschappijen gelijkaardige waarborgen worden verzekerd, dient zulks onmiddellijk per aangetekend schrijven aan de maatschappij te worden gemeld. In dit geval heeft de maatschappij het recht de bedragen van de door haar verzekerde rente en premie dienovereenkomstig te verminderen. Alle rechten voor een hangende schade blijven behouden.

18.13. Wijziging van het tarief en de voorwaarden

Bij wederzijds akkoord

Op uitsluitend verzoek van de *verzekeringnemer* en met wederzijds akkoord van de partijen, kan de *maatschappij*, nadat de verzekeringsovereenkomst gesloten is, de technische grondslagen van de premie en de dekkingvoorwaarden wijzigen in het belang van de *verzekeringnemer*.

Indexering

De premie en de uitkering mogen door de *maatschappij* worden aangepast op de jaarlijkse hoofdvervaldag, op grond van het indexcijfer van de consumptieprijzen. De premie en de uitkering mogen eveneens worden aangepast op de jaarlijkse hoofdvervaldag, op grond van een of verschillende specifieke indexcijfers aan de kosten van de diensten die gedekt worden door de private ziekteverzekeringsovereenkomsten, indien en voor zover de evolutie van dat of deze het indexcijfer der consumptieprijzen overschrijdt.

Mededeling van tariefwijziging

Indien de *maatschappij* haar tarief wijzigt, past zij deze overeenkomst aan op de volgende jaarlijkse vervaldag. Zij stelt de *verzekeringnemer* van deze aanpassing in kennis minstens 4 maanden vóór die vervaldag. De *verzekeringnemer* mag evenwel de overeenkomst opzeggen binnen 30 dagen na de kennisgeving van de aanpassing. Als de kennisgeving later gebeurt, heeft de *verzekeringnemer* de mogelijkheid om de overeenkomst op te zeggen gedurende een periode van 3 maanden te rekenen vanaf de kennisgeving.

18.14. Mededeling van het risico door de verzekeringnemer en de verzekerde

Verklaringen bij het sluiten van de verzekeringsovereenkomst

De *verzekeringnemer* en de *verzekerde* hebben bij het sluiten van de verzekeringsovereenkomst de verplichting om alle hen bekende omstandigheden nauwkeurig mee te delen die zij redelijkerwijs moeten beschouwen als gegevens die van invloed kunnen zijn op de beoordeling van het risico door de *maatschappij*. Indien op sommige schriftelijke vragen van de *maatschappij* niet wordt geantwoord en de *maatschappij* toch de verzekeringsovereenkomst heeft gesloten, kan zij zich, behalve in geval van bedrog, later niet meer op verzuim beroepen.

Opzettelijk verzwijgen of het opzettelijk onjuist meedelen

Wanneer het opzettelijk verzwijgen of het opzettelijk onjuist meedelen van gegevens over het risico de *maatschappij* misleidt bij de beoordeling van dat risico, is de verzekeringsovereenkomst nietig. De premies die vervallen zijn tot op het ogenblik waarop de *maatschappij* kennis heeft gekregen van het opzettelijk verzwijgen of het opzettelijk onjuist meedelen van gegevens, komen haar toe.

Niet opzettelijk verzwijgen of onjuist meedelen

De *maatschappij* kan zich niet beroepen op een onopzettelijk verzwijgen of onopzettelijk onjuist meedelen van gegevens, wanneer deze gegevens betrekking hebben op een ziekte of aandoening die zich op het ogenblik van het sluiten van de verzekeringsovereenkomst nog op geen enkele wijze had gemanifesteerd.

Wanneer het verzwijgen of het onjuist meedelen van gegevens niet opzettelijk geschiedt, stelt de *maatschappij*, binnen de termijn van 30 dagen te rekenen van de dag waarop zij van het verzwijgen of het onjuist meedelen van gegevens kennis heeft gekregen, voor de verzekeringsovereenkomst te wijzigen met uitwerking op de dag waarop zij kennis heeft gekregen van het verzwijgen of van het onjuist meedelen van gegevens.

Indien het voorstel tot wijziging van de verzekeringsovereenkomst door de *verzekeringnemer* wordt geweigerd of indien, na het verstrijken van de termijn van 30 dagen te rekenen vanaf de ontvangst van dit voorstel, dit laatste niet aanvaard wordt, kan de *maatschappij* de verzekeringsovereenkomst opzeggen binnen 15 dagen.

Nochtans kan de *maatschappij*, indien zij het bewijs levert dat zij het risico nooit zou hebben verzekerd, de verzekeringsovereenkomst opzeggen binnen de termijn van 30 dagen te rekenen van de dag waarop zij van het verzwijgen of het onjuist meedelen van gegevens kennis heeft gekregen.

Zodra een termijn van twee jaar verstreken is te rekenen van de aanvang van de verzekeringsovereenkomst, kan de *maatschappij* zich niet meer beroepen op het onopzettelijk verzwijgen of het onopzettelijk onjuist meedelen van gegevens door de *verzekeringnemer* of de *verzekerde*, wanneer deze gegevens betrekking hebben op een ziekte of aandoening waarvan de

symptomen zich op het ogenblik van het sluiten van de verzekeringsovereenkomst reeds hadden gemanifesteerd en deze ziekte of aandoening niet gediagnosticeerd werd binnen diezelfde termijn van twee jaar.

Artikel 19 – Algemene bepalingen aanvullende verzekeringen

19.1. Aanvang van de waarborg en betaling van de premie

De aanvullende verzekering vangt aan op hetzelfde tijdstip als de hoofdverzekering. De premie wordt betaald samen met de premie van de hoofdverzekering.

19.2. Verval van rechten

Er wordt verval van rechten opgelopen en de maatschappij is gerechtigd de terugbetaling te eisen van de onrechtmatig uitgekeerde vergoedingen en van de gemaakte kosten:

1. bij verzwaring van de gevolgen van een ziekte of ongeval met opzet of goedgevinden van de verzekeringsnemer, verzekerde of enig ander persoon die belang heeft bij de uitkering of indien een voorgeschreven medische behandeling niet werd gevolgd;
2. indien de verzekerde of de verzekeringsnemer de contractuele verplichting, hem opgelegd door punt 18.8 niet nakomt, en er hierdoor een nadeel ontstaat voor de maatschappij, kan de maatschappij ten belope van het door haar geleden nadeel haar prestaties verminderen

Indien de verzekerde of de verzekeringsnemer deze contractuele verplichting met bedrieglijk opzet niet is nagekomen kan de maatschappij haar dekking weigeren

Indien de verzekerde of de verzekeringsnemer de contractuele verplichting in punt 18.12 met bedrieglijk opzet niet naleeft, is de verzekeringsovereenkomst nietig en heeft de maatschappij, indien zij te goeder trouw handelt, het recht de geïnde premies te behouden als schadevergoeding.

19.3. Algemene voorwaarden hoofdverzekering

Behoudens uitdrukkelijke afbreuk hieraan zijn de aanvullende verzekeringen aan de Algemene en Bijzondere Voorwaarden van de hoofdverzekering onderworpen.

19.4. Betwisting

Betwistingen over medische aangelegenheden kunnen, mits wederzijdse instemming, worden beslecht in een minnelijke medische expertise, waarbij beide partijen elk een eigen geneesheer aanstellen. De door beide geneesheren aangestelde derde geneesheer zal slechts tussenkomen indien er geen akkoord is tussen eerstgenoemden. Iedere partij zal de honoraria en onkostenstaats regelen van de door haar aangestelde geneesheer. Het honorarium en de kosten van de derde geneesheer en van de gespecialiseerde onderzoeken zullen door beide partijen, elk voor de helft, worden gedragen. Op straf van nietigheid van hun beslissing mogen de geneesheren niet afwijken van de bepalingen van de polis en haar bijvoegsels.

Hoofdstuk 6. Terrorisme

Schade die veroorzaakt wordt door terrorisme is verzekerd overeenkomstig de Wet van 1 april 2007. Wij zijn hiervoor toegetreden tot de vzw TRIP (Terrorism Reinsurance and Insurance Pool). In het kader van deze wet werd een Comité opgericht dat bevoegd is voor de erkenning van de schadegevallen en de vaststelling van de uit te keren schadebedragen. Voor het geheel van onze verbintenissen aangaan ten opzichte van al onze verzekerden dekken wij, overeenkomstig de bepalingen van deze wet, gezamenlijk met alle andere verzekeringsondernemingen die lid zijn van de vzw TRIP en met de Belgische staat de door het Comité per kalenderjaar erkende schadegevallen tot een bedrag van 1 miljard euro. Dit bedrag wordt jaarlijks op 1 januari aangepast aan het indexcijfer van de consumptieprijzen met als basis het indexcijfer van december 2005.

De schade veroorzaakt door nucleaire wapens is altijd uitgesloten van dekking.

Onder terrorisme wordt verstaan: een clandestien georganiseerde actie of dreiging van actie met ideologische, politieke, etnische of religieuze bedoelingen, individueel of door een groep uitgevoerd, waarbij geweld wordt gepleegd op personen of de economische waarde van een materieel of immaterieel goed geheel of gedeeltelijk wordt vernield, ofwel om indruk te maken

op het publiek, een klimaat van onveiligheid te scheppen of de autoriteiten onder druk te zetten, ofwel om het verkeer of de normale werking van een dienst of een onderneming te belemmeren.

Voorkoming van de financiering van terrorisme – Nationale lijst van personen en entiteiten verdacht van terroristische daden:

Het KB van 28 december 2006 verbiedt eenieder om tegoeden of economische middelen direct of indirect ter beschikking te stellen van de personen en entiteiten die voorkomen op de Nationale lijst van personen en entiteiten verdacht van terroristische daden en vereist dat financiële instellingen deze tegoeden of economische middelen bevroren. Onverminderd de toepasselijke voorschriften inzake rapportering, vertrouwelijkheid en beroepsgeheim zijn financiële instellingen verplicht om onverwijld alle informatie die betrekking heeft op de bevroering van dergelijke tegoeden en economische middelen te verstrekken aan de Minister van Financiën.

Hoofdstuk 7. Rechtsmacht, toepasselijk recht en fiscale bepalingen

Artikel 20 – Rechtsmacht

Betwistingen tussen de partijen betreffende de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst vallen onder de bevoegdheid van de Belgische rechtbanken.

Artikel 21 – Toepasselijk recht en fiscale bepalingen

Op deze verzekeringsovereenkomst is het Belgisch recht van toepassing.

Alle huidige en toekomstige belastingen, rechten en taksen zijn ten laste van de verzekeringsnemer of van de begunstigde, naargelang het geval.

21.1. Premies

De wetgeving van de woonstaat van de verzekeringsnemer is toepasselijk op de fiscale en/of sociale lasten die eventueel op de premies worden gelegd. In voorkomend geval is de wetgeving van de woonstaat van de vestiging van de rechtspersoon voor wiens rekening de verzekeringsovereenkomst gesloten is van toepassing.

De fiscale wetgeving van de woonplaats van de verzekeringsnemer bepaalt de eventuele toekenning van de fiscale voordelen van de premies. In bepaalde gevallen kan de wetgeving van het land waar belastbare inkomsten verkregen worden, worden toegepast.

21.2. Prestaties

De op de inkomsten toepasselijke belastingen alsook eventuele lasten worden vastgelegd door de wet van de woonstaat van de begunstigde en/of door de wet van het land waar de belastbare inkomsten worden verkregen.

Wat de successierechten betreft, is de fiscale wetgeving van de woonstaat van de overledene en/of de wet van de woonstaat van de begunstigde van toepassing.

Hoofdstuk 8. Mededelingen

Artikel 22 – Kennisgevingen

De maatschappij bezorgt de verzekeringsnemer tenminste jaarlijks een overzicht met de stand van zijn verzekeringsovereenkomst.

De aan de verzekeringsnemer en de aannemende begunstigde te richten kennisgevingen geschieden geldig op hun meest recente aan de maatschappij meegedeelde adres. Elke kennisgeving van een partij aan de andere wordt geacht gedaan te zijn op de datum van afgifte ervan aan de post.

Artikel 23 – Verblijfplaats

Wanneer de verzekeringsnemer of de verzekerde zijn woonplaats of gebruikelijke verblijfplaats in het buitenland vestigt, dient hij de maatschappij hiervan in kennis te stellen.

Artikel 24 – Uitwisseling van fiscale inlichtingen

1° P&V Verzekeringen heeft zich geëngageerd om de Wet van 16 december 2015 met betrekking tot *de regeling van de mededeling van inlichtingen betreffende financiële rekeningen, door de Belgische financiële instellingen en de FOD Financiën, in het kader van een automatische uitwisseling van inlichtingen op internationaal niveau en voor belastingdoeleinden* (hierna “de Wet”) loyaal uit te voeren.

De Wet regelt de verplichtingen van de Belgische financiële instellingen (waaronder P&V Verzekeringen) en van de FOD Financiën met betrekking tot de inlichtingen die aan een bevoegde autoriteit van een ander rechtsgebied moeten medegedeeld worden in het kader van een automatische uitwisseling van inlichtingen betreffende welbepaalde verzekeringscontracten.

2° Om te voldoen aan deze Wet evenals de bijhorende verdragen dient P&V Verzekeringen onder meer:

- Gegevens te verzamelen over alle verzekeringsnemers die een onderworpen contract afsluiten om de rapporteerbare contracten te identificeren.
 - o Voor FATCA (“Foreign Account Taks Compliance Act”) geeft de hoedanigheid van “US Person” aanleiding tot de toepassing van de Wet;
 - o voor CRS (“Common Reporting Standard”) wordt gekeken naar de fiscale woonplaats van de verzekeringsnemer.
- De nodige procedures en normen van zorgvuldigheid te voorzien en uit te voeren om de verplichtingen betreffende identificatie en documentatie van de rapporteerbare financiële rekeningen na te leven;
- Jaarlijks aangifte te doen van verzekeringsnemers en hun reserves die op basis van de Wet aan de deelnemende landen (voor “CRS”) evenals aan de Verenigde Staten van Amerika (voor “FATCA”) moeten worden meegegeeld door de FOD Financiën;
- Vragen te beantwoorden die bij een controle op de naleving van de voormelde Wet zouden worden gesteld door de FOD Financiën.

3° De verzekeringsnemer aanvaardt dat P&V Verzekeringen de gevraagde persoonlijke gegevens en informatie over de betrokken contracten en de hierin opgenomen reserves zal doorgeven aan de FOD Financiën.

Zo nodig zullen op het moment van een uitkering ook de gegevens van eventuele andere begunstigten dan de verzekeringsnemer worden verzameld en worden doorgegeven aan de FOD Financiën.

4° De verzekeringsnemer verbindt er zich toe om in geval van relevante wijzigingen van de persoonlijke omstandigheden P&V Verzekeringen hiervan onmiddellijk op de hoogte te brengen. Deze relevante wijzigingen kunnen onder meer (maar niet uitsluitend) betrekking op een wijziging van: de naam; het correspondentie- of verblijfadres; de fiscale woonplaats of het land waar de verzekeringsnemer onderworpen is aan belasting op het inkomen evenals het (de) bijhorende fiscale identificatienummer(s); de zetel van fortuin; de nationaliteit; een telefoonnummer uitgereikt door een buitenlandse operator; een bankrekeningnummer uitgereikt door een buitenlandse financiële instelling; ... of bij twijfel elke andere informatie die mogelijk een impact zou kunnen hebben op de hoedanigheid van de betrokken verzekeringsnemer voor toepassing van deze Wet.

P&V Verzekeringen zal deze wijzigingen onderzoeken en zo nodig de betrokken contracten als rapporteerbaar aanmerken.

In geval van bijkomende vragen dient de verzekeringsnemer op verzoek van P&V Verzekeringen alle gegevens en stukken te verstrekken die volgens de Wet mogen worden opgevraagd. Voor verzekeringsnemers die (mogelijks) onderworpen zijn aan het FATCA-verdrag kunnen meer in het bijzonder de gekende formulieren W9 en W8-BEN worden opgevraagd evenals andere relevante bewijsstukken.

5° Indien de verzekeringsnemer verzaakt aan de voormelde bepalingen, kan P&V Verzekeringen een vraag om inlichtingen overmaken aan de verzekeringsnemer met een verzoek om de nodige gegevens binnen een in het verzoek aangegeven periode aan te leveren.

Indien de verzekeringsnemer niet overgaat tot het verstrekken van de gevraagde gegevens, behoudt P&V Verzekeringen zich het recht voor om het contract als rapporteerbaar aan te merken.

Artikel 25 – Politiek prominente personen

De wet tot voorkoming van het witwassen van geld en de financiering van terrorisme en tot beperking van het gebruik van contanten verplicht verzekeringsondernemingen om over procedures te beschikken die de identificatie mogelijk maken van

hun klanten (de verzekeringsnemer en, voor de rechtspersonen, de uiteindelijke begunstigen en de lasthebbers) en de begunstigen van de overeenkomsten (in voorkomend geval hun uiteindelijke begunstigen als de begunstigde een rechtspersoon is) die politiek prominente personen (PPP) zijn, familieleden van PPP's of personen bekend als naaste geassocieerden van PPP's.

De wet definieert PPP's als volgt: een natuurlijke persoon die een prominente publieke functie bekleedt of bekleed heeft, en met name:

- a) staatshoofden, regeringsleiders, ministers en staatssecretarissen;
- b) parlementsleden of leden van soortgelijke wetgevende organen;
- c) leden van bestuurslichamen van politieke partijen;
- d) leden van hooggerechtshoven, grondwettelijke hoven of van andere hoge rechterlijke instanties, met inbegrip van administratieve rechterlijke instanties, die arresten wijzen waartegen geen beroep openstaat, behalve in uitzonderlijke omstandigheden;
- e) leden van rekenkamers of van raden van bestuur van centrale banken;
- f) ambassadeurs, consuls, zaakgelastigden en hoge officieren van de strijdkrachten;
- g) leden van het leidinggevend, toezichthoudend of bestuurslichaam van overheidsbedrijven;
- h) bestuurders, plaatsvervangend bestuurders en leden van de raad van bestuur of bekleeders van een gelijkwaardige functie bij een internationale organisatie.

Onder "familieid" verstaat de wet:

- a) de echtgenoot of een persoon die als gelijkwaardig met de echtgenoot wordt aangemerkt;
- b) de kinderen en de echtgenoten van die kinderen of de personen die als gelijkwaardig met de echtgenoot worden aangemerkt;
- c) de ouders.

EN voor de "personen bekend als naaste geassocieerden":

- a) de natuurlijke personen die, samen met een politiek prominente persoon, de uiteindelijke begunstigen zijn van een entiteit bedoeld in de bepaling onder 27°, a), b), c), of d) van artikel 4 van de wet of waarvan bekend is dat zij met een politiek prominente persoon andere nauwe zakelijke relaties hebben;
- b) de natuurlijke personen die als enige de uiteindelijke begunstigen zijn van een entiteit bedoeld in de bepaling onder 27°, a), b), c) of d) van artikel 4 van de wet waarvan bekend is dat deze in feite werd opgericht ten behoeve van een politiek prominente persoon.

Verplichting van de verzekeringsnemer:

Bij de opdracht tot verzekering verbindt de verzekeringsnemer zich ertoe mee te delen of hij, volgens de definitie opgenomen in de wet (zie hoger), beschouwd wordt als een politiek prominente persoon, een familieid van PPP's of een persoon bekend als naaste geassocieerde van PPP's. Die verplichting wordt uitgebreid tot de andere betrokken personen, met name de rechtspersonen, de uiteindelijke begunstigen, de lasthebbers en de begunstigen van de overeenkomsten (in voorkomend geval hun uiteindelijke begunstigen als de begunstigde een rechtspersoon is).

Door de algemene voorwaarden te aanvaarden, verbindt de verzekeringsnemer zich ertoe om de verzekeringsonderneming onmiddellijk op de hoogte te brengen mocht hijzelf, alsook de uiteindelijke begunstigde, de lasthebber en de begunstigde (en de uiteindelijke begunstigde van de begunstigde als het om een rechtspersoon gaat) in de loop van de overeenkomst politiek prominente persoon, familieid van PPP's of een persoon bekend als naaste geassocieerde van PPP's worden of niet meer als politiek prominente persoon, familieid van PPP's of persoon bekend als naaste geassocieerde van PPP's beschouwd worden.

Wettelijke vermeldingen

Algemene verordening met betrekking tot de gegevensbescherming

De maatschappij verbindt zich ertoe, als verwerkingsverantwoordelijke, om de persoonsgegevens te verwerken overeenkomstig de geldende privacywetgeving. Voor meer informatie wordt verwezen naar de klantenbrochure van de maatschappij of de website <https://www.vivium.be/privacy>

Mededeling van gegevens aan het centraal aanspreekpunt

Voor niet-fiscale levensverzekeringsovereenkomsten (met uitzondering van overlijdensverzekeringen), gesloten buiten het kader van de pensioenpijlers, is de maatschappij wettelijk verplicht volgende gegevens mee te delen aan het centraal aanspreekpunt (CAP), gehouden door de Nationale Bank van België (NBB), de Berlaimontlaan 14, 1000 Brussel: het bestaan of einde van een contractuele relatie met een klant, samen met de datum ervan en de identiteit van deze klant.

Het CAP verwerkt de gegevens onder meer voor fiscaal onderzoek, opsporing van strafbare inbreuken, bestrijding van het witwassen van geld en de financiering van terrorisme en zware criminaliteit, verzamelen van gegevens door de inlichtingen- en veiligheidsdiensten en door gerechtsdeurwaarders in het kader van beslag en voor notariële opzoeken in het kader van de aangifte van nalatenschappen, mits de door de wet opgelegde voorwaarden worden nageleefd.

De betrokkene heeft een recht tot inzage bij de NBB en kan bij de maatschappij onjuiste gegevens laten verbeteren of verwijderen. Het CAP bewaart deze gegevens gedurende 10 jaar. De NBB bewaart de lijst van de aanvragen om informatie van het CAP gedurende twee kalenderjaren.

Meer informatie hierover kan u terugvinden in de wet van 8 juli 2018 houdende organisatie van een centraal aanspreekpunt.

Klachten

Voor elke klacht met betrekking tot dit contract kan de verzekeringsnemer zich richten tot :

- de dienst Klachtenmanagement van VIVIUM, Koningsstraat 151, 1210 Brussel, tel: 02/250.90.60
E-mail: klacht@vivium.be,
- de Ombudsman van de Verzekeringen, de Meeûsplantsoen 35, 1000 Brussel, www.ombudsman.as.

Dergelijke klacht sluit de mogelijkheid om een gerechtelijke procedure te starten niet uit.

Oplichting

Elke oplichting of poging tot oplichting van de verzekeringsonderneming brengt niet alleen de nietigheid van de verzekeringsovereenkomst met zich mee, maar wordt ook strafrechtelijk vervolgd op grond van artikel 496 van het Strafwetboek.