

VITA FLEX 44

Algemene voorwaarden

INHOUDSTAFEL

1. DEFINITIES	4
2. ALGEMENE WERKING VAN DE OVEREENKOMST	4
2.1 INWERKINGTREDING EN PREMIEBETALING	4
2.2 VORMING VAN HET REKENINGTEGOED	5
2.3 WAARDE VAN HET REKENINGTEGOED / BELEGGINGSVORMEN	5
2.4 TECHNISCH DOSSIER	5
3. UITKERINGEN	5
3.1 KAPITAAL OP DE EVENTUELE EINDDATUM	5
3.2 KAPITAAL BIJ OVERLIJDEN	6
3.2.1 <i>Omschrijving van de dekking</i>	6
3.2.2 <i>Risicopremies voor de dekking 'supplementair kapitaal bij overlijden'</i>	6
3.2.3 <i>Draagwijdte van de dekking</i>	7
3.2.4 <i>Aangifte van het overlijden van de verzekerde</i>	8
3.2.5 <i>Diverse bepalingen</i>	8
4. RECHTEN VAN DE VERZEKERINGNEMER	10
4.1 ALGEMENE BEPALINGEN	10
4.2 OPZEGGING	10
4.3 WIJZIGING VAN BELEGGINGSREGELS EN SWITCH VAN BELEGGINGSVORM	10
4.3.1 <i>Wijziging van beleggingsregels en switch van beleggingsvorm</i>	10
4.3.2 <i>Mechanisme van 'dynamische risicobeperking'</i>	11
4.4 AANWIJZING, HERROEPING EN WIJZIGING VAN DE BEGUNSTIGDEN	11
4.5 AFKOOPT	11
4.6 VOORSCHOT EN INPANDGEVING	12
4.7 OVERDRACHT VAN RECHTEN	12
5. RECHTEN VAN DE BEGUNSTIGDE(N)	12
6. DIVERSE BEPALINGEN	13
6.1 TOESLAGEN EN BELASTINGEN	13
6.1.1 <i>Standaardtoeslagen</i>	13
6.1.2 <i>Servicetoeslagen</i>	13
6.1.3 <i>Slapende tegoeden</i>	13
6.1.4 <i>Belastingen, bijdragen en lasten</i>	13
6.2 PERSOONLIJK CERTIFICAAT EN JAARLIJKS REKENINGUITTREKSEL	13
6.3 WEDERINWERKINGSTELLING	13
6.4 UITKERINGEN	14
6.5 KENNISGEVINGEN EN BEWIJS	14

6.6	WIJZIGING VAN DE ALGEMENE VOORWAARDEN	14
6.7	WETTELIJK KADER	15
6.7.1	<i>Toepasselijke wetgeving</i>	15
6.7.2	<i>Toepasselijk belastingregime</i>	15
6.8	INFORMATIEVEREISTEN EN GEDRAGSREGELS	15
6.9	BESCHERMING VAN PERSOONSGEGEVENS	15
6.9.1	<i>Wat zijn persoonsgegevens?</i>	15
6.9.2	<i>Doeleinden en rechtsgrond van de gegevensverwerking</i>	15
6.9.3	<i>Ontvangers van de gegevens</i>	16
6.9.4	<i>Vertrouwelijkheid</i>	16
6.9.5	<i>Bewaring van de verwerkte gegevens</i>	16
6.9.6	<i>Rechten van de betrokkene</i>	16
6.9.7	<i>Contactgegevens</i>	16
6.10	UITWISSELING VAN INFORMATIE (CRS / FATCA)	16
6.11	SEGMENTATIECRITERIA	17
6.12	KLACHTEN EN GESCHILLEN	17
6.13	BIJKOMENDE INLICHTINGEN	17
6.14	WAARSCHUWING	17
6.15	CENTRAAL AANSPREEKPUNT (CAP)	17

1. Definities

Verzekeraar

FEDERALE VERZEKERING, Vereniging van Onderlinge Levensverzekeringen,
Stoofstraat 12, 1000 Brussel – België, www.federale.be,
Verzekeringsonderneming toegelaten onder codenummer 0346,
RPR Brussel BTW BE 0408.183.324,
Financiële rekening BIC: BBRUBEBB IBAN: BE64 3100 7685 9452

Overeenkomst

De levensverzekering Vita Flex 44, bestaande uit deze Algemene Voorwaarden, de Beheersreglementen, het Persoonlijk Certificaat en eventuele andere hieraan toegevoegde documenten, die samen moeten gelezen worden en één geheel vormen

Persoonlijk Certificaat

Het document waarmee de verzekeraar de onderschrijving of de wijziging van de overeenkomst bevestigt, en waarin de belangrijkste gegevens van de overeenkomst worden samengevat (identificatie van de partijen, premiebedragen, dekkingen, verzekerde bedragen, enz.);

het Persoonlijk Certificaat bevat eventueel ook een indicatieve projectie van het toekomstige verloop van de overeenkomst; deze projectie is gebaseerd op een aantal hypothesen die de verzekeraar niet waarborgt (toekomstige intrestvoeten, winstdelingspercentages en waarde-evolutie van beleggingsfondsen, correcte en tijdige premiebetaling, ongewijzigde tarief- en toeslagenstructuur, enz.) en wordt dus louter indicatief meegegeeld

Overeenkomstuitreksel

Het document met een geactualiseerd overzicht van de belangrijkste kenmerken van de overeenkomst (dit document kan steeds worden opgevraagd bij de verzekeraar)

Verzekeringnemer

De natuurlijke persoon die de overeenkomst sluit met de verzekeraar

Verzekerde

De natuurlijke persoon op wiens hoofd de uitkering(en) waarin de overeenkomst voorziet is/zijn gesloten

Begunstigde

De persoon aan wie de uitkeringen toekomen waarin de overeenkomst voorziet (er kunnen meerdere begunstigten zijn)

Rekeningtegoed

De waarde van de overeenkomst op een gegeven ogenblik (ook 'reserves' genoemd).

2. Algemene werking van de overeenkomst

2.1 Inwerkingtreding en premiebetaling

De overeenkomst treedt in werking op de in het Persoonlijk Certificaat vermelde inwerkingtredingsdatum.

De verzekeringnemer betaalt de premies uitsluitend op de door de verzekeraar aangeduide bankrekening met vermelding van de opgegeven referenties of via SEPA-domiciliëring, naargelang wat is overeengekomen.

De premies zijn verschuldigd op de in het Persoonlijk Certificaat voorziene vervaldagen, maar uiterlijk tot de eventueel voorziene einddatum van de overeenkomst (zie 3.1) of de eerdere overlijdensdatum van de verzekerde (zie 3.2.1.1). Indien evenwel de (eerste) premiebetaling niet (uiterlijk) plaatsvindt op de datum vermeld op het Persoonlijk Certificaat dat de verzekeraar na ontvangst van de onderschrijvingsaanvraag aan de verzekeringnemer bezorgt of indien de gestorte premie lager is dan het bedrag vermeld op het Persoonlijk Certificaat, kan de verzekeraar de overeenkomst als onbestaande beschouwen en zonder gevolg klasseren. In dit geval stort de verzekeraar de betaalde premie terug aan de verzekeringnemer.

De premiebetaling is niet verplicht, tenzij de verzekeringnemer zich hiertoe door een andere verbintenis dan de overeenkomst zelf (zoals een lening of een krediet) heeft verbonden.

Indien het Persoonlijk Certificaat het expliciet toelaat, kunnen bovenop de voorziene premiebetaling(en) ook bijkomende premies worden gestort (zogenoeten 'vrije bijstortingen') op de door de verzekeraar aangeduide bankrekening, en dit binnen de grenzen en volgens de modaliteiten zoals bepaald in de 'productfiche'.

2.2 Vorming van het rekeningtegoed

Met de door de verzekeringnemer gestorte nettopremie(s) wordt het rekeningtegoed gevormd. De nettopremie is de premie na afhouding van eventuele belastingen.

Het rekeningtegoed wordt belegd in één of meerdere beleggingsvormen (zie 2.3). Het – positieve of negatieve – rendement van iedere beleggingsvorm en de eventuele winstdeling doen het rekeningtegoed fluctueren.

Het rekeningtegoed kan verminderen door toepassing van toeslagen en belastingen. Indien er een dekking ‘supplementair kapitaal bij overlijden’ werd onderschreven, wordt er iedere maand een risicopremie aan het rekeningtegoed onttrokken (zie 3.2.2).

2.3 Waarde van het rekeningtegoed / beleggingsvormen

Er zijn twee types van beleggingsvormen waarin het rekeningtegoed kan belegd worden:

- bij een beleggingsvorm met gewaarborgd rendement (behorend tot de zogeheten ‘tak 21’) waarborgt de verzekeraar een intrestvoet – die negatief kan zijn – gedurende een bepaalde periode en kent hij daarbovenop eventueel winstdeling, die niet gewaarborgd is, toe;
- bij een beleggingsvorm met fondsgekoppeld rendement (behorend tot de zogeheten ‘tak 23’) wordt het rendement gekoppeld aan de positieve of negatieve waarde-evolutie van het betreffende tak 23-beleggingsfonds. De Beheersreglementen beschrijven de verdere kenmerken van iedere beleggingsvorm.

De beleggingsregels worden vermeld op het Persoonlijk Certificaat. Deze geven aan in welke beleggingsvormen de premies (en andere inkomende geldbewegingen) worden belegd.

De waarde van (het deel van) het rekeningtegoed dat aangewend is in een beleggingsvorm met fondsgekoppeld rendement (tak 23) wordt uitgedrukt in units.

De waarde-evolutie van een unit is gekoppeld aan de waarde-evolutie van het beleggingsfonds waarop die unit betrekking heeft. Door de evolutie van de unitwaarde vermeerdt of vermindert aldus het rekeningtegoed. De waarde van (dat deel van) het rekeningtegoed is gelijk aan het aantal units vermenigvuldigd met hun respectievelijke waarde.

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

De bepalingen omtrent de toekenning van een eventuele winstdeling bij een beleggingsvorm met gewaarborgd rendement behorend tot de ‘tak 21’ (zie hoger) zijn opgenomen in de statuten van de verzekeraar. De winstdeling is niet gewaarborgd en kan schommelen doorheen de tijd in functie van de resultaten van de verzekeraar en de economische conjunctuur. De winstdeling wordt berekend en toegekend volgens de voorwaarden en modaliteiten vastgelegd in het winstdelingsplan dat de verzekeraar elk jaar voorlegt aan de autoriteit belast met de betreffende controle op de verzekeringsondernemingen. De winstdeling van een boekjaar wordt enkel toegekend aan de overeenkomsten die op 31 december van dat boekjaar in voege zijn. Indien de winstdeling van het vorige boekjaar nog niet bepaald is bij beëindiging van de overeenkomst, wordt de winstdeling van dat boekjaar geraamd in functie van de toekenning voor de vorige boekjaren en de economische conjunctuur. Als er winstdeling wordt toegekend, wordt deze beschouwd als een verhoging van het op 31 december van het betrokken boekjaar uitstaande rekeningtegoed.

2.4 Technisch dossier

Een aantal meer technische werkingsprincipes van de overeenkomst worden verder beschreven in het ‘technisch dossier’ dat de verzekeraar bij de Nationale Bank van België heeft neergelegd. Iedere belanghebbende kan dit technisch dossier bij de verzekeraar raadplegen.

3. Uitkeringen

3.1 Kapitaal op de eventuele einddatum

Als de overeenkomst in een einddatum voorziet (in voorkomend geval maakt het Persoonlijk Certificaat hiervan melding) en de verzekerde op die einddatum nog in leven is, wordt het op die einddatum gevormde rekeningtegoed uitgekeerd aan de begunstigde(n) van dit kapitaal en eindigt de overeenkomst.

3.2 Kapitaal bij overlijden

3.2.1 Omschrijving van de dekking

3.2.1.1 Verzekerd voorval

Indien de verzekerde tijdens de dekkingsperiode (zie 3.2.3.1) overlijdt, keert de verzekeraar het overeengekomen kapitaal uit aan de begunstigde(n) van dit kapitaal en eindigt de overeenkomst.

3.2.1.2 Bedrag

Voor de berekening van het uit te keren kapitaal bij overlijden wordt het verzekerd bedrag op de datum van het overlijden van de verzekerde in aanmerking genomen. Inzake beleggingsvormen van tak 21 (zie 2.3), wordt hierbij rekening gehouden met het onderliggend bedrag van het rekeningtegoed op de datum van het overlijden. Inzake beleggingsvormen van tak 23 (zie 2.3) wordt hierbij rekening gehouden met het onderliggend bedrag van het rekeningtegoed op basis van het aantal units en de unitwaarden van die tak 23-beleggingsvormen op de datum van het overlijden (zie echter 3.2.4 in geval van laattijdige aangifte van het overlijden).

Uit het Persoonlijk Certificaat kan echter blijken dat er een minimum kapitaal bij overlijden verzekerd is, ongeacht het bedrag van het onderliggend rekeningtegoed van de overeenkomst. Het eventuele positieve verschil tussen het bedrag van dit minimum kapitaal bij overlijden en het bedrag van het rekeningtegoed van de overeenkomst wordt het 'supplementair kapitaal bij overlijden' genoemd. De verzekeraar onttrekt ter financiering van die risicodekking periodiek een risicopremie aan het rekeningtegoed van de overeenkomst (zie 3.2.2).

Er is geen winstdeling bij overlijden, noch met betrekking tot het kapitaal bij overlijden overeenstemmend met het rekeningtegoed van de overeenkomst, noch met betrekking tot het kapitaal bij overlijden overeenstemmend met het 'supplementair kapitaal bij overlijden'.

Tenzij andersluidend verzoek van de verzekeringnemer en mits schriftelijk akkoord van de verzekeraar, wordt het minimum kapitaal bij overlijden niet aangepast bij (een) gedeeltelijke afko(o)p(en) (zie 4.5).

3.2.2 Risicopremies voor de dekking 'supplementair kapitaal bij overlijden'

3.2.2.1 Algemeen

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

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

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

3.2.2.2 Tarieven van de risicopremies

Een ervaringstarief bepaalt het bedrag van de risicopremies voor de risicodekking 'supplementair kapitaal bij overlijden'.

Naast individuele premieverhogingen in het kader van een verzwaring van het risico (zie 3.2.5.3), kan de verzekeraar echter op ieder ogenblik in de loop van de overeenkomst de tarieven voor de berekening van de risicopremies om gegronde redenen, op een redelijke en proportionele wijze, met inachtneming van de eventuele dwingende beperkingen terzake en mits voorafgaande kennisgeving aan de verzekeringnemer,

verhogen in het kader van een algemene herziening ervan voor de categorie verzekeringen waartoe de overeenkomst behoort, zo onder meer:

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

3.2.3 Draagwijdte van de dekking

3.2.3.1 Dekkingsperiode

Het Persoonlijk Certificaat geeft aan wanneer de dekkingsperiode aanvangt en uiterlijk eindigt.

Tenzij anders is aangegeven op het Persoonlijk Certificaat, vangt de dekkingsperiode ten vroegste aan op de betaaldatum van de eerste of enige premie (als betaaldatum van de premie geldt de valutadatum van de premie op de bankrekening van de verzekeraar; indien echter de premiebetaling op een andere manier geschiedt dan die welke de verzekeraar heeft aangegeven, geldt als betaaldatum van de premie de eventuele latere datum waarop de verzekeraar de bestemming van de premiebetaling identificeert).

Indien de overeenkomst een einddatum heeft, eindigt de dekkingsperiode steeds uiterlijk op die einddatum.

3.2.3.2 Geografische uitgestrektheid

De overlijdensdekking is geldig over de hele wereld.

3.2.3.3 Uitgesloten risico's

De verzekeraar verleent geen dekking in het kader van het 'supplementair kapitaal bij overlijden' (zie 3.2.1.2) en beperkt bijgevolg het kapitaal bij overlijden tot het gevormde rekeningtegoed van de overeenkomst op de datum van het overlijden (zie 3.2.1.2; zie echter ook 3.2.4 in geval van laattijdige aangifte van het overlijden), als het overlijden het rechtstreekse of onrechtstreekse gevolg is van onderstaande uitgesloten risico's:

- zelfmoord van de verzekerde tijdens het eerste jaar na het begin van de dekkingsperiode of na de wederinwerkingstelling van de dekking 'supplementair kapitaal bij overlijden'; dezelfde termijn van 1 jaar geldt bij om het even welke verhoging van het nominaal verzekerd bedrag van voormelde dekking, met betrekking tot die verhoging en te rekenen vanaf de inwerkingtreding ervan;
- het overlijden van de verzekerde als gevolg van een oorlogsgebeurtenis, d.w.z. een gebeurtenis die rechtstreeks of onrechtstreeks het gevolg is van een offensieve of defensieve actie van een oorlogvoerende mogendheid of van welke andere gebeurtenis van militaire aard ook; indien het overlijden van de verzekerde zich voordoet in een vreemd land waar vijandelijkheden aan de gang zijn, dienen de volgende twee gevallen te worden onderscheiden:
 - indien het conflict uitbreekt tijdens het verblijf van de verzekerde, geldt de dekking voor zover de verzekerde niet op actieve wijze aan de vijandelijkheden deelneemt;
 - indien de verzekerde zich naar een land begeeft waar een gewapend conflict aan de gang is, kan er slechts dekking verleend worden mits de betaling van een premietoeslag, het schriftelijk akkoord van de verzekeraar en voor zover de verzekerde niet op actieve wijze aan de vijandelijkheden deelneemt;
- het overlijden van de verzekerde als gevolg van oproer, burgerlijke onlusten, allerlei politiek, ideologisch of sociaal geïnspireerde collectieve gewelddaden, al dan niet gepaard met opstand tegen de overheid of tegen welke gevestigde macht ook, behalve indien de verzekerde daaraan niet actief en vrijwillig heeft deelgenomen;
- het overlijden van de verzekerde ten gevolge van een ongeval:
 - met een luchtvaartuig
 - dat niet erkend is voor het personenvervoer;
 - dat zich voorbereidt op of deelneemt aan een competitie, vliegdemostratie, oefen- of proefvluchten;

- van het type zweefvliegtuig, ultra licht vliegtuig, deltavliegtuig en analogen, ongeacht het feit of deze toestellen gemotoriseerd zijn of niet (het gebruik van een luchtballon blijft gedekt);
- door de beoefening van valschermspringen, elastiekspringen (Benji), deltavliegen of parapente;
- het overlijden van de verzekerde ten gevolge van een niet gedekte voorafbestaande ziekte of aandoening (zie 3.2.5.2).

3.2.3.4 Terrorisme

Het terrorismerisico is gedekt volgens de voorwaarden en modaliteiten en binnen de perken van de wet van 1 april 2007 betreffende de verzekering tegen schade veroorzaakt door terrorisme en diens uitvoeringsbesluiten, met dien verstande echter dat er geen dekking is als het overlijden in dit kader veroorzaakt is door wapens of tuigen die bestemd zijn om te ontploffen door de structuurwijziging van de atoomkern en dat er evenmin dekking is als de verzekerde op enige wijze heeft deelgenomen aan de daad van terrorisme. De verzekeraar is lid van de vzw TRIP (Terrorism Reinsurance and Insurance Pool), opgericht in uitvoering van voornoemde wet van 1 april 2007 (zie, voor meer informatie over de dekking van het terrorismerisico en diens beperkingen, www.tripvzw.be).

De voorgaande bepalingen hebben enkel betrekking op de dekking van het 'supplementair kapitaal bij overlijden' (zie 3.2.1.2) en verhinderen niet dat het opgebouwde rekeningtegoed van de overeenkomst wordt uitgekeerd.

Als een wetswijziging een einde zou maken aan de verplichte terrorismedekking, dan zullen de voorgaande bepalingen eveneens niet meer van toepassing zijn en zal het terrorismerisico niet meer gedekt worden vanaf het ogenblik waarop de wijziging ingaat en derhalve een 'uitgesloten risico' vormen zoals bepaald in punt 3.2.3.3 hiervoor. De verzekeraar behoudt zich eveneens het recht voor om elke andere bepaling met betrekking tot het terrorismerisico automatisch aan te passen indien de betreffende wetgeving zou wijzigen.

3.2.4 Aangifte van het overlijden van de verzekerde

Het overlijden van de verzekerde moet bij de verzekeraar uiterlijk binnen 30 dagen na het overlijden worden aangegeven. Bij laattijdige aangifte kan de verzekeraar, tenzij genoegzaam wordt aangetoond dat de aangifte van het overlijden zo snel dit redelijkerwijs mogelijk is werd ingediend, zijn tussenkomst verminderen met het door hem geleden nadeel. Evenwel, ongeacht de reden van de laattijdige aangifte, kan de verzekeraar steeds zijn tussenkomst in het kader van de dekking van het kapitaal bij overlijden verminderen met het door hem geleden nadeel dat voortvloeit uit de eventuele negatieve evolutie van de waarde van het rekeningtegoed verbonden met tak 23-beleggingsvormen (zie 2.3) sinds de datum van het overlijden (zie 3.2.1.2).

De aangifte moet de plaats, de datum en het uur van het overlijden vermelden, alsook de omstandigheden waarin het heeft plaats gehad. Er moet ook steeds een medisch attest worden gevoegd met vermelding van de overlijdensoorzaak (zie ook 3.2.5.4). De verzekeraar kan elk bijkomend stuk vorderen. Alle belanghebbenden bij de tussenkomst van de verzekeraar moeten elke arts die aan de overledene zorgen heeft verstrekt, verzoeken om hen alle door de verzekeraar gevraagde inlichtingen te verstrekken en moeten de aldus verkregen inlichtingen onverwijld overmaken aan de adviserende arts van de verzekeraar. Indien aan één van deze verplichtingen niet wordt voldaan, kan de verzekeraar zijn tussenkomst geheel of gedeeltelijk weigeren.

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

3.2.5 Diverse bepalingen

3.2.5.1 Correcte gegevensverstrekking

Bij het sluiten, het verhogen of de wederinwerkingstelling van de dekking 'supplementair kapitaal bij overlijden' (zie 3.2.1.2), moeten de verzekeringnemer en de verzekerde alle hen bekende gegevens die zij redelijkerwijs moeten beschouwen als gegevens die van invloed kunnen zijn op de beoordeling van het risico door de verzekeraar, aan deze laatste in alle oprechtheid en zonder verzwijging meedelen. Het gaat hierbij onder meer om de beroepsactiviteit, uitgeoefende sporten en andere activiteiten, alsook om de ziekten en aandoeningen die al gediagnosticeerd zijn of waarvan minstens de symptomen zich al hebben gemanifesteerd.

Bij onjuistheid van de opgegeven geboortedatum van de verzekerde, kan de verzekeraar de risicopremies en/of de uitkering (in voorkomend geval retroactief) aanpassen op basis van de tariefelementen in functie van de juiste geboortedatum. In geval van andere onopzettelijke verzwijgingen of onopzettelijke onjuiste verklaringen

dan die met betrekking tot de geboortedatum, zijn hierop de wettelijke bepalingen terzake van toepassing, en dit gedurende het eerste jaar na het sluiten, na de inwerkingtreding van een niet initieel overeengekomen verhoging (wat betreft die verhoging), respectievelijk na de wederinwerkingstelling van de dekking.

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

3.2.5.2 Aanvaarding van de dekking 'supplementair kapitaal bij overlijden' door de verzekeraar en voorafbestaande ziekten en aandoeningen

De dekking 'supplementair kapitaal bij overlijden' (zie 3.2.1.2) en enige verhoging van het nominaal verzekerd bedrag ervan zijn onderworpen aan de algemene aanvaardingscriteria van de verzekeraar, zoals het gunstig resultaat van medische formaliteiten en/of onderzoeken. De dekking is slechts verzekerd indien en in de mate dat zij voorkomt op het Persoonlijk Certificaat of in een andere door de verzekeraar schriftelijk uitgebrachte bevestiging.

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

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

3.2.5.3 Verzwarend van het risico

Indien uit enig document blijkt dat bij de aanvaarding van de dekking 'supplementair kapitaal bij overlijden' (zie 3.2.1.2) door de verzekeraar of bij de berekening van het tarief voor die dekking rekening werd gehouden met bepaalde kenmerken van de verzekerde, ook 'segmentatiecriteria' genoemd (zie ook 6.11), dan moet iedere wijziging hiervan die een verzwarend van het risico voor de verzekeraar inhoudt binnen 30 dagen spontaan aan de verzekeraar schriftelijk worden meegedeeld. De verzekeraar is ook gerechtigd de verzekeringnemer en/of de verzekerde over eventuele wijzigingen van de voormelde kenmerken van de verzekerde te bevragen, in welk geval de verzekeringnemer en/of de verzekerde ertoe gehouden is/zijn binnen de aangegeven termijn hierop te antwoorden.

Mocht de verzwarend van het risico van zodanige aard zijn dat de verzekeraar deze dekking tegen andere voorwaarden zou hebben verleend, dan stelt hij binnen 1 maand vanaf de voormelde kennisgeving voor om de voorwaarden van de dekking aan te passen met uitwerking op de datum van de verzwarend van het risico. De verzekeraar legt zijn voorstel uitdrukkelijk, schriftelijk en op gemotiveerde wijze voor aan de verzekeringnemer.

Indien het voorstel van de verzekeraar geweigerd of niet aanvaard wordt binnen een termijn van 1 maand te rekenen vanaf de ontvangst van dit gemotiveerd voorstel, kan de verzekeraar de dekking met een aangetekend schrijven opzeggen binnen 15 dagen. Indien echter de verzekeraar het bewijs kan leveren dat hij de dekking onder de gewijzigde omstandigheden niet zou hebben verleend, kan hij binnen een termijn van 1 maand, te rekenen vanaf de dag waarop hij van de verzwarend kennis heeft gekregen, met een aangetekend schrijven de dekking opzeggen.

Mocht het overlijden van de verzekerde plaatsvinden voordat de verzwarend van het risico aan de verzekeraar werd gemeld, dan wordt de uitkering, als het niet spontaan meedelen van de verzwarend van het risico kan verweten worden of als die niet zou gemeld zijn in antwoord op een bevraging hierover door de verzekeraar, geregeld op basis van de prestaties die verzekerd zouden zijn geweest met de werkelijk betaalde premie, rekening houdend met de gewijzigde kenmerken van het risico. Indien echter de verzekeraar kan aantonen dat hij de dekking onder de gewijzigde omstandigheden niet zou hebben verleend, dan kan hij de prestatie beperken tot de terugbetaling van alle betaalde risicopremies voor de dekking. Indien het niet spontaan meedelen van een verzwarend van het risico of het niet melden ervan in antwoord op een bevraging hierover door de verzekeraar met bedrieglijk opzet geschiedt, kan de verzekeraar zijn uitkering weigeren en komen

alle premies die op het ogenblik waarop hij kennis krijgt van de bedrieglijke verzwijging al vervallen zijn, hem toe als schadevergoeding.

De bepalingen van dit punt gelden niet met betrekking tot de verslechtering van de gezondheidstoestand van de verzekerde.

3.2.5.4 *Medisch beroepsgeheim*

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

4. Rechten van de verzekeringsnemer

4.1 Algemene bepalingen

De verzekeringnemer geniet tijdens de looptijd van de overeenkomst een aantal rechten. De belangrijkste rechten worden in de volgende punten beschreven.

De toepassing van wettelijke of conventionele bepalingen kan echter voor gevolg hebben dat de uitoefening van bepaalde rechten verboden is, geschorst wordt of de toestemming vergt van één of meerdere derden (zoals bij inpandgeving, aanvaarding van begunstiging, enz.). In voorkomend geval moet een vraag tot uitoefening of een opdracht tot uitvoering van een recht derhalve mee ondertekend worden door de derde(n) die zijn/hun toestemming moet(en) geven opdat de vraag of de opdracht als geldig zou beschouwd worden. Indien dit niet het geval is of, meer algemeen, in alle gevallen waarin de verzekeraar om enige reden geen (onmiddellijk) gevolg kan geven aan een vraag tot uitoefening of een opdracht tot uitvoering van een recht, licht hij de verzekeringnemer hierover zo snel mogelijk in en deelt hij hem de reden hiervan mee.

4.2 Opzegging

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

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

Bij opzegging eindigt de overeenkomst en stort de verzekeraar het gevormde rekeningtegoed terug aan de verzekeringnemer. Wat betreft de tak 23-beleggingsvormen (zie 2.3) wordt hierbij rekening gehouden met de unitwaarden op de verwerkingsdatum van de opzeggingsaanvraag door de verzekeraar. Wat betreft de tak 21-beleggingsvormen (zie 2.3), wordt, hierbij desgevallend toepassing gemaakt van een dagwaardecorrectie (zie de tak 21-Beheersreglementen) en worden de aangerekende toeslagen teruggestort. In de eerste voormelde hypothese van opzegging, komen de kosten voor medische onderzoeken in mindering van het door de verzekeraar terug te storten bedrag (zie ook 6.4).

4.3 Wijziging van beleggingsregels en switch van beleggingsvorm

4.3.1 Wijziging van beleggingsregels en switch van beleggingsvorm

De verzekeringnemer kan de beleggingsvormen van toekomstige premies (wijziging van beleggingsregels) en/of van het reeds gevormde rekeningtegoed (switch van beleggingsvorm) tijdens de looptijd van de overeenkomst wijzigen. Bij een switch van beleggingsvorm wordt het rekeningtegoed belegd in een bepaalde beleggingsvorm, desgevallend na toepassing van een dagwaardecorrectie (zie de tak 21-Beheersreglementen) en na afhouding van een eventuele switchvergoeding (zie 6.1.2) en belastingen, geheel of gedeeltelijk te gelde gemaakt (onttrekking aan het rekeningtegoed) en wordt het hieruit resulterende bedrag aansluitend herbelegd in één of meerdere andere beleggingsvormen (toekenning aan het rekeningtegoed). Een aanvraag tot wijziging van beleggingsregels of tot switch van beleggingsvorm gebeurt met het aanvraagdocument dat de verzekeraar op eenvoudig verzoek ter beschikking stelt van de verzekeringnemer. De verzekeraar kan, zonder echter hiertoe verplicht te zijn, ook ingaan op een verzoek dat op een andere manier wordt ingediend (brief, e-mail, ...). Een wijziging van beleggingsregels of een switch van beleggingsvorm is pas effectief als de verzekeraar de betreffende verrichting heeft bevestigd. De verzekeraar kan weigeren in te gaan op een aanvraag tot switch van beleggingsvorm indien het bedrag van het rekeningtegoed dat naar aanleiding van de switch in een bepaalde beleggingsvorm overblijft of terechtkomt onder de in de 'productfiche' vastgelegde minimumdrempel(s) blijft.

Voor verdere details over de werking van de switch van beleggingsvorm wordt verwezen naar de 'productfiche' (zie 2.4). Er dient rekening mee gehouden te worden dat de operationele uitvoering van een switch van beleggingsvorm normalerwijze over meerdere dagen gespreid wordt (uitstap uit een beleggingsvorm, en zodra de hieruit resulterende opbrengst gekend is, instap in een andere beleggingsvorm), en de resultaten van switchverrichtingen bijgevolg niet kunnen gewaarborgd worden.

4.3.2 Mechanisme van 'dynamische risicobeperking'

Het Persoonlijk Certificaat kan voorzien in een automatische switch van het gedeelte van het rekeningtegoed belegd in een of meerdere tak 23-beleggingsfondsen naar een of meerdere andere beleggingsvormen. Deze automatische switch van beleggingsvorm wordt uitgevoerd zodra wordt vastgesteld dat de koers van het/de betreffende tak 23-beleggingsfonds(en) met een in het Persoonlijk Certificaat bepaald percentage gedaald is t.o.v. de maximumkoers sinds de inwerkingstelling van dit mechanisme voor het betreffende tak 23-beleggingsfonds. Dit mechanisme wordt 'dynamische risicobeperking' genoemd. In het kader van die dynamische risicobeperking worden geen switchvergoedingen aangerekend, maar wel eventuele belastingen.

Voor verdere details over de werking van het mechanisme van dynamische risicobeperking wordt verwezen naar de 'productfiche' (zie 2.4). Er dient rekening mee gehouden te worden dat de operationele uitvoering van een switch van beleggingsvorm normalerwijze over meerdere dagen gespreid wordt: eerst wordt vastgesteld dat de maximale koersdaling bereikt of overschreden is, daarna wordt uit de beleggingsvorm gestapt waarvoor de daling werd opgetekend, en daarna wordt met de hieruit resulterende opbrengst ingestapt in een andere beleggingsvorm. Het uiteindelijk resultaat van de switchverrichtingen, die dus worden uitgevoerd met koersen nadat de maximale koersdaling werd bereikt of overschreden, kan bijgevolg resulteren in een nog grotere koersdaling dan de ingestelde maximale koersdaling. De ingestelde maximale koersdaling is immers enkel de trigger, die zich pas in de daaropvolgende dagen vertaalt in een automatische switch van beleggingsvorm.

De verzekeringnemer kan door middel van een 'wijzigingsaanvraag' het mechanisme van dynamische risicobeperking op ieder ogenblik tijdens de looptijd van de overeenkomst in werking stellen of beëindigen. Een dergelijke wijziging is pas effectief als de verzekeraar die wijziging heeft bevestigd.

4.4 Aanwijzing, herroeping en wijziging van de begunstigde(n)

De verzekeringnemer duidt de begunstigde(n) aan en kan de oorspronkelijk aangeduide begunstigde(n) herroepen en wijzigen (zie ook 5). Om tegenstelbaar te zijn aan de verzekeraar, moet de verzekeraar schriftelijk in kennis worden gesteld van de aanwijzing, de herroeping en de wijziging van de begunstigde(n).

4.5 Afkoop

De verzekeringnemer kan het gevormde rekeningtegoed geheel of gedeeltelijk afkopen. Bij volledige afkoop eindigt de overeenkomst.

De afkoop wordt aangevraagd door middel van een volledig ingevulde, gedateerde en ondertekende 'afkoopaanvraag' die de verzekeraar op eenvoudig verzoek ter beschikking stelt van de verzekeringnemer. Deze 'afkoopaanvraag' geldt ook als kwijtschrift. De verzekeraar streeft naar een snelle verwerking van de ontvangen afkoopaanvraag. De afkoop heeft uitwerking op de datum waarop de afkoopaanvraag effectief verwerkt wordt door de verzekeraar (uiterlijk 30 dagen na ontvangst van de geldige afkoopaanvraag en van de eventuele andere opgevraagde documenten; zie ook 6.4).

Bij zowel een gehele als een gedeeltelijke afkoop wordt desgevallend een dagwaardecorrectie toegepast (zie de tak 21-Beheersreglementen) en wordt er hiernaast een afkoopvergoeding aangerekend (zie ook 6.4). Tenzij andersluidende dwingende bepaling, is die afkoopvergoeding gelijk aan het maximum van:

- 75,00 euro (dit bedrag wordt in functie van het gezondheidsindexcijfer der consumptieprijzen (basisindex = indexcijfer september 2008) geïndexeerd; het indexcijfer dat in aanmerking wordt genomen is dat van de tweede maand van het trimester dat de afkoopdatum voorafgaat)

en

- een bedrag dat varieert in functie van de soorten beleggingsvormen waarin het af te kopen rekeningtegoed is belegd, zoals hieronder aangegeven:
 - wat betreft het rekeningtegoed dat belegd is in beleggingsvormen van tak 21 (zie 2.3), wordt de overeenkomst opgedeeld in opeenvolgende en hernieuwbare perioden van 8 jaar te rekenen vanaf de datum van inwerkingtreding van de overeenkomst (de eerste periode loopt aldus tot de 8^{ste} verjaardag van de overeenkomst, de tweede periode loopt van de 8^{ste} tot de 16de verjaardag van de overeenkomst, de derde periode loopt van de 16de tot de 24^{ste}

verjaardag van de overeenkomst, en zo verder over de hele looptijd van de overeenkomst); het voormelde bedrag is gelijk aan:

- 1% van het rekeningtegoed dat afgekocht wordt tijdens het laatste jaar van de betreffende periode van 8 jaar;
- 2% van het rekeningtegoed dat afgekocht wordt tijdens het voorlaatste jaar van de betreffende periode van 8 jaar;
- 3% van het rekeningtegoed dat afgekocht wordt tijdens de andere jaren van de betreffende periode van 8 jaar;
- wat betreft het rekeningtegoed dat belegd is in beleggingsvormen van tak 23 (zie 2.3), is het voormelde bedrag gelijk aan:
 - 2% van het rekeningtegoed dat afgekocht wordt tijdens de eerste 3 jaren te rekenen vanaf de datum van inwerkingtreding van de overeenkomst;
 - 1% van het rekeningtegoed dat afgekocht wordt tijdens de overige jaren tot de 8^{ste} verjaardag van de overeenkomst;
 - 0% van het rekeningtegoed dat afgekocht wordt na de 8^{ste} verjaardag van de overeenkomst.

In afwijking van de hierboven vermelde bepalingen, past de verzekeraar geen afkoopvergoeding toe:

- op één gedeeltelijke afkoop per kalenderjaar van maximaal 10% van het rekeningtegoed, maar met een minimum van 500 euro, en met dien verstande dat als er in datzelfde kalenderjaar een volledige afkoop plaats vindt, de afkoopvergoeding op dat ogenblik alsnog eveneens – retroactief – wordt toegepast op de eerdere gedeeltelijke afkoop in hetzelfde kalenderjaar;
- om de 8 jaar, te rekenen vanaf de inwerkingtreding van de overeenkomst (dus op de 8^{ste}, 16^{de}, 24^{ste}, ... verjaardag van de overeenkomst). De verzekeringnemer heeft dan, volgend op die verjaardag, 1 maand de tijd om zijn afkoopaanvraag aan de verzekeraar over te maken;
- bij volledige of gedeeltelijke afkoop met het oog op de bouw of de aankoop door de verzekeringnemer van een onroerend goed gelegen in België, voor zover het bewijs van de bouw of de aankoop van een onroerend goed wordt geleverd en voor zover de gedeeltelijke afkoop niet meer dan één keer per kalenderjaar gebeurt;
- in geval van sociale noodwendigheid, met name in geval van jobverlies met bijhorend inkomstenverlies in hoofde van de verzekeringnemer of als die laatste getroffen wordt door een volledige en bestendige invaliditeit, mits de verzekeringnemer de nodige bewijsstukken aan de verzekeraar overmaakt die het zich voordoen van een van de voormelde gevallen van sociale noodwendigheid staven.

4.6 Voorschot en inpandgeving

De opname van een voorschot op de latere verzekeringsprestaties van de overeenkomst is niet toegestaan.

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

De inpandgeving kan leiden tot gehele of gedeeltelijke blokkering van het rekeningtegoed (geblokkeerde reserves).

4.7 Overdracht van rechten

De verzekeringnemer kan de voormelde rechten die hij geniet geheel of gedeeltelijk overdragen aan één of meerdere hiertoe aangeduide personen, ook 'overnemer(s)' genoemd.

De overdracht vergt een door de verzekeringnemer, de overnemer(s) en de verzekeraar ondertekend bijvoegsel aan het Persoonlijk Certificaat.

Er kan echter ook rechtstreeks op het Persoonlijk Certificaat bedongen worden dat de rechten van de verzekeringnemer (inclusief de economische waarde die die rechten vertegenwoordigen), bij diens overlijden (in de veronderstelling dat de verzekerde iemand anders is dan de verzekeringnemer) en tot het ogenblik van de latere beëindiging van de overeenkomst, worden overgedragen aan de daartoe aangeduide perso(o)n(en), en dit volgens de eventuele modaliteiten die er vermeld worden.

5. Rechten van de begunstigde(n)

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

- het recht op de uitkeringen zoals bepaald in punt 3;
- het recht om de begunstiging van die uitkeringen al vóór hun opeisbaarheid te aanvaarden onder de volgende modaliteiten:
 - zolang de verzekeringnemer in leven is, vergt de aanvaarding van de begunstiging een door de (betrokken) begunstigde(n), de verzekeringnemer en de verzekeraar ondertekend bijvoegsel aan het Persoonlijk Certificaat;

- na het overlijden van de verzekeringnemer kan de aanvaarding uitdrukkelijk of stilzwijgend geschieden, met dien verstande dat de aanvaarding ten aanzien van de verzekeraar slechts gevolg heeft nadat hem daarvan schriftelijk kennis is gegeven;
- de aanvaarding van de begunstiging heeft, tenzij in die gevallen waarin de wet herroeping toestaat, onder meer als gevolg dat de opzegging, de herroeping en wijziging van de begunstiging, de afkoop, de inpandgeving en de overdracht van rechten slechts mogelijk zijn mits de schriftelijke toestemming van de aanvaardende begunstigde(n).

6. Diverse bepalingen

6.1 Toeslagen en belastingen

6.1.1 Standaardtoeslagen

De verzekeraar rekent toeslagen aan voor het beheer van de overeenkomst. Op de tarieffiche wordt het jaarlijks te verwachten bedrag van deze toeslagen berekend op basis van een projectie van de evolutie van de overeenkomst. De verzekeraar mag in de loop van de overeenkomst deze toeslagen enkel aanpassen op basis van een indexatie volgens de gezondheidsindex der consumptieprijzen van forfaitair in het tarief verwerkte bedragen of, en dit mits voorafgaande kennisgeving aan de verzekeringnemer en op een redelijke en verantwoorde wijze, in het kader van een algemene herziening van de toeslagen(structuur) voor de categorie verzekeringen waartoe de overeenkomst behoort.

De verzekeringnemer kan een detail van de toegepaste toeslagen(structuur) bij de verzekeraar opvragen.

6.1.2 Servicetoeslagen

De verzekeraar mag naast de standaardtoeslagen ook bijzondere uitgaven die door toedoen van de verzekeringnemer, de verzekerde of de begunstigde(n) worden veroorzaakt, bijkomend aanrekenen. Deze vergoedingen en toeslagen worden vermeld in de 'tarieffiche'.

Onverminderd de eventueel voorziene indexatie, kan de verzekeraar de bedragen inzake servicetoeslagen in de loop van de overeenkomst slechts op een redelijke en verantwoorde wijze verhogen, en dit in het kader van een algemene herziening ervan voor de categorie verzekeringen waartoe de overeenkomst behoort en mits voorafgaande kennisgeving aan de verzekeringnemer.

De verzekeraar kan servicetoeslagen die niet specifiek in de tarieffiche worden vermeld slechts aanrekenen mits voorafgaande kennisgeving aan de betrokkene(n).

6.1.3 Slapende tegoeden

Als de overeenkomst volgens de betreffende wetgeving als 'slapend' bestempeld zou worden, kan de verzekeraar de eventuele kosten voor nazicht en opsporing die hij maakt, binnen de wettelijk toegelaten grenzen aanrekenen.

6.1.4 Belastingen, bijdragen en lasten

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

6.2 Persoonlijk certificaat en jaarlijks rekeninguittreksel

De verzekeraar brengt bij de inwerkingtreding en bij iedere wijziging van de overeenkomst een (geactualiseerd) Persoonlijk Certificaat uit dat hij overmaakt aan de verzekeringnemer. Het laatst uitgereikte document vervangt telkens het vorige.

Hiernaast brengt de verzekeraar ook jaarlijks een 'rekeninguittreksel' uit dat hij overmaakt aan de verzekeringnemer.

De verzekeringnemer wordt verondersteld volledig akkoord te gaan met de inhoud van zijn Persoonlijk Certificaat en van zijn rekeninguittreksels, tenzij hij binnen 30 dagen na aflevering ervan door de verzekeraar, deze laatste zijn schriftelijke opmerkingen overmaakt.

6.3 Wederinwerkingstelling

Als de premiebetaling voor de overeenkomst wordt beëindigd, kan de verzekeringnemer ze op schriftelijk verzoek binnen 3 jaar opnieuw in werking laten stellen.

Dit geldt, tenzij voor die overeenkomsten waarop de wettelijke bepalingen inzake wederinwerkingstelling niet van toepassing zijn, ook bij afkoop, in welk geval de termijn wordt herleid tot 3 maanden en het afgekochte rekeningtegoed bovendien moet worden teruggestort aan de verzekeraar.

Eventuele belastingen, bijdragen en lasten die verschuldigd zouden zijn in het kader van de wederinwerkingstelling van de overeenkomst zijn ten laste van de verzekeringnemer.

De verzekeraar stelt de wederinwerkingstelling van de dekking 'supplementair kapitaal bij overlijden' (zie 3.2.1.2) afhankelijk van zijn aanvaardingscriteria (zie 3.2.5.2). De wederinwerkingstelling gaat in op de datum vermeld op het nieuw uitgegeven Persoonlijk Certificaat.

6.4 Uitkeringen

De verzekeraar mag iedere uitkering (ook bij opzegging en afkoop) afhankelijk stellen van de voorlegging van de door hem nodig geachte documenten.

De verzekeraar keert de verschuldigde sommen uit, desgevallend na toepassing van een dagwaardecorrectie (zie de tak 21-Beheersreglementen) en na aanrekening van de eventuele wettelijk verplichte inhoudingen, toeslagen, vergoedingen en andere sommen die nog verschuldigd zouden zijn aan de verzekeraar of aan derden (zoals een pandhoudende schuldeiser), binnen 30 dagen na ontvangst van de gevraagde documenten en, indien zo gevraagd, van een ondertekende regelingskwijting.

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

De verzekeraar kan niet verplicht worden om het kapitaal bij overlijden uit te keren aan enige begunstigde die het overlijden van de verzekerde opzettelijk veroorzaakt of ertoe aangespoord heeft. De verzekeraar kan in dit geval handelen alsof deze persoon geen begunstigde is.

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

6.5 Kennisgevingen en bewijs

Tenzij uit de voorgaande bepalingen of dwingende bepalingen anders zou blijken, kan elke kennisgeving van een partij aan de andere gebeuren per gewone brief. De verzekeraar kan, zonder echter hiertoe verplicht te zijn, ook kennisgevingen die hem in elektronische vorm gedaan worden (zoals een e-mail) als geldig beschouwen.

Tenzij uit de voorgaande bepalingen of uit dwingende bepalingen anders zou blijken, kan elke kennisgeving van de verzekeraar aan een partij of enige derde gebeuren per gewone brief of in elektronische vorm.

Elke kennisgeving en briefwisseling tussen partijen geschiedt geldig op hun laatst onderling meegedeeld (correspondentie) adres.

Er wordt overeengekomen dat een aangetekende brief volstaat als ingebrekestelling.

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

6.6 Wijziging van de Algemene Voorwaarden

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

6.7 Wettelijk kader

6.7.1 Toepasselijke wetgeving

De overeenkomst is onderworpen aan de Belgische wetgeving inzake individuele levensverzekeringen. Mocht de verzekeringnemer buiten België gevestigd zijn, dan wordt, indien de wet het zo toelaat, door de partijen uitdrukkelijk gekozen voor de toepassing van het Belgisch recht.

Een clause die eventueel in strijd zou zijn met een dwingende bepaling tast de geldigheid van de overeenkomst niet aan. De clause wordt dan vervangen door de miskende dwingende bepaling en zal geacht worden vanaf het sluiten van de overeenkomst in overeenstemming met die dwingende bepaling te zijn opgesteld.

6.7.2 Toepasselijk belastingregime

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

Voor onderhavige overeenkomst kan geen fiscaal attest afgeleverd worden met het oog op het bekomen van enige belastingvermindering of aftrek op de premies.

6.8 Informatievereisten en gedragsregels

De verzekeraar:

- waakt over dat alle wettelijke, technische, fiscale en commerciële inlichtingen worden meegedeeld aan de verzekeringnemer vóór het afsluiten van de overeenkomst;
- zorgt voor dat de voorgestelde overeenkomst beantwoordt aan de verlangens en behoeften van de verzekeringnemer, rekening houdend met zijn kennis, ervaring en profiel;
- neemt alle noodzakelijke maatregelen om belangenconflicten die nadelig kunnen zijn voor de verzekeringnemer, de verzekerde en/of de begunstigde(n) op te sporen en te vermijden.

Meer informatie omtrent de informatievereisten en gedragsregels is beschikbaar op de website www.federale.be, onder de rubriek 'Klantenbescherming'.

6.9 Bescherming van persoonsgegevens

6.9.1 Wat zijn persoonsgegevens?

'Persoonsgegevens' zijn alle gegevens betreffende een natuurlijke persoon die de verzekeraar rechtstreeks van de betrokkene verkrijgt of die met betrekking tot de betrokkene aan de verzekeraar zijn verstrekt. Deze gegevens kunnen al dan niet automatisch worden verwerkt.

6.9.2 Doeleinden en rechtsgrond van de gegevensverwerking

De meegedeelde persoonsgegevens worden door de verzekeraar, verwerkingsverantwoordelijke, verwerkt voor de volgende doeleinden:

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------|-------|
| • het aanbieden van een spaar- of beleggingsproduct | (*) |
| • de effectieve uitgifte en het beheer van de overeenkomst | (*) |
| • de toekenning van de voorziene prestaties | (*) |
| • de uitvoering van risicoanalyses | (*) |
| • de behandeling van klachten en mogelijke geschillen | (*) |
| • de naleving van wettelijke en prudentiële verplichtingen | (**) |
| • het genereren van statistieken | (***) |
| • de opsporing en het voorkomen van fraude, witwaspraktijken en terrorisme | (***) |
| • het onderhouden van de commerciële relatie | (***) |
| • direct marketingdoeleinden | (***) |

Indien de vereiste persoonsgegevens niet verstrekt zouden worden, kan noch de vraag om een simulatie, noch de onderschrijving en uitvoering van de overeenkomst door de verzekeraar worden opgevolgd.

De persoonsgegevens worden verwerkt:

(*) voor de uitvoering van de overeenkomst of om maatregelen te nemen vóór de sluiting van de overeenkomst als de betrokkene dat wenst;

(**) om te voldoen aan wettelijke verplichtingen;
(***) voor de behartiging van gerechtvaardigde belangen.

Bij elk doeleinde uit de lijst hierboven werd de rechtsgrond voor de verwerking aangeduid via de hiervoor vermelde steraanduiding.

6.9.3 Ontvangers van de gegevens

Binnen de in punt 6.9.2 opgesomde doeleinden, kunnen de persoonsgegevens gecommuniceerd worden aan ondernemingen die deel uitmaken van de groep Federale Verzekering, aan natuurlijke personen of ondernemingen die als dienstverlener of verwerker optreden voor rekening van de verzekeraar, evenals aan andere betrokken derde partijen zoals een mede- of herverzekeringsonderneming, een bevoegde overheidsdienst, een advocaat of bemiddelaar in het kader van geschillenbeslechting.

6.9.4 Vertrouwelijkheid

Technische en organisatorische maatregelen werden genomen om de vertrouwelijkheid en de veiligheid van de persoonsgegevens te garanderen. De toegang wordt beperkt tot de medewerkers die deze beroepshalve verwerken of nodig hebben.

6.9.5 Bewaring van de verwerkte gegevens

De verwerkte gegevens worden door de verzekeraar bewaard gedurende de tijd die nodig is om het doeleinde te realiseren. Deze duurtijd zal verlengd worden in functie van de verjaringstermijn alsook van elke bewaartermijn die wordt opgelegd door wet- of regelgeving.

6.9.6 Rechten van de betrokkene

De betrokkene van wie persoonsgegevens verwerkt worden kan:

- inzage vragen van die gegevens;
- onjuiste gegevens laten rechtzetten;
- gegevens laten wissen;
- een beperking van de verwerking verkrijgen;
- gegevens verkrijgen en/of laten overdragen naar een andere verwerkingsverantwoordelijke;
- bezwaar maken tegen de verwerking.

Indien de persoonsgegevens gebruikt worden voor direct marketing, kan de betrokkene zich hiertegen steeds verzetten.

6.9.7 Contactgegevens

Meer informatie is terug te vinden op www.federale.be.

Elke vraag in verband met de verwerking van persoonsgegevens kan op één van de volgende manieren worden ingediend:

- via een gedateerde en ondertekende brief aan Federale Verzekering t.a.v. Data Protection Officer - Stoofstraat 12 - 1000 Brussel;
- via e-mail aan: privacy@federale.be.

Vereist is dat de betrokkene bij zijn vraag een recto-verso kopie van zijn identiteitskaart voegt.

Eventuele klachten met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens kunnen gericht worden aan de Gegevensbeschermingsautoriteit.

6.10 Uitwisseling van informatie (CRS / FATCA)

Overeenkomstig de Wet van 16 december 2015 tot regeling van de mededeling van inlichtingen betreffende financiële rekeningen door de Belgische financiële instellingen en FOD Financiën, in het kader van een automatische uitwisseling van inlichtingen op internationaal niveau en voor belastingdoeleinden, kan de verzekeraar verplicht worden om bepaalde gegevens met betrekking tot de fiscale woonplaats en belastingstatus van haar klanten aan de FOD Financiën te communiceren.

De verzekeraar neemt alle noodzakelijke administratieve maatregelen om aan haar wettelijke verplichtingen te voldoen.

6.11 Segmentatiecriteria

De verzekeraar baseert zich op objectieve criteria om een beslissing te nemen met betrekking tot de aanvaarding van een risico, de tarifiering en de omvang van de dekkingen. Concreet betreft het elementen die de verzekeraar in staat stellen een bepaald risico zo goed mogelijk te beoordelen.

Overeenkomstig de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen, worden deze segmentatiecriteria gepubliceerd en uitgelegd op de website www.federale.be onder de rubriek 'Klantenbescherming'/'Segmentatiecriteria'/'Segmentatiecriteria individuele levensverzekering'.

6.12 Klachten en geschillen

Elke klacht betreffende de verzekeringsovereenkomst kan gericht worden aan: Federale Verzekering, Dienst klachtenbeheer, Stoofstraat 12, 1000 Brussel (tel: 02 509 01 89 – fax: 02 509 06 03 – beheer.klachten@federale.be).

Indien het antwoord van de Dienst klachtenbeheer geen voldoening geeft, kan de klacht gericht worden aan de Ombudsman van de Verzekeringen, de Meeûssquare 35, 1000 Brussel (fax: 02 547 59 75 – info@ombudsman.as).

De belanghebbende behoudt ook de mogelijkheid om een gerechtelijke procedure in te leiden. Geschillen tussen partijen vallen uitsluitend onder de bevoegdheid van de Belgische rechtbanken.

6.13 Bijkomende inlichtingen

De verzekeraar kan gecontacteerd worden:

- per brief gericht aan zijn maatschappelijke zetel;
- telefonisch op het nummer 02 509 04 11 of op elk ander specifiek nummer dat in het kader van de contractuele relatie werd meegedeeld;
- via de website www.federale.be onder de rubriek 'Contact' of via het specifieke e-mailadres dat in het kader van de contractuele relatie werd meegedeeld.

De verzekeringnemer kan de status van zijn overeenkomst ook steeds raadplegen op de website www.federale.be door middel van een persoonlijke toegangscode.

6.14 Waarschuwing verzekeringsfraude

Verzekeringsfraude wordt gedefinieerd als het misleiden of de poging tot het misleiden van de verzekeraar bij het sluiten of tijdens de looptijd van de overeenkomst met het oog op het onrechtmatig verkrijgen van een verzekeringsdekking of een verzekeringsprestatie.

De aandacht van de verzekeringnemer, de verzekerde en de begunstigde wordt erop gevestigd dat verzekeringsfraude alsook poging tot verzekeringsfraude met alle middelen die mogelijk zijn gesanctioneerd zal worden. Bijgevolg zal de verzekeraar niet alleen gebruik maken van sancties als opzegging en vernietiging van de overeenkomst maar zal zij eveneens de strafrechtelijke vervolging van de fraudeur vragen. Verwezen wordt onder meer naar het art. 496 van het Strafwetboek.

6.15 Centraal Aanspreekpunt (CAP)

6.15.1 Doel van het CAP

Het CAP is een geïnformatiseerde databank, beheerd door de Nationale Bank van België (NBB). De gegevens die in het CAP geregistreerd worden, kunnen onder meer geraadpleegd worden door de Cel voor Financiële Informatieverwerking, notarissen alsook door bepaalde overheidsdiensten. Een dergelijke raadpleging kan bijvoorbeeld gebeuren in het kader van een fiscaal onderzoek, de bestrijding van het witwassen van geld en van de financiering van terrorisme en zware criminaliteit of het opsporen van strafbare inbreuken en dit met inachtneming van de bepalingen die de wetgeving oplegt.

6.15.2 Informatie meegedeeld aan het CAP en registratie ervan

In het kader van de wetgeving ter zake is elke verzekeraar verplicht aan het CAP bepaalde gegevens mee te delen die betrekking hebben op de identificatie van haar verzekeringsnemers en van de contractuele relatie die hij met hen heeft.

6.15.2.1 Identificatiegegevens van de verzekeringsnemer

- wanneer de verzekeringsnemer een natuurlijke persoon is: het Rijksregisternummer of het identificatienummer in de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid of bij ontstentenis daarvan de naam, de eerste officiële voornaam, de geboortedatum, de geboorteplaats en het geboorteland;
- wanneer de verzekeringsnemer een rechtspersoon is: het inschrijvingsnummer in de Kruispuntbank van Ondernemingen of bij ontstentenis ervan de volledige naam, de rechtsvorm en het land van vestiging.

6.15.2.2 Te melden gebeurtenissen

De gebeurtenissen zijn het begin en het einde van de contractuele relatie met hun respectievelijke data.

6.15.3 Rechten van de geregistreerde persoon

De geregistreerde persoon heeft het recht om bij de NBB, Berlaimontlaan 14 te Brussel kennis te nemen van de gegevens die door het CAP op zijn naam geregistreerd zijn. Hij heeft het recht om aan de verzekeraar te vragen om de onjuiste gegevens die in het CAP op zijn naam geregistreerd zijn, te verbeteren of te verwijderen

6.15.4 Bewaartermijn van de gegevens

De gegevens worden gedurende 10 jaar, te rekenen vanaf het einde van het kalenderjaar waarin de contractuele relatie eindigde, bewaard in het CAP.