



Conditions générales

Donation care

(valables à partir de octobre 2022)

Version	002
Date	01/10/2022

Sommaire

1.	Qu'entend-on par ?	3
2.	Quelle couverture d'assurance le présent contrat prévoit-il ?	3
3.	Sur base de quels renseignements accordons-nous la couverture ?	3
4.	Le risque de terrorisme est-il couvert ?	4
5.	Où le présent contrat est-il valable ?	4
6.	Tous les événements sont-ils couverts ?	4
7.	La couverture prend-elle effet immédiatement ?	4
8.	Quand et comment devez-vous payer la prime ?	4
9.	Comment le bénéficiaire est-il désigné ?	4
10.	Comment se déroulent la déclaration de décès et l'indemnisation ?	5
11.	Pouvez-vous interrompre le contrat ?	5
12.	Qu'advient-il si vous ne payez plus les primes ?	6
13.	La prime.	6
14.	Pouvez-vous céder les droits du présent contrat à un tiers ?	6
15.	Qu'advient-il si vous décédez avant l'assuré(e) ?	6
16.	Comment pouvez-vous communiquer avec nous ?	6
17.	Pouvons-nous modifier les présentes conditions générales ?	6
18.	Comment pouvez-vous introduire une plainte ?	6
19.	Quelle est notre position face à d'éventuels conflits d'intérêts ?	6
20.	Où puis-je trouver d'autres documents ?	7
	Annexe : couverture du risque de terrorisme.	8

1. Qu'entend-on par ?

“Le contrat”

NN vous propose certaines couvertures d'assurance. Les principes de ces couvertures, qui s'appliquent à tous les clients, sont décrits dans les conditions générales. Les éléments de ces couvertures qui s'appliquent spécifiquement à vous sont décrits dans les conditions particulières.

Les conditions générales et particulières forment ensemble le contrat.

“Nous”

NN, la compagnie d'assurances

“Vous”

Le preneur d'assurance. La personne qui a souscrit l'assurance.

“L'assuré”

La personne dont le risque de décès fait l'objet du présent contrat et qui est mentionnée dans les conditions particulières. Il peut aussi s'agir de plusieurs personnes. Toutefois, pour plus de clarté, les présentes conditions générales mentionnent toujours “l'assuré(e)”.

“Le bénéficiaire”

La personne à laquelle est versé un capital en cas de décès de l'assuré(e). Il peut aussi s'agir de plusieurs personnes. Toutefois, pour plus de clarté, les présentes conditions générales mentionnent toujours “le bénéficiaire”.

“Le capital assuré”

Le montant mentionné dans les conditions particulières que nous versons au bénéficiaire en cas de décès de l'assuré(e), sous déduction des éventuelles retenues légales obligatoires. Le capital assuré évolue dans le temps comme mentionné dans les conditions particulières. Toutefois, pour plus de clarté, les présentes conditions générales mentionnent toujours “le capital assuré”.

“La prime”

Le montant que vous devez payer pour que nous puissions accorder la couverture. Il peut s'agir de différents montants. Pour plus de clarté, les présentes conditions générales mentionnent toujours “la prime”.

2. Quelle couverture d'assurance le présent contrat prévoit-il ?

Ce contrat a pour but d'alléger les conséquences financières pour le bénéficiaire suite aux droits de succession dont il serait redevable en cas de décès de l'assuré dans un délai de maximum 5 ans après avoir fait un don non enregistré au bénéficiaire.

Le contrat couvre le risque que l'assuré décède avant la date d'échéance finale mentionnée aux conditions particulières. Si l'assuré décède avant cette date, nous versons le montant du capital assuré au bénéficiaire. Ce montant est égal au capital assuré diminué des éventuelles retenues légales obligatoires. Le bénéficiaire dispose librement du capital qu'il perçoit en vertu de ce contrat. Nous ne versons pas ce capital au percepteur des droits de succession. Le montant ne correspond pas nécessairement aux droits de succession réellement dus au moment du décès de l'assuré.

Le présent contrat ne donne pas droit à de la participation bénéficiaire.

3. Sur base de quels renseignements accordons-nous la couverture ?

Les renseignements que vous et l'assuré(e) nous communiquez lors de la conclusion ou de la modification de la couverture constituent la base sur laquelle nous déterminons la prime et la couverture. Il s'agit en l'occurrence de tous les renseignements raisonnablement susceptibles d'influencer notre évaluation du risque que l'assuré(e) décède. Les renseignements dont nous avons ou sommes raisonnablement susceptibles d'avoir déjà connaissance ne doivent pas être communiqués. Les données génétiques ne peuvent pas être communiquées.

Le contrat est conclu de bonne foi entre vous et nous. Cela implique notamment que vous devez nous communiquer ces renseignements en toute sincérité.

S'il devait s'avérer que vous ou l'assuré(e) n'avez pas communiqué la date de naissance correcte de l'assuré(e), nous pouvons adapter les capitaux assurés ou l'indemnisation sur base de la date de naissance correcte.

Dans la première année qui suit la conclusion ou la modification du contrat, s'il devait s'avérer que vous ou l'assuré(e) n'avez pas communiqué correctement mais de façon non intentionnelle d'autres renseignements, nous pouvons diminuer les capitaux assurés ou

l'indemnisation, voire résilier le contrat. Dans ce second cas, nous devons pouvoir démontrer que nous aurions refusé les couvertures d'assurance si nous avions disposé des renseignements corrects. Le cas échéant, nous remboursons la prime déjà payée.

Toute fraude, omission intentionnelle ou fausse déclaration entraîne la nullité du contrat. Le cas échéant, la prime déjà payée nous reste acquise.

4. Le risque de terrorisme est-il couvert ?

Oui, mais sous réserve d'une restriction légalement réglementée. Pour plus d'informations à ce sujet, voir annexe.

5. Où le présent contrat est-il valable ?

Dans le monde entier.

6. Tous les événements sont-ils couverts ?

Non, nous n'accordons pas la couverture si le décès est consécutif :

- Au suicide de l'assuré(e) au cours de la première année qui suit la date d'effet du présent contrat ou de l'avenant actant sa remise en vigueur ou son augmentation.
- À un acte intentionnel à votre initiative ou avec l'approbation de vous-même, de l'assuré(e) ou de toute autre personne qui aurait intérêt à l'indemnisation. En outre, nous ne versons jamais d'indemnisation au bénéficiaire ayant intentionnellement causé le décès.
- À un crime ou un délit intentionnel commis par l'assuré(e).
- À un fait de guerre ou à une activité terroriste lorsque l'assuré(e) se rend dans un pays où un conflit armé est déjà en cours, ainsi que tout fait de guerre ou toute activité terroriste auquel l'assuré(e) participe activement.
- À un accident survenu à bord d'un aéronef (en tant que pilote, membre d'équipage ou passager) dans le cadre d'une compétition, d'une démonstration, d'un test de vitesse, d'un raid aérien, d'un vol d'exercice ou d'essai, d'un record ou d'une tentative de record, ou si l'aéronef était un prototype ou un appareil militaire non destiné au transport.

Lorsque nous invoquons un risque exclu, nous en informons le bénéficiaire par le biais d'un courrier

Conditions générales Donation care

motivé et nous lui versons la valeur de rachat théorique. À savoir la prime déjà payée diminuée des frais et chargements et des montants consommés pour couvrir le risque jusqu'au moment du décès.

7. La couverture prend-elle effet immédiatement ?

(L'augmentation de) la couverture ou la remise en vigueur (*) prend cours à la date d'effet qui est mentionnée dans les conditions particulières ou dans l'avenant. Si le paiement de la prime tombe après cette date d'effet, (l'augmentation de) la couverture ou la remise en vigueur ne prend cours qu'à partir de la date du paiement.

(*) cf. point 11

8. Quand et comment devez-vous payer la prime ?

Le montant de la prime et la période assurée sont mentionnés dans les conditions particulières.

Le paiement de la prime est facultatif, mais il est important que vous payiez la prime avant que la période assurée ne débute, sinon nous pouvons refuser la couverture.

En principe vous devez payer la prime directement sur le compte bancaire et avec les références que nous vous communiquons. La prime peut aussi être payée à l'intermédiaire à condition qu'il soit habilité à encaisser les primes pour notre compte.

Si le paiement s'effectue d'une autre façon, nous pouvons refuser la couverture.

9. Comment le bénéficiaire est-il désigné ?

C'est vous qui nous indiquez qui est le bénéficiaire. Vous pouvez toujours le modifier ultérieurement. Cette modification n'est opposable qu'après avoir été actée par un avenant au contrat.

Si le bénéficiaire accepte le bénéfice, vous ne pouvez modifier la clause qu'avec son accord. Pour être valable, cette acceptation doit être actée par un avenant signé par vous, par le bénéficiaire qui accepte, et par nous.

S'il n'y a pas (plus) de bénéficiaire lorsque l'assuré(e) décède, nous versons le capital assuré à votre succession.

10. Comment se déroulent la déclaration de décès et l'indemnisation ?

Le décès de l'assuré(e) doit nous être signalé dans un délai de 30 jours maximum. En cas de déclaration tardive, nous pouvons diminuer notre intervention à concurrence du préjudice subi en raison de la déclaration tardive.

Doivent être joints à la déclaration :

- un certificat de décès délivré par l'administration communale
- une attestation médicale émise par nous et complétée par un médecin mentionnant la cause du décès.

Nous sommes susceptibles de demander des renseignements complémentaires si nous l'estimons nécessaire (par exemple sur les circonstances du décès ou sur les bénéficiaires).

Sur base de ces informations, nous communiquons au bénéficiaire dans quelle mesure nous intervenons. Nous partons du principe que le bénéficiaire l'accepte s'il ne nous signifie pas son désaccord dans les 30 jours. L'indemnisation se fait ensuite dans les 30 jours après que le bénéficiaire nous ait confirmé son accord, en nous retournant dûment complété et signé, un document que nous lui remettons à cet effet. S'il y a plusieurs bénéficiaires, nous pouvons demander que l'un d'eux soit mandaté pour recueillir les prestations au nom de tous les bénéficiaires.

Nous versons le montant assuré sous déductions des éventuelles retenues légales et des frais ou paiements qui seraient encore dus à nous ou à des tiers (p.ex. à un créancier gagiste).

Nous pouvons refuser l'indemnisation ou réclamer le remboursement des sommes versées en cas de fraude lors de la déclaration.

Nous ne prévoyons pas de dommages et intérêts en cas de retard d'indemnisation suite à une circonstance indépendante de notre volonté, comme par exemple si les prestations ne sont pas réclamées, si le dossier n'est pas complet ou en ordre, etc.

11. Pouvez-vous interrompre le contrat ?

Vous pouvez interrompre le présent contrat à tout moment. Le cas échéant, vous devez nous en informer par écrit (daté et signé). L'interruption est effective à la date à laquelle nous sommes en possession de tous les

renseignements requis (votre identification, l'accord des bénéficiaires acceptants).

a) Si vous interrompez le contrat dans les 30 jours qui suivent la date d'effet, nous vous remboursons les primes déjà payées, diminuées des frais et chargements et des montants consommés pour couvrir le risque jusqu'à la date d'interruption dont question ci-dessus.

b) Si vous souhaitez interrompre le contrat en dehors de la période de 30 jours susmentionnée, le contrat prend fin immédiatement.

1. Si la durée du paiement de la prime mentionnée dans les conditions particulières est inférieure à la moitié de la durée du contrat (c'est par exemple le cas pour les contrats à prime unique), vous percevez la valeur de rachat théorique (cf. point 6), calculée à la date d'interruption dont question ci-dessus, diminuée d'une pénalité et des éventuelles retenues (para)fiscales. Cette pénalité s'élève à 5 % et diminue de 1 % par an au cours des 5 dernières années du contrat, mais avec un minimum absolu de 120,00 EUR (indexé sur base de l'indice santé ; base 2013 = 100).

Plutôt que d'interrompre le contrat, vous pouvez aussi demander d'interrompre le paiement de la prime tout en maintenant le contrat. Dans ce cas, nous recalculons les montants assurés et nous vous les communiquons par écrit. Les nouveaux montants assurés prennent définitivement cours 30 jours après cette communication écrite.

2. Dans le cas contraire (comme pour la plupart des contrats à primes récurrentes), vous ne percevez rien.

Pour les deux situations décrites au point 1 ci-dessus, vous pouvez demander par écrit de restaurer les capitaux assurés au montant d'avant le rachat (1^e alinéa du point 1 ci-dessus) ou la réduction (2^e alinéa du point 1 ci-dessus). En cas de rachat, vous disposez de 3 mois et devez nous rembourser la valeur de rachat qui vous a été versée. En cas de réduction, vous disposez de 3 ans. Pour une remise en vigueur, une pénalité de 60,00 EUR (indexée sur base de l'indice santé ; base 2013 = 100) vous sera réclamée. Nous nous réservons en outre le droit de soumettre cette remise en vigueur au résultat favorable d'un examen médical du (des) assuré(s), dont le coût vous incombe. Nous vous communiquons évidemment si, et le cas échéant, quand le contrat est remis en vigueur.

12. Qu'advient-il si vous ne payez plus les primes ?

Il n'est pas nécessaire de nous signaler que vous souhaitez interrompre le paiement de la prime. Il vous suffit de ne plus donner suite à nos demandes de paiement. Dans ce cas, nous vous enverrons une lettre recommandée pour attirer votre attention sur les conséquences du non-paiement de la prime, à savoir les scénarios décrits au point 11 b). La résiliation de la couverture prend effet 30 jours après l'envoi de cette lettre recommandée.

13. La prime

Nous pouvons adapter la prime. Une telle adaptation ne peut se faire que pour l'ensemble des contrats qui relèvent de ce produit d'assurance et n'est possible que dans les cas suivants :

- Si les statistiques de mortalité observées diffèrent sensiblement des statistiques sur lesquelles se base le tarif initial.
- Si le taux d'intérêt diffère sensiblement du taux d'intérêt sur lequel se base le tarif initial.
- Si la législation ou les autorités de contrôle l'imposent.

Cette adaptation peut être en votre faveur ou en votre défaveur. Si elle est en votre défaveur (augmentation de la prime ou diminution de la couverture) vous en êtes préalablement informé. Vous disposez alors de 30 jours pour interrompre votre contrat (cf. point 11). À défaut de réaction dans ce délai, nous partons du principe que vous acceptez l'adaptation.

14. Pouvez-vous céder les droits du présent contrat à un tiers ?

Oui, c'est possible. Une telle cession doit être actée par un avenant au contrat, qui doit être signé à la fois par vous, par nous, et par la personne qui reprend les droits du contrat. S'il y a un bénéficiaire acceptant, son accord est également nécessaire.

15. Qu'advient-il si vous décédez avant l'assuré(e) ?

Dans ce cas, les droits et obligations du présent contrat sont transférés au seul bénéficiaire, si celui-ci est nommément désigné. Dans les autres cas, les droits et obligations sont transférés à l'assuré(e).

16. Comment pouvez-vous communiquer avec nous ?

Vous pouvez communiquer avec nous par voie postale ou électronique, à moins que la loi le stipule autrement. Si vous communiquez avec nous par voie électronique, nous pouvons aussi répondre par voie électronique. La communication entre vous et nous se fait à la dernière adresse mutuellement communiquée.

17. Pouvons-nous modifier les présentes conditions générales ?

Oui, mais uniquement pour des raisons justifiées (telles qu'une modification légale ou réglementaire) et de bonne foi. Le cas échéant, nous vous en informons par écrit en vous signalant à partir de quand ces nouvelles conditions générales sont d'application.

18. Comment pouvez-vous introduire une plainte ?

Toute plainte peut être introduite :

- Chez nous : NN, Quality Team, avenue Fonsny 38, 1060 Bruxelles, plaintes@nn.be
- Auprès de l'ombudsman des assurances : Square De Meeûs 35, 1000 Bruxelles, www.ombudsman-insurance.be

Le fait d'introduire une plainte auprès de notre service compétent ou de l'ombudsman ne porte pas préjudice à votre droit de recourir à la justice, mais seuls les tribunaux belges sont compétents.

Moyennant l'accord des deux parties, les litiges d'ordre médical peuvent faire l'objet d'une expertise médicale amiable. Dans ce cas, le dossier est soumis à un collège de deux médecins, chacune des parties mandatant le sien. Si ces médecins ne parviennent pas à se mettre d'accord, ils désignent ensemble un troisième médecin. S'ils ne parviennent pas à se mettre d'accord sur le choix du troisième médecin, celui-ci sera désigné par le président du Tribunal de Première Instance de Bruxelles. Les trois médecins prennent ensuite une décision commune, mais s'ils ne parviennent toujours pas à se mettre d'accord, l'avis du troisième médecin sera déterminant. Cette décision est définitive. Chaque partie paie les frais et les honoraires du médecin qu'elle a elle-même mandaté et la moitié des frais et des honoraires du troisième médecin.

**19. Quelle est notre position face à
d'éventuels conflits d'intérêts ?**

Notre politique en la matière est décrite sur notre site internet www.nn.be sous l'onglet "informations légales". Vous pouvez aussi obtenir ce document sur simple demande.

**20. Où puis-je trouver d'autres
documents ?**

Tous les documents pertinents (comme les présentes conditions générales, notre politique en matière de conflits d'intérêts, fiche produit, ...) se trouvent sur notre site internet www.nn.be sous la rubrique "documents légaux". Vous pouvez aussi obtenir tous ces documents sur simple demande.

Annexe : couverture du risque de terrorisme

On entend par Terrorisme : une action ou une menace d'action clandestine organisée qui a pour objectif de promouvoir une cause idéologique, politique, ethnique ou religieuse, menée individuellement ou par un groupe, au cours de laquelle il est fait usage de violence sur des personnes ou la valeur économique d'un bien matériel ou immatériel est partiellement ou totalement détruite, ou d'impressionner l'opinion publique, de créer un climat d'insécurité ou de faire pression sur les autorités, ou encore d'entraver le bon fonctionnement d'un service ou d'une entreprise.

La Compagnie couvre les dommages causés par le terrorisme et est membre de l'ASBL TRIP (www.tripvzw.be). Conformément à la loi du 1^{er} avril 2007 relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme, les engagements de l'ensemble des compagnies d'assurance qui sont membres de l'ASBL sont limités à 1 milliard d'euros par année civile pour les dommages causés par tout événement reconnu comme acte de terrorisme, survenu au cours de l'année civile en question.

Ce montant est adapté le 1^{er} janvier de chaque année en fonction de l'évolution de l'indice des prix à la consommation, en se référant à l'indice de décembre 2005. En cas de modification légale ou réglementaire du montant de base, le nouveau montant s'appliquera automatiquement à partir de la première échéance suivant la modification, à moins que le législateur ne prévoie explicitement une autre disposition transitoire.

Si le total des indemnités calculées ou estimées excède le montant visé à l'alinéa précédent, une règle de proportionnalité est appliquée : les indemnités à payer sont limitées à concurrence du rapport entre le montant visé à l'alinéa précédent ou les moyens encore disponibles pour l'année civile en question et le total des indemnités à payer imputé à ladite année civile.

Conformément à la loi susmentionnée du 1^{er} avril 2007, le Comité décide si un événement répond à la définition de terrorisme. Afin que le montant cité aux alinéas 2, 3 et 4 ci-dessus ne soit pas dépassé, ce Comité fixe, six mois au plus tard après l'événement, le pourcentage de l'indemnisation que les entreprises d'assurances membres de l'ASBL doivent prendre en charge en conséquence de l'événement. Le Comité peut revoir ce pourcentage. Le Comité prend, au plus tard le 31 décembre de la troisième année suivant l'année de survenance de l'événement, une décision définitive quant au pourcentage d'indemnisation à payer.

L'Assuré ou le(s) Bénéficiaire(s) ne peut faire valoir auprès de la Compagnie son droit à l'indemnisation qu'après que le Comité a fixé le pourcentage. La Compagnie paie le montant assuré conformément au pourcentage fixé par le Comité.



NN Insurance Belgium SA, prêteur en crédit hypothécaire agréé par la FSMA et entreprise d'assurances agréée par la BNB sous le numéro 2550 pour les Branches 1a, 2, 21, 22, 23, 25, 26.

Siège social : Avenue Fonsny 38, B-1060 Bruxelles - RPM Bruxelles - TVA BE 0890.270.057 - BIC : BBRUBEBB - IBAN : BE28 3100 7627 4220.