

Budget Cover

(valables à partir de janvier 2016)
BCFG - 01/2016

Sommaire

Conditions générales Budget Cover	3
Article 1 : Définitions	3
Article 2 : Objectif de l'assurance	3
Article 3 : Communication de renseignements corrects	3
Article 4 : Prise d'effet et garanties	3
Article 5 : Résiliation et rachat	3
Article 6 : Prestations	3
Article 7 : Exclusions	4
Article 8 : Autres dispositions	4
Article 9 : Protection de la vie privée	4
Article 10 : Conflits d'intérêt	5
Article 11 : Plaintes et litiges	5
Conditions générales Assurance Complémentaire du Risque d'Invalidité (ACRI)	6
Article 1 : Définitions	6
Article 2 : Objectif de la garantie	6
Article 3 : Détermination du degré d'invalidité	6
Article 4 : Obligations en cas d'invalidité de l'assuré	6
Article 5 : Risques exclus	6
Article 6 : Déchéance des droits	7
Article 7 : Rachat et résiliation	7

Article 1 : Définitions

Dans les présentes Conditions Générales et dans les Conditions Particulières, il y a lieu d'entendre par:

Compagnie

Delta Lloyd Life, la compagnie d'assurances qui assure le risque.

Preneur d'assurance

La personne qui a souscrit l'assurance.

Assuré

Personne sur la vie de laquelle l'assurance est conclue.

Bénéficiaire

La personne désignée pour recevoir le montant assuré.

Agent d'assurances non lié

Un agent d'assurances non-lié est un agent d'assurances qui, en raison de plusieurs conventions, exerce une activité d'intermédiation en assurances au nom et pour compte de plusieurs entreprises d'assurances sans être pour autant soumis à une obligation contractuelle de travailler exclusivement avec celles-ci. Il offre dès lors librement les divers produits de ces différentes compagnies. Il agit sous sa propre responsabilité pour ce qui concerne la mise en oeuvre des règles MiFID. Dans ce même cadre, il assume également la responsabilité entière et inconditionnelle de toute action effectuée ou toute omission commise par ses sous-agents d'assurances lorsqu'ils agissent pour son compte. En tant qu'agent d'assurances non-lié, son conseil est indépendant.

Agent d'assurances lié

Un agent d'assurances lié est un agent d'assurances qui, en raison d'une ou de plusieurs conventions, exerce une activité d'intermédiation en assurances au nom et pour compte d'une ou de plusieurs entreprises d'assurances. Il a une obligation contractuelle de travailler exclusivement avec une seule entreprise d'assurances ou avec plusieurs entreprises d'assurances pour des contrats d'assurance non concurrents entre eux. L'agent d'assurance lié (et ses éventuels des sous-agents d'assurance agissant pour son compte) agit sous la responsabilité de la ou les entreprises d'assurances avec laquelle (lesquelles) il est lié. En tant qu'agent d'assurances lié, son conseil n'est pas indépendant.

Courtier d'assurances

Un courtier est un intermédiaire en assurances qui n'est pas tenu par le choix de la compagnie d'assurances. Il a la liberté d'offrir divers produits de différentes compagnies. Il agit sous sa propre responsabilité. Il assume la responsabilité entière et inconditionnelle de toute action effectuée ou toute omission commise par ses sous-agents d'assurances lorsqu'ils agissent pour compte dudit courtier. Son conseil est indépendant.

Intermédiaires d'assurances

Les intermédiaires d'assurances inscrits dans le registre de la FSMA peuvent avoir l'un des statuts suivants : courtier d'assurances, agent d'assurances (lié ou non-lié) ou sous-agent d'assurances. Le statut de l'intermédiaire aura notamment une influence sur la responsabilité assumée par celui-ci et sur son lien de dépendance éventuel avec une ou plusieurs compagnies d'assurances.

Article 2 : Objectif de l'assurance

Moyennant le paiement de la prime unique, la Compagnie garantit, en guise de couverture d'un crédit contracté par le preneur d'assurance, en cas de décès de l'assuré, le paiement du capital assuré au(x) bénéficiaire(s), selon les dispositions des conditions générales et particulières.

Pour les assurances sur deux têtes, le contrat d'assurance prend immédiatement fin lors du premier décès d'un des deux assurés. En aucun cas, un capital est versé au moment du décès de l'autre assuré. En cas de décès simultané des deux assurés, il sera considéré que l'assuré le plus âgé est décédé en premier lieu.

Article 3 : Communication de renseignements corrects

Le contrat d'assurance est conclu de bonne foi sur la base des renseignements fournis par le preneur d'assurance et l'assuré. Lors de la conclusion, l'augmentation ou la remise en vigueur des couvertures, le preneur d'assurance et l'assuré doivent communiquer à la Compagnie, en toute sincérité et sans omission, tous les éléments dont ils ont connaissance et qu'ils doivent raisonnablement considérer comme des éléments d'appréciation des risques par la Compagnie. La Compagnie peut exiger tous les renseignements qu'elle juge nécessaires.

En cas de communication inexacte de la date de naissance d'un assuré, la Compagnie peut adapter les capitaux assurés (ou le versement si un assuré est décédé) sur base de la date de naissance exacte.

En cas d'omissions involontaires ou de déclarations inexactes involontaires autres que celle portant sur la date de naissance (voir ci-dessus) durant la première année après la conclusion du contrat (ou la remise en vigueur ou l'entrée en vigueur d'une augmentation en ce qui concerne cette augmentation), la Compagnie peut réduire les capitaux assurés (ou le versement si un assuré est décédé) au pro rata de la surprime que la Compagnie aurait appliquée, si elle avait eu connaissance des informations exactes. Si la Compagnie apporte la preuve de ce qu'elle aurait refusé l'assurance, si elle avait eu connaissance des informations exactes, elle peut résilier le contrat. Dans ce cas, les primes déjà payées seront remboursées au preneur d'assurance.

Toute fraude, omission volontaire ou déclaration volontairement inexacte entraîne la nullité de la (des) couverture(s) concernée(s). Les primes échues au moment où la Compagnie en prend connaissance lui reviennent.

Article 4 : Prise d'effet et garanties

Le contrat d'assurance prend effet dès sa signature par les deux parties et après versement à la Compagnie de la prime unique convenue. La garantie visée prend cours le jour mentionné dans la police et au plus tôt dès que le contrat prend effet.

Article 5 : Résiliation et rachat

Le preneur d'assurance peut, via une lettre datée et signée par lui-même, résilier la convention dans les 30 jours après sa prise d'effet ou dans les 30 jours après qu'il ait pris connaissance que le crédit qu'il a demandé ne lui est pas accordé. Dans ce cas, la Compagnie lui rembourse la prime déjà payée, amputée des montants qui ont servi à couvrir le risque.

Le rachat doit être demandé par le preneur d'assurance et adressé à l'intermédiaire d'assurances de celui-ci par le biais d'une requête écrite, datée et signée, et accompagnée d'une copie recto/verso de sa carte d'identité, la police originale et de tous les avenants. La valeur de rachat est égale à la valeur de rachat théorique calculée le jour où la Compagnie a reçu une demande valable, diminuée de € 75.

Le preneur d'assurance peut, via une demande écrite, remettre son contrat en vigueur dans les 3 mois qui suivent le paiement de la valeur de rachat, moyennant remboursement de la valeur de rachat. La Compagnie se réserve le droit de conditionner la remise en vigueur du contrat à une sélection de risques dont les frais seront à charge du preneur d'assurance.

Article 6 : Prestations

Lors de tout paiement (y compris en cas de rachat), la personne appelée à recevoir les prestations devra remettre à la Compagnie les documents suivants:

- le contrat d'assurance et les avenants éventuels;
- toutes les autres pièces justificatives qui seraient nécessaires à la Compagnie pour procéder au règlement, telles qu'un certificat de décès,

un acte de notoriété, un certificat médical rédigé sur formulaire délivré par la Compagnie et mentionnant la cause du décès, la preuve du paiement de la dernière prime, etc.

Si au moment du paiement, il est constaté que la date de naissance déclarée d'un assuré n'est pas exacte, les garanties seront rectifiées en fonction de la date exacte.

Les prestations sont effectuées, moyennant une quittance valable signée par l'ayant-droit (les ayants-droit), dès que la Compagnie reçoit les documents indiquant que la prestation est due et précisant le bénéficiaire.

Article 7 : Exclusions

Le risque de décès est couvert dans le monde entier, quelle qu'en soit la cause, sauf si ce décès est la conséquence (directe ou indirecte) de :

- 1) un suicide durant la première année suivant la date d'entrée en vigueur du contrat. Ce même délai est applicable à toute augmentation des garanties; il commence à courir à la date d'entrée en vigueur.
- 2) un fait intentionnel du preneur d'assurance ou du/des bénéficiaire(s) ou à leur instigation.
- 3) une condamnation judiciaire, un duel, un crime ou un délit à caractère intentionnel, commis par l'assuré.
- 4) un fait de guerre (sauf après accord de la part des Autorités de Contrôle) et moyennant une convention particulière. Cette exclusion est applicable à tout décès, quelle qu'en soit la cause, lorsque l'assuré participe activement aux hostilités. Le décès dû à un fait de guerre se produisant pendant un séjour à l'étranger est couvert:
 - a) si le conflit, imprévisible, éclate pendant le séjour de l'assuré: pour autant que le bénéficiaire apporte la preuve que l'assuré ne participait pas activement aux hostilités
 - b) si l'assuré se rend dans un pays où il y a un conflit armé: moyennant mention expresse dans la police et pour autant que le bénéficiaire apporte la preuve que l'assuré ne participait pas activement aux hostilités. Dans ce cas, la Compagnie percevra un supplément de prime.

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 1er 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 1er 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 1er 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

Conditions générales Budget Cover

(Document à remettre au(x) preneur(s) d'assurance)

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.

- 5) un accident d'appareil aérien (sauf convention contraire):
 - a) lorsque l'appareil est utilisé à l'occasion de compétitions, exhibitions, essais de vitesse, raids aériens, vols d'entraînement ou d'essai, records ou tentatives de records;
 - b) lorsque l'appareil est un prototype ou un appareil militaire autre que de transport;
 - c) du type ULM ou delta-plane.

Si le décès de l'assuré résulte d'un des risques exclus, la Compagnie paiera la valeur de rachat théorique du contrat. Ces prestations sont versées au(x) bénéficiaire(s) désigné(s), à l'exclusion cependant de celui dont le fait intentionnel ou l'instigation serait la cause du décès de l'assuré.

Article 8 : Autres dispositions

- a. Les taxes assimilées au timbre et les impôts afférents au contrat d'assurance, pour autant qu'ils soient payés par la Compagnie, sont portés au compte du preneur d'assurance ou du (des) bénéficiaire(s).
- b. La domiciliation des parties est choisie de plein droit comme suit:
 - celle de la Compagnie à son siège social
 - celle du preneur d'assurance et de l'assuré à l'adresse indiquée dans le contrat ou la dernière adresse officiellement connue par la Compagnie. Toute notification est valablement faite à ces adresses.
- c. Les litiges entre les parties concernant l'exécution du contrat sont tranchés par les tribunaux belges compétents.
- d. La Compagnie n'octroie pas de participations bénéficiaires dans ce contrat.
- e. La Compagnie n'accorde pas d'avances sur ce contrat.
- f. Le tarif est garanti pendant toute la durée du contrat.

Article 9 : Protection de la vie privée

Delta Lloyd Life est responsable du traitement des données personnelles ayant les fins suivantes : la gestion clients, l'acceptation des risques, la gestion du contrat et des sinistres, l'optimisation des couvertures, le paiement des indemnités ainsi que certains objectifs marketing. Ces données peuvent être utilisées à des fins de prospection et de promotion (direct marketing). Si le preneur d'assurance ne le souhaite pas, il lui suffit de le signifier à l'adresse ci-dessous.

L'assuré(e) autorise expressément de procéder au traitement des données médicales le concernant, dans la mesure où cela s'avère nécessaire pour des questions d'acceptation, de gestion et d'exécution des contrats d'assurance. Le traitement des données médicales de l'assuré(e) est à charge du service d'acceptation médicale et du service juridique de Delta Lloyd Life.

L'assuré(e) permet expressément que ses données soient réceptionnées le cas échéant par son intermédiaire d'assurances qui les transmettra ensuite à Delta Lloyd Life.

Toute personne qui décline son identité (en envoyant une copie recto verso de sa carte d'identité) a le droit d'accéder aux données concernant sa personne qui sont conservées dans un fichier et de demander gratuitement la rectification ou la suppression de ses données en cas d'inexactitude. Pour exercer ce droit, la personne visée adresse une demande datée et signée à la compagnie (service de Protection de la vie privée, Delta Lloyd Life, Avenue Fonsny 38 à 1060 Bruxelles) ou à son intermédiaire d'assurances. Pour obtenir d'autres informations, l'assuré(e) peut aussi s'adresser au registre public tenu par la Commission pour la Protection de la vie privée.

Article 10 : Conflits d'intérêt

Delta Lloyd Life a identifié des situations où, potentiellement, des conflits d'intérêt peuvent survenir dans le cadre de ses activités entre des intérêts d'un client, les intérêts de Delta Lloyd Life (en ce compris ses dirigeants, employés, agents liés, etc.) ou les intérêts d'un autre client.

Un résumé de la politique de gestion des conflits d'intérêts de Delta Lloyd Life est disponible sur le site www.deltalloydlife.be à la rubrique des documents légaux.

Article 11 : Plaintes et litiges

Si un intéressé a une plainte relative à la gestion ou à l'exécution du contrat d'assurance par la Compagnie et n'obtient pas satisfaction, il peut s'adresser à :

- Delta Lloyd Life, Quality Team, Avenue Fonsny, 38 à 1060 Bruxelles, plaintes@deltalloydlife.be en première instance
- l'Ombudsman des assurances, Square de Meeûs 35, à 1000 Bruxelles, www.ombudsman.as, en dernier ressort. sans préjudice du droit pour le Preneur d'assurance d'intenter une action en justice. Les éventuelles contestations en justice relatives au Contrat relèvent exclusivement de la compétence des tribunaux belges.

Des litiges d'ordre médical peuvent également, pour autant que les parties marquent explicitement leur accord écrit à ce sujet au plus tôt au moment où le litige naît, être tranchés par expertise médicale à l'amiable (arbitrage), où les parties désignent chacune un médecin. A défaut d'accord entre ces médecins, ceux-ci ou, en cas de désaccord, le Président du Tribunal de Première Instance compétent désigne(nt) un médecin 'tiers'. Le collège ainsi formé décide par majorité des voix et sa décision est sans appel. Sous peine de nullité de leur décision, les médecins ne peuvent cependant s'écarter des dispositions des Conditions Générales. Chaque partie règle les honoraires du médecin qu'elle a désigné. Les honoraires de l'éventuel médecin 'tiers' sont à charge des parties, par parts égales.

Article 1 : Définitions

Dans les présentes Conditions Générales et dans les Conditions Particulières, il y a lieu d'entendre par:

Accident

Un événement soudain, provoquant une blessure corporelle et dont la cause ou au moins une des causes est extérieure c.-à-d. indépendamment de l'état mental ou physique de la victime. Sont assimilés aux accidents:

- le sauvetage de personnes (et de biens) qui sont en danger
- les piqûres d'insectes ou les morsures d'animaux
- la chute involontaire dans l'eau ou l'inhalation involontaire de gaz ou de vapeurs dont la fuite était imprévisible
- la foudre

Accident dans la vie privée

Tout accident qui n'est pas prévu dans la Loi du 10 avril 1971 sur les Accidents de Travail.

Maladie

Une détérioration de l'état de santé qui n'est pas due à un accident, constatée par un diagnostic médical, et qui présente des symptômes objectifs. A l'exception des grossesses déjà existantes au moment de la souscription, une grossesse pathologique est considérée comme une maladie.

Article 2 : Objectif de la garantie

La Compagnie s'engage en cas d'invalidité permanente et totale d'un assuré suite à une maladie ou un accident à payer un capital. Ce capital est le capital assuré en cas de décès au jour où l'invalidité a été médicalement constatée. Une invalidité de plus de 66% est considérée comme invalidité totale.

Le capital versé en exécution de cette garantie complémentaire ne peut être cumulé à la garantie décès principale. Le versement d'un capital, en guise d'exécution de cette assurance complémentaire, met donc fin au contrat. Dans le cas d'assurance sur 2 têtes, la garantie n'est versée qu'une fois, mêmes si les deux assurés devenaient invalides.

Cette assurance complémentaire est soumise aux conditions générales et particulières de la garantie décès principale, sauf stipulation contraire dans cet article ou les suivants.

Cette assurance complémentaire est valable dans le monde entier. Toutefois, dans le cas où l'assuré séjourne en dehors de la Belgique, les prestations ne sont dues que si les contrôles indispensables peuvent avoir lieu.

Article 3 : Détermination du degré d'invalidité

Le degré d'invalidité est déterminé par un médecin désigné par la Compagnie et basé sur l'Echelle Belge Officielle de Détermination du Degré d'Invalidité ainsi que sur la jurisprudence belge en la matière. L'incapacité économique ne sera pas utilisée pour fixer le degré d'invalidité.

Sur la base des renseignements fournis, la Compagnie juge le bien-fondé, la durée et le degré de l'invalidité, et communique sa décision dans les 30 jours qui suivent la réception d'une attestation médicale. La décision est considérée comme acceptée par le preneur d'assurance si celui-ci ne signale pas à la Compagnie, dans les 16 jours, qu'il la conteste.

Article 4 : Obligations en cas d'invalidité de l'assuré

Tout accident ou maladie qui a provoqué ou qui pourrait provoquer une invalidité doit être signalé dans un délai d'un mois. Cette déclaration sera accompagnée d'un certificat du ou des médecin(s) traitant(s) de l'assuré décrivant les causes, la nature, le degré et la durée probable de l'invalidité.

La Compagnie se réserve le droit de solliciter toute information jugée utile. A cette fin, Delta Lloyd Life peut demander au(x) même(s) médecin(s) de compléter le formulaire que la Compagnie lui/leur transmettra.

- L'assuré autorise ses médecins traitants à communiquer aux médecins conseils de la Compagnie toutes les informations dont ils disposent au sujet de son état de santé.
- Les mesures adéquates doivent être prises afin que les représentants de la Compagnie puissent avoir un contact avec l'assuré et que les médecins conseils puissent l'examiner à tout instant et remplir toutes les missions que leur confrère Delta Lloyd Life.

Article 5 : Risques exclus

La garantie n'est jamais octroyée lorsque, et dans la mesure où, l'invalidité:

- résulte d'un risque exclu de l'assurance principale, même si cette dernière est complétée par une clause particulière couvrant ce type de risques
- résulte d'un fait volontaire de l'assuré, du preneur d'assurance ou de ses ayants droit ou d'une tentative de suicide de la part de l'assuré
- résulte de l'utilisation de drogues à des fins non médicales ou de toxicomanie
- ne peut être prouvée par un examen médical ou est liée à une affection des nerfs ou de l'esprit qui ne présente aucun symptôme objectif pouvant déboucher sur un diagnostic indiscutable
- résulte de tout fait ou d'une succession de faits ayant la même origine, pour autant que le ou les fait(s) ou que les dommages causés résultent ou soient la conséquence de propriétés radioactives, nocives, explosives ou autrement dangereuses de matières fissiles, de produits radioactifs ainsi que du dommage causé directement ou indirectement par toute source de rayons ionisants
- résulte d'une opération de chirurgie esthétique ou d'autres opérations chirurgicales, sauf dans les cas où elles sont médicalement nécessaires.

Sauf accord contraire dans les conditions particulières, la garantie n'est jamais accordée lorsque, et dans la mesure où, l'invalidité est causée ou est aggravée par:

- une infirmité physique ou de la mauvaise santé de l'assuré, qui existait déjà au moment où la présente assurance est entrée en vigueur
- l'usage, en tant que pilote, conducteur ou passager, d'un moyen de transport à moteur ou tiré par des animaux durant des compétitions, concours, entraînements ou essais en vue de ce type de compétitions
- l'exercice, dans l'esprit de compétition (y compris l'entraînement), du cyclisme, de l'équitation et des sports d'hiver, ou d'une course de vitesse, de paris ou de défis
- l'exercice, en professionnel, de n'importe quel sport
- l'exercice des sports suivants: alpinisme, sports de combat (boxe, catch, jiu-jitsu, karaté, lutte,...), saut en parachute, saut à l'élastique, saut de trampoline, «skeleton», saut à ski, saut d'obstacles, nage, plongée sous-marine avec appareil de respiration autonome, rugby, planeur deltaplane, l'ULM et rafting;
- des explorations archéologiques, spéléologiques ou des fonds marins
- les risques suivants, propres aux activités professionnelles de l'assuré:
 - la chute d'une hauteur de plus de 10 m.
 - la descente dans des puits, des mines ou carrières souterraines et des travaux à des installations électriques à haute tension
 - la manipulation d'appareils à explosion ou de matières explosives et de produits mordants.

Article 6 : Déchéance des droits

Le preneur d'assurance ou ses ayants-droit encourent une déchéance des droits:

- en cas de faux témoignage ou si les réponses données à Delta Lloyd Life contiennent de fausses déclarations ou des omissions volontaires de nature à influencer la décision de la Compagnie
- lorsque la déclaration d'accident ou de maladie est volontairement retardée et qu'il est par conséquent impossible de déterminer si la cause de l'invalidité fait ou non partie des risques exclus
- en règle générale, lorsque l'assuré, le preneur d'assurance ou ses ayants-droit n'ont pas respecté les obligations contractuelles, sauf en cas de force majeure.

Dans tous les cas de déchéance des droits susmentionnés, la Compagnie se réserve le droit de résilier la présente assurance complémentaire.

Article 7 : Rachat et résiliation

Cette assurance complémentaire ne prévoit pas de valeur de rachat. En cas de rachat ou de résiliation de l'assurance principale, quelle qu'en soit la raison, cette assurance complémentaire cesse automatiquement d'avoir cours.

Delta Lloyd Life S.A.
Avenue Fonsny, 38
1060 Bruxelles

Tél. : +32 (0)2 238 88 11
Fax : +32 (0)2 238 88 99
TVA BE 0403 280 171
RPM Bruxelles
www.deltalloydlife.be

Delta Lloyd Life SA, entreprise d'assurances agréée par la BNB (Boulevard de Berlaimont 14, 1000 Bruxelles) et la FSMA (Rue du Congrès 12-14, 1000 Bruxelles) sous le n° de code 167 pour les Branches vie 21, 22, 23 et 27, la Branche 26 capitalisation ainsi que les branches d'assurances relevant du groupe d'activités non vie sauf assistance (A.R. 29.3.79 - 18.1.82 - 17.10.88 - 30.3.93 - M.B. 14.7.79 - 23.1.82 - 4.11.88 - 7.5.93), dont le siège social est situé Avenue Fonsny 38, 1060 Bruxelles, Belgique - TVA BE 0403 280 171- RPM Bruxelles- Compte Bancaire : 646-0302680-54 - IBAN BE42 6460 3026 8054 - BIC BNAGBEBB.