



Algemene Voorwaarden Tak 23 levensverzekering Securex Life Fund Plan

Referentie: TAK23-AV-SLFP-122022

Securex Leven vov

Maatschappelijke zetel: Tervurenlaan 43, 1040 Brussel – RPR Brussel - Ondernemingsnr.: 0422.900.402 - Belgische
verzekeringsmaatschappij erkend onder nr. 944 voor het uitoefenen van de volgende verzekeringsverrichtingen: takken 1a, 2, 21,
22 en 23 - IBAN BE67 7320 3303 2187- BIC CREGBEBB

Tervurenlaan 43, 1040 Brussel – leven@securex.be – www.securex.be

INHOUDSTAFEL

1.	DEFINITIES	3
2.	ALGEMENE WERKING VAN DE OVEREENKOMST.....	3
2.1	INWERKINGTREDING EN PREMIEBETALING	3
2.2	VORMING VAN HET REKENINGTEGOED	3
2.3	WAARDE VAN HET REKENINGTEGOED / BELEGGINGSVORMEN	3
3.	DEKKINGEN	4
3.1	UITKERING OP DE EINDDATUM VAN DE OVEREENKOMST	4
3.2	UITKERING BIJ OVERLIJDEN	4
3.3	UITKERING BIJ ARBEIDSONGESCHIKTHEID	6
3.4	ALGEMENE BEPALINGEN	10
4.	RECHTEN VAN DE VERZEKERINGNEMER.....	12
4.1	ALGEMENE BEPALINGEN	12
4.2	OPZEGGING	12
4.3	WIJZIGING VAN BELEGGINGSREGELS EN SWITCH VAN BELEGGINGSVORM.....	13
4.4	AANDUIDING EN WIJZIGING VAN DE BEGUNSTIGDEN	13
4.5	AFKOOPT	13
4.6	VOORSCHOT	13
4.7	INPANDGEVING.....	13
4.8	OVERDRACHT VAN RECHTEN.....	13
5.	RECHTEN VAN DE BEGUNSTIGDE(N).....	14
6.	DIVERSE BEPALINGEN.....	14
6.1	OMZETTING VAN MONETAIRE BEDRAGEN IN EENHEDEN EN OMGEKEERD.....	14
6.2	KOSTEN EN BELASTINGEN	16
6.3	PERSOONLIJK CERTIFICAAT EN JAARLIJKS REKENINGUITTREKSEL.....	16
6.4	WEDERINWERKINGSTELLING	17
6.5	UITKERINGEN.....	17
6.6	BRIEFWISSELING EN BEWIJS.....	17
6.7	WIJZIGING VAN DE ALGEMENE VOORWAARDEN	18
6.8	WETTELIJK KADER	18
6.9	BESCHERMING VAN DE PERSOONLIJKE LEVENSSFEER	18
6.10	KLACHTEN EN GESCHILLEN.....	20
6.11	WAARSCHUWING	20

1. DEFINITIES

verzekeraar	Securex Leven vov – Maatschappelijke zetel: Tervurenlaan 43, 1040 Brussel – Erkend bij KB van 5.1.1982 (BS 23.1.1982) onder nr. 944 voor het uitoefenen van verzekeringsverrichtingen leven (tak 1a, 2, 21, 22, 23)–RPR Brussel – Ondernemingsnr.: 0422.900.402
overeenkomst	de beleggingsverzekering, bestaande uit deze Algemene Voorwaarden, (het) de Beheersreglement(en), het Persoonlijk Certificaat en eventuele andere documenten, die samen moeten gelezen worden en één geheel vormen
verzekeringnemer	de persoon die de overeenkomst sluit met de verzekeraar; indien er twee verzekeringnemers zijn, slaat de term ‘verzekeringnemer’, naargelang het zinsverband, gezamenlijk op beide verzekeringnemers of afzonderlijk op elke verzekeringnemer
verzekerde(n)	de natuurlijke perso(o)n(en) op het hoofd waarvan de dekking(en) is (zijn) gesloten
begunstigde(n)	de perso(o)n(en) aan wie de uitkeringen toekomen waarin de overeenkomst voorziet
rekeningtegoed of reserve	de waarde van de overeenkomst op een gegeven ogenblik

2. ALGEMENE WERKING VAN DE OVEREENKOMST

2.1 Inwerkingtreding en premiebetaling

De overeenkomst treedt in werking op de in het Persoonlijk Certificaat vermelde datum. De betaaldatum van een premie is de valutadatum van die premie op de bankrekening van de verzekeraar.

De premiebetaling geschiedt rechtstreeks op de door de verzekeraar aangeduide bankrekening met vermelding van de opgegeven referenties. 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 op de door de verzekeraar aangeduide bankrekening en volgens de overeengekomen modaliteiten.

2.2 Vorming van het rekeningtegoed

Met het oog op de financiering van de in het Persoonlijk Certificaat voorziene uitkeringen, wordt bij de verzekeraar een rekeningtegoed gevormd. In eerste instantie wordt het rekeningtegoed gevormd door de toe te kennen premie(s) bestemd voor de dekking leven/ overlijden. De toe te kennen premie is de door de verzekeringnemer gestorte premie (brutopremie) na afhouding van de eventuele risicopremie voor de dekking bij arbeidsongeschiktheid (3.3) en na afhouding van belastingen en instapkosten (zie Bijlage - Overzicht kosten verbonden aan Securex Life Fund Plan).

Het rekeningtegoed wordt belegd in één of meerdere beleggingsvormen (zie 2.3). Het rendement van iedere beleggingsvorm wijzigt het rekeningtegoed.

Het rekeningtegoed kan eveneens verminderen door toepassing van eventuele kosten (uitstapkosten, beheerskosten, switchkosten) of belastingen. De uitkering op de einddatum en de uitkering bij overlijden a rato van het rekeningtegoed (zie 3.1 en 3.2) worden ook onttrokken aan het rekeningtegoed.

2.3 Waarde van het rekeningtegoed / beleggingsvormen

De beleggingsvormen van het rekeningtegoed zijn fondsgekoppeld en behoren bijgevolg tot de zogenaamde tak 23. De toegepaste beleggingsvorm(en) van het rekeningtegoed blijkt (blijken) uit het Persoonlijk Certificaat. De Beheersreglementen beschrijven de verdere kenmerken van iedere beleggingsvorm.

De waarde van het rekeningtegoed wordt uitgedrukt in eenheden. De waarde-evolutie van een eenheid is

gekoppeld aan de waarde-evolutie van een beleggingsfonds. Door de evolutie van de eenheidswaarde vermeerderd of vermindert aldus het rekeningtegoed. De waarde van het rekeningtegoed op een bepaald ogenblik is gelijk aan het aantal eenheden vermenigvuldigd met hun respectievelijke waarde op dat bepaalde ogenblik.

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.

3. DEKKINGEN

3.1 Uitkering op de einddatum van de overeenkomst

Als de overeenkomst een einddatum heeft en het 'verzekerd voorval' in het kader van de dekking 'uitkering bij overlijden' (zie 3.2.1.1) zich niet heeft voorgedaan vóór die einddatum, wordt het op die einddatum gevormde rekeningtegoed uitgekeerd aan de begunstigde(n) 'op einddatum' en eindigt de overeenkomst.

3.2 Uitkering bij overlijden

3.2.1 Omschrijving van de dekking

3.2.1.1 Verzekerd voorval

Indien de verzekerde tijdens de dekkingsperiode (zie 3.2.2.1) overlijdt, keert de verzekeraar het overeengekomen kapitaal uit aan de begunstigde(n) 'bij overlijden' ('overlijdenskapitaal') en eindigt de overeenkomst.

Indien er twee verzekerden zijn, moet 'het overlijden van de verzekerde' gelezen worden als, naargelang wat werd overeengekomen, het overlijden van hetzij één van beide verzekerden ('eerste overlijden van twee'), hetzij beide verzekerden ('laatste overlijden van twee').

- Als het verzekerd voorval het overlijden impliceert van één van beide verzekerden ('eerste overlijden van twee'), geldt de dekking slechts als de eerststervende verzekerde overlijdt tijdens de dekkingsperiode en is de datum van het zich voordoen van het verzekerd voorval de overlijdensdatum van de eerststervende verzekerde.
- Als het verzekerd voorval het overlijden impliceert van beide verzekerden ('laatste overlijden van twee'), geldt de dekking slechts als beide verzekerden overlijden tijdens de dekkingsperiode en is de datum van het zich voordoen van het verzekerd voorval de overlijdensdatum van de laatststervende verzekerde.

Bij (al dan niet simultaan) overlijden van beide verzekerden is er geen 'dubbele uitkering'.

3.2.1.2 Bedrag

Voor de berekening van het uit te keren overlijdenskapitaal wordt het verzekerd bedrag (en het onderliggende bedrag van het rekeningtegoed op basis van het aantal eenheden en de eenheidswaarden) op de datum van het zich voordoen van het verzekerd voorval (zie 3.2.1.1) in aanmerking genomen (zie echter 3.2.3 in geval van laattijdige aangifte van het overlijden). Er is geen winstdeling bij overlijden.

Tenzij andersluidend verzoek van de verzekeringnemer met schriftelijk akkoord van de verzekeraar, wordt bij een gedeeltelijke afkoop (zie 4.5), het verzekerd bedrag van het overlijdenskapitaal automatisch verminderd met het bedrag van de gedeeltelijke afkoop.

3.2.2 Draagwijdte van de dekking

3.2.2.1 Dekkingsperiode

De dekkingsperiode begint en eindigt uiterlijk op de respectievelijke in het Persoonlijk Certificaat voorziene datums. Tenzij anders is aangegeven op het Persoonlijk Certificaat, begint de dekkingsperiode ten vroegste op de betaaldatum van de eerste of enige premie, zijnde de valutadatum van die premie op de bankrekening van de verzekeraar. Indien de overeenkomst een einddatum heeft, eindigt de dekkingsperiode steeds uiterlijk op die einddatum. Indien de overeenkomst geen einddatum heeft, eindigt de dekkingsperiode uiterlijk bij het zich voordoen van het ‘verzekerd voorval’ (zie 3.2.1.1).

3.2.2.2 Geografische uitgestrektheid

De overlijdensdekking is geldig over de hele wereld.

3.2.2.3 Uitgesloten risico's

De verzekeraar beperkt de uitkering bij overlijden tot het gevormde rekeningtegoed op basis van het aantal eenheden en de eenheidswaarden op de datum van het zich voordoen van het ‘verzekerd voorval’ (zie 3.2.1.1; zie echter ook 3.2.3 in geval van laattijdige aangifte van het overlijden), als het overlijden het rechtstreekse of onrechtstreekse gevolg is van:

- zelfmoord tijdens het eerste jaar na de inwerkingtreding of na de wederinwerkingstelling van de dekking; dezelfde termijn van 1 jaar geldt bij om het even welke verhoging van het nominaal verzekerd bedrag van de dekking, met betrekking tot die verhoging en te rekenen vanaf de inwerkingtreding ervan;
- de tenuitvoerlegging van een rechterlijke veroordeling tot de doodstraf;
- een opzettelijk door de verzekerde als dader of mededader gepleegd(e) misdrijf of wanbedrijf;
- een ongeval met een luchtvaartuig waarop de verzekerde inscheepte als passagier of als bemanningslid, tenzij het een reguliere lijn- of chartervlucht betreft met een niet-militair karakter.
- oproer en enige collectieve gewelddaad met politieke, ideologische of maatschappelijke inslag, al dan niet gepaard gaande met opstand tegen de overheid, tenzij de begunstigde(n) bewijst (bewijzen) dat de verzekerde hetzij er op geen enkele manier actief deel aan nam, hetzij zich in een staat van wettige zelfverdediging bevond, hetzij slechts tussenbeide kwam als lid van de macht die door de overheid werd ingezet voor het handhaven van de orde;
- oorlog of enig gelijkaardig feit en burgeroorlog; indien het overlijden van de verzekerde zich voordoet in een vreemd land waar vijandelijkheden aan de gang zijn, wordt een onderscheid gemaakt tussen twee gevallen:
 - als het conflict uitbreekt tijdens het verblijf van de verzekerde, geldt de dekking voor zover de verzekerde niet op actieve wijze aan de vijandelijkheden deelneemt;
 - als 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;
- enig feit of enige opeenvolging van feiten met dezelfde oorzaak die voortkomen uit of het gevolg zijn van ioniserende stralingsbronnen, van splijtstoffen of radioactieve producten of afvalstoffen, met uitzondering van medische bestralingen.

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, 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).

3.2.3 Aangifte van een schadegeval

Het overlijden van enige verzekerde moet bij de verzekeraar uiterlijk binnen 30 dagen na het overlijden via het daartoe bestemde formulier worden aangegeven. Bij laattijdige aangifte kan de verzekeraar, tenzij genoegzaam wordt aangetoond dat de aangifte van het schadegeval 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 uitgezonderd bij overmacht, kan de verzekeraar steeds haar tussenkomst in het kader van de dekking van het overlijdenskapitaal verminderen met het door hem geleden nadeel dat voortvloeit uit de eventuele negatieve evolutie van de eenheidswaarden van reserves verbonden met een beleggingsvorm (zie de Beheersreglementen) sinds de datum van het zich voordoen van het ‘verzekerd voorval’ (zie 3.2.1.1).

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 volgens het volledig ingevulde model van de verzekeraar met vermelding van de overlijdensoorzaak. Indien aan één van deze verplichtingen niet wordt voldaan, kan de verzekeraar haar tussenkomst verminderen ten belope van het door hem geleden nadeel.

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 zij haar tussenkomst weigeren en elke ten onrechte uitgekeerde som terugvorderen, verhoogd met de wettelijke intresten.

3.3 Uitkering bij arbeidsongeschiktheid

3.3.1 Omschrijving van de dekking

3.3.1.1 Verzekerd voorval

In de mate dat de verzekerde als gevolg van een gedekte oorzaak tijdens de dekkingsperiode (zie 3.3.2.1) arbeidsongeschikt wordt (zie 3.3.1.2), heeft de begunstigde, zodra de eigenrisicotermijn is verstreken, gedurende de periode van de arbeidsongeschiktheid en dit uiterlijk tot het einde van de uitkeringsperiode, recht op de volledige of gedeeltelijke toekenning van de arbeidsongeschiktheidsrente.

De dekking ‘premië vrijstelling bij arbeidsongeschiktheid’ voorziet in een verdere premiebetaling ten laste van de verzekeraar. De verzekeraar beheert deze dekking als een premieruggave aan het eind van iedere maand voor zover het schadedossier erkend is door de verzekeraar.

3.3.1.2 Arbeidsongeschiktheid

Er is sprake van arbeidsongeschiktheid zodra de in het Persoonlijk Certificaat vermelde arbeidsongeschiktheidsdrempel wordt bereikt.

De arbeidsongeschiktheidsdrempel is de minimale economische invaliditeitsgraad die moet vastgesteld worden opdat er sprake kan zijn van arbeidsongeschiktheid. De in aanmerking genomen economische invaliditeitsgraad is de werkelijke economische invaliditeitsgraad, verminderd met de economische invaliditeitsgraad voortvloeiend uit of verband houdend met een niet gedekte oorzaak (zie 3.3.1.3), een uitgesloten risico (zie 3.2.2.3) en/of een niet gedekte voorafbestaande ziekte of aandoening (zie 3.4.2). Indien de arbeidsongeschiktheidsdrempel bereikt wordt en er aldus sprake is van arbeidsongeschiktheid, wordt de tussenkomst van de verzekeraar bepaald op basis van de arbeidsongeschiktheidsgraad, zijnde de hoogste van de economische invaliditeitsgraad (verminderd met de economische invaliditeitsgraad voortvloeiend uit of verband houdend met een niet gedekte oorzaak, een uitgesloten risico en/of een niet gedekte voorafbestaande ziekte of aandoening) en de fysiologische invaliditeitsgraad (verminderd met de fysiologische invaliditeitsgraad voortvloeiend uit of verband houdend met een niet gedekte oorzaak, een uitgesloten risico en/of een niet gedekte voorafbestaande ziekte of aandoening). Is de arbeidsongeschiktheidsgraad lager dan 67%, dan is er sprake van een gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid. Bedraagt de arbeidsongeschiktheidsgraad minstens 67%, dan is er sprake van een volledige arbeidsongeschiktheid. De economische invaliditeitsgraad vertegenwoordigt de mate waarin de arbeidsongeschiktheid van de verzekerde verminderd is tengevolge van een fysiologische invaliditeit, zijnde een aantasting van zijn lichamelijke gaafheid. De economische invaliditeitsgraad wordt vastgelegd rekening houdend met de gehele of gedeeltelijke onmogelijkheid waarin de verzekerde zich bevindt een beroepswerkzaamheid uit te oefenen die verenigbaar is met zijn kennis, bekwaamheden en beroepsantecedenten. Hierbij wordt geen rekening gehouden met de algemene economische toestand noch met enig ander economisch criterium. De fysiologische invaliditeitsgraad vertegenwoordigt de mate waarin de lichamelijke gaafheid van de verzekerde verminderd is. Deze wordt vastgesteld bij medische beslissing, op basis van de ‘Officiële Belgische Schaal der Invaliditeiten’ en van enig ander officieel document dat ter aanvulling ervan wordt uitgevaardigd. De verwijzing naar de fysiologische invaliditeitsgraad heeft enkel een eventuele invloed op de

hoogte van de uit te keren of toe te kennen arbeidsongeschiktheidsrenten en doet niets af aan het feit dat deze renten de arbeidsongeschiktheid dekken en, zonder afbreuk te doen aan hun forfaitair karakter, tot doel hebben in een tussenkomst te voorzien bij inkomensverlies.

3.3.1.3 Gedekte arbeidsongeschiktheidsorzaken

De gedekte arbeidsongeschiktheid kan het gevolg zijn van een ongeval en/of een ziekte, naargelang wat werd overeengekomen.

- Een ongeval is een plotse en toevallige gebeurtenis die een lichamelijk letsel met zich meebrengt en waarvan de oorzaak of één van de oorzaken buiten het organisme van de verzekerde ligt en die onafhankelijk van zijn wil gebeurt.
Worden niet beschouwd als een ongeval:
 - De zelfmoord of poging tot zelfmoord;
 - De ziekten en hun gevolgen, aanvallen van beroerten, van vallende ziekten of dergelijke, welke er ook de oorzaak van zij;
 - De gevolgen van heelkundige ingrepen die niet genoodzaakt worden door een ongeval;
 - De besmettingen, intoxicaties en vergiftigingen, tenzij een bloedvergiftiging (maar enkel als er een uitwendige verwonding geweest is en de bloedvergiftiging tezelfdertijd als de verwonding heeft plaats gehad).Bij wijze van uitbreiding worden echter wel beschouwd als een ongeval:
 - Het onopzettelijk inademen van gassen of dampen en het bij vergissing opslorpen van giftige stoffen;
 - Beten van dieren en steken van insecten;
 - De verdrinking;
 - Bliksemingslag;
 - Het redden van personen die in gevaar verkeren.
- Een ziekte is elke aantasting van de gezondheid van de verzekerde die te wijten is aan een andere oorzaak dan een ongeval, zoals hiervoor beschreven. Zwangerschap, bevalling en pre- of postnatale rust worden niet als een ziekte beschouwd en zijn dus niet gedekt in het kader van deze overeenkomst, tenzij er zich met betrekking tot de zwangerschap, de bevalling of de pre- of postnatale rust een pathologie voordoet die onder de dekking valt, waarvan de diagnose is vastgesteld door een in België erkende arts.

3.3.1.4 Bedrag

3.3.1.4.1 Algemeen

Onder voorbehoud van de bepalingen hieronder, zijn de arbeidsongeschiktheidsrenten gelijk aan hun verzekerd(e) bedrag(en) bij het verstrijken van de eigenrisicotermijn. Ze worden in maandelijkse schijven op het einde van iedere maand toegekend. Voor de eerste en de laatste maand van de effectieve uitkeringsperiode worden de renten pro rata het aantal dagen arbeidsongeschiktheid in de betrokken maanden berekend.

3.3.1.4.2 Arbeidsongeschiktheidsgraad

De arbeidsongeschiktheidsrente(n) wordt (worden) toegekend in verhouding tot de arbeidsongeschiktheidsgraad voor zover de arbeidsongeschiktheidsdrempel bereikt wordt (zie 3.3.1.2). Er vindt een volledige toekenning plaats indien de arbeidsongeschiktheidsgraad minstens 67% bedraagt. Wijzigt de arbeidsongeschiktheidsgraad, dan wordt het bedrag van de rente aangepast in functie van de nieuwe arbeidsongeschiktheidsgraad. Zodra de arbeidsongeschiktheidsdrempel niet meer bereikt is, wordt de toekenning van de arbeidsongeschiktheidsrente(n) stop gezet. De verzekeraar doet geen (verhoogde) toekenning voor een verhoging van de arbeidsongeschiktheidsgraad die optreedt na de dekkingsperiode (zie 3.3.2.1) en dus ook niet na de beëindiging van de betreffende dekking.

3.3.1.4.3 Dekking 'premiëvrijstelling bij arbeidsongeschiktheid'

Het verzekerd bedrag van de dekking 'premiëvrijstelling bij arbeidsongeschiktheid' is gelijk aan $((TP - PAO) \times AOG)$, waarbij:

TP = het totaal overeengekomen toekomstig premiebedrag op jaarbasis (zonder taksen of heffingen);

PAO = het premiebedrag dat normaal bestemd is voor de financiering van de dekking bij arbeidsongeschiktheid;

AOG = de arbeidsongeschiktheidsgraad.

De effectief toegekende prestatie in het kader van de dekking ‘premiëvrijstelling bij arbeidsongeschiktheid’ is gelijk aan het verzekerd bedrag, rekening houdend met de arbeidsongeschiktheidsgraad (zie 3.3.1.4.2). Indien in het Persoonlijk Certificaat voorzien werd in een toekomstige evolutie van het ‘TP’ en/of het ‘PAO’ in de voormelde formule, evolueert de toegekende arbeidsongeschiktheidsrente mee volgens de betreffende parameters. Met een eventuele niet-forfaitaire indexatie van deze bedragen wordt echter geen rekening gehouden. Tenzij anders is overeengekomen, volgen de toekenningen in het kader van deze dekking die bestemd zijn voor de reserves dezelfde beleggingsregels als de premies die bestemd zijn voor de reserves.

Er wordt hierbij opgemerkt dat de dekkingen ‘arbeidsongeschiktheidsrenten’ een ‘endogene’ premiëvrijstelling genieten tijdens de periode gedurende welke en in de mate waarin de verzekeraar effectief een arbeidsongeschiktheidsrente toekent, wat inhoudt dat die dekkingen a rato van de arbeidsongeschiktheidsgraad waarvoor de verzekeraar effectief tussenkomst verleent, zonder premiebetaling verder lopen in hun laatst verzekerde toestand (dekkings- en uitkeringsperiode, eigenrisicotermijn, enz..).

3.3.1.5 Uitkeringsperiode

De verzekeraar is de arbeidsongeschiktheidsrenten - zonder retroactiviteit - verschuldigd vanaf het verstrijken van de in het Persoonlijk Certificaat vermelde eigenrisicotermijn. De eigenrisicotermijn begint te lopen vanaf de aanvangsdatum van de arbeidsongeschiktheid.

De arbeidsongeschiktheidsrenten worden uiterlijk toegekend tot het einde van de in het Persoonlijk Certificaat vermelde uitkeringsperiode of het eerder overlijden van de verzekerde. Als de uitkeringsperiode wordt uitgedrukt als het bereiken van een leeftijd(sgrens) en/of als een looptijd (in jaren), betekent dit het volgende:

- Als de uitkeringsperiode wordt uitgedrukt als het bereiken van een leeftijd(sgrens), loopt zij uiterlijk tot de eerste dag van de maand samenvallend met of volgend op het bereiken van de betreffende leeftijd(sgrens) in hoofde van de verzekerde;
- Als de uitkeringsperiode wordt uitgedrukt als een looptijd, wordt die looptijd gerekend vanaf de aanvangsdatum van de arbeidsongeschiktheid (en dus niet vanaf het verstrijken van de eigenrisicotermijn) en verstrijkt die periode uiterlijk op de voorziene leeftijd(sgrens) in hoofde van de verzekerde.

Indien in een (algemene) einddatum is voorzien, eindigt de uitkeringsperiode steeds uiterlijk op de einddatum.

3.3.1.6 Herval

Er is sprake van herval als een arbeidsongeschiktheid aanvangt binnen drie maanden volgend op het einde van een vorige periode van arbeidsongeschiktheid en te wijten is aan dezelfde oorzaak als die vorige periode van arbeidsongeschiktheid.

Bij herval wordt de vorige periode van arbeidsongeschiktheid mee in aanmerking genomen voor de berekening van de eigenrisicotermijn.

3.3.2 Draagwijdte van de dekking

3.3.2.1 Dekkingsperiode

De dekkingsperiode van de dekkingen bij arbeidsongeschiktheid begint en eindigt uiterlijk op de respectievelijke in het Persoonlijk Certificaat voorziene datums. Tenzij anders is aangegeven in het Persoonlijk Certificaat, begint de dekkingsperiode ten vroegste op de datum van ontvangst van de eerste of enige premie.

Als de dekkingsperiode verwijst naar een leeftijd(sgrens), loopt zij uiterlijk tot de eerste dag van de maand samenvallend met of volgend op het bereiken van de betreffende leeftijd(sgrens) in hoofde van de verzekerde.

3.3.2.2 Geografische uitgestrektheid

De dekkingen bij arbeidsongeschiktheid zijn in principe geldig over de hele wereld voor zover de verzekerde

zijn gewone verblijfplaats in België heeft en in de mate dat de verzekeraar volgens haar eigen beoordeling, de vereiste medische controle zonder moeilijkheden kan (blijven) uitoefenen, zonder buitensporige kosten. Wanneer de verzekerde echter buiten de Europese Unie verblijft, worden de arbeidsongeschiktheidsrenten slechts gedurende een periode van maximum drie maanden uitgekeerd. Ze zullen hervatten zodra de verzekerde naar België terugkomt.

3.3.2.3 Uitgesloten risico's

De verzekeraar verleent geen dekking en doet bijgevolg geen toekenning in het kader van de dekking bij arbeidsongeschiktheid ingevolge een risico dat in het kader van de dekking bij overlijden conform het punt 3.2.2.3 zou uitgesloten zijn (zowel toegepast op de arbeidsongeschiktheid zelf als op de oorzaak ervan) of als de arbeidsongeschiktheid zelf dan wel de oorzaak ervan het rechtstreekse of onrechtstreekse gevolg is van:

- Behandelingen die de verzekerde op zichzelf heeft toegepast, behalve daden van normale persoonlijke verzorging;
- Een poging tot zelfmoord
- Subjectieve of psychische stoornissen, met uitzondering van:
 - De hierna op limitatieve wijze genoemde psychische stoornissen of zenuwaandoeningen, na toepassing van de eigenrisicotermijn:
 - Majeure depressie,
 - Bipolaire stoornis,
 - Psychotische stoornis,
 - Veralgemeende angststoornis,
 - Schizofrenie,
 - Dissociatieve stoornis,
 - Obsessief-compulsieve stoornis,
 - Anorexia nervosa,
 - Boulimia nervosa,

waarvan de diagnose door een in België erkend psychiater is vastgesteld en beantwoordt aan de criteria van het internationaal referentiesysteem DSM-V of een actuele versie op het moment van het schadegeval.

- De hierna op limitatieve wijze vermelde stoornissen, na toepassing van de eigenrisicotermijn met een minimum van 180 dagen:
 - Burn-out,
 - Fibromyalgie,
 - Chronisch vermoeidheidssyndroom (CVS),
 - Psychiatrische complicaties van somatische ziekten,
 - Functionele psychische stoornissen en hun gevolgen,

waarvan de diagnose is vastgesteld op basis van medisch verklaarbare en/of organische symptomen door een in België erkende arts. De verzekeraar verleent deze waarborg slechts voor 1 schadegeval gedurende de volledige looptijd van de overeenkomst en betaalt gedurende maximum 1 jaar.

Wat betreft de dekking van het terrorismerisico, zijn de betreffende bepalingen van punt 3.2.2.3 hier op dezelfde wijze van toepassing.

3.3.3 Aangifte van een schadegeval en medische opvolging

Elk schadegeval dat aanleiding kan geven tot een (verhoging van de) tussenkomst van de verzekeraar, moet bij haar uiterlijk binnen 30 dagen aangegeven worden. Bij laattijdige aangifte kan de verzekeraar, tenzij genoegzaam wordt aangetoond dat de aangifte van het schadegeval zo snel dit redelijkerwijs mogelijk is werd ingediend, haar tussenkomst verminderen met het door haar geleden nadeel.

De aangifte moet vergezeld zijn van alle originele documenten, attesten en rapporten die het bestaan en de ernst van het schadegeval kunnen aantonen. De verzekeraar kan hiertoe elk bijkomend stuk vorderen. Alle belanghebbenden bij de tussenkomst van de verzekeraar moeten elke mogelijke medewerking verlenen zodat de door de verzekeraar nuttig geachte onderzoeken en controles zo vlot mogelijk kunnen uitgevoerd worden, moeten elke arts die aan de verzekerde 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, dit alles zowel bij het ontstaan van de arbeidsongeschiktheid als in het kader van de latere medische opvolging ervan. Alle maatregelen om de genezing te bespoedigen moeten zo snel mogelijk genomen worden en de voorgeschreven medische behandelingen moeten gevolgd worden. Indien aan één van deze verplichtingen niet wordt voldaan, kan de verzekeraar haar tussenkomst geheel of gedeeltelijk weigeren of onderbreken.

Bij de toekenning van een arbeidsongeschiktheidsrente heeft zowel de verzekerde als de verzekeraar steeds

het recht de arbeidsongeschiktheidsgraad aan een herziening te onderwerpen. Elke wijziging in de gezondheidstoestand van de verzekerde die een vermindering van de arbeidsongeschiktheidsgraad veroorzaakt of zou kunnen veroorzaken, moet binnen 15 dagen spontaan aan de verzekeraar worden gemeld. Zoniet eist de verzekeraar de terugbetaling van elke ten onrechte uitgekeerde of toegekende som, verhoogd met de wettelijke intresten.

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 zij haar tussenkomst weigeren of stopzetten en elke ten onrechte uitgekeerde of toegekende som terugvorderen, verhoogd met de wettelijke intresten.

3.4 Algemene bepalingen

3.4.1 Correcte gegevensverstrekking

Bij het sluiten, het verhogen of de wederinwerkingstelling van de dekkingen 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 de risico's 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 enige verzekeringsprestatie (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 ter zake 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 'overlijdenskapitaal' en, onverminderd andersluidende dwingende bepalingen, gedurende de volledige looptijd van de overeenkomst wat betreft de overige risicodekkingen (aanvullende verzekeringen).

Elke fraude, opzettelijke verzwijging of opzettelijke onjuiste verklaring heeft de nietigheid van de betreffende dekking(en) tot gevolg. De premies die vervallen zijn tot op het ogenblik waarop de verzekeraar hiervan kennis krijgt, komen haar toe. 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 tussenkomst te verlenen.

3.4.2 Aanvaarding van de risicodekkingen door de verzekeraar en voorafbestaande ziekten en aandoeningen

De risicodekkingen en enige verhoging van het nominaal verzekerd bedrag ervan zijn onderworpen aan de algemene aanvaardingscriteria die de verzekeraar om verzekeringstechnische en fiscaal-juridische redenen hanteert (structurele financierbaarheid van de dekkingen in het licht van het premiebudget en het bedrag van de reeds gevormde reserves, gunstig resultaat van medische formaliteiten en/of onderzoeken, aanvullend karakter van sommige risicodekkingen, maximale dekkingen, oververzekering, antiselectie, fiscale begrenzingsen, beschikking over de nodige berekeningsgegevens, enz.). De risicodekkingen zijn slechts verzekerd indien zij voorkomen 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 risicodekkingen een bestaande ziekte of aandoening vermelden, aan het licht brengen of op basis van symptomen waarschijnlijk maken, is die gedekt, tenzij schriftelijk tegenbericht van de verzekeraar met vermelding van de ziekte of aandoening waarvoor de (verhoging van de) dekking niet wordt verleend.

Indien de verzekeraar voor een dekking een bijpremie aanreket en/of een 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 betreffende dekking(en).

3.4.3 Vaststelling en wijziging van de risicodekkingen door de verzekeraar

De verzekeraar kan te allen tijde het gewenste of effectief verzekerd bedrag van de risicodekkingen verminderen indien blijkt dat ze, gelet op het premiebudget en het bedrag van de betreffende reserves, niet (langer) kunnen gefinancierd worden. De verzekeraar vermindert in dit geval het bedrag van de betreffende risicodekkingen. De verzekeraar kan eventueel ook de moduleringen (eigenrisicotermijn, enz.) van de risicodekkingen inperken.

Meer algemeen kan de verzekeraar het bedrag en de moduleringen van de dekkingen wijzigen indien hiertoe gegronde redenen zijn die verband houden met de algemene criteria die zij om verzekeringstechnische en fiscaal-juridische redenen hanteert (aanvullend karakter van sommige risicodekkingen, maximale dekkingen, oververzekering, antiselectie, fiscale begrenzingsen, handhaving van geblokkeerde reserves, enz.). Bij een vermindering van reeds effectief verzekerde risico-dekkingen (of een inperking van hun moduleringen) op het initiatief van de verzekeraar (zie hierboven), verwittigt zij de verzekeringnemer. Ter gelegenheid hiervan wordt ook een gewijzigd Persoonlijk Certificaat met vermelding van de aangepaste verzekerde bedragen (en moduleringen) van de risicodekkingen overgemaakt.

3.4.4 Wijziging van de risicograad

Indien uit enig document blijkt dat bij de aanvaarding van een risicodekking door de verzekeraar of bij de berekening van het tarief van een risicodekking rekening werd gehouden met bepaalde kenmerken van de verzekerde (rookgedrag, beroepsactiviteit, sociaal statuut, uitgeoefende sporten, woonplaats, enz.), dan moet iedere wijziging hiervan binnen 30 dagen spontaan aan de verzekeraar schriftelijk worden meegedeeld. De verzekeraar is ook gerechtigd om de verzekeringnemer of de verzekerde te bevragen over de eventuele wijzigingen die zijn opgetreden in de voormelde kenmerken, in welk geval de verzekeringnemer of de verzekerde gehouden is binnen de aangegeven termijn te antwoorden.

Mocht de verzwaaring of de vermindering van het betreffende risico van zodanige aard zijn dat de verzekeraar deze dekking tegen andere voorwaarden zou hebben verleend, dan stelt zij binnen 1 maand vanaf de voormelde kennisgeving voor om de voorwaarden van de dekking aan te passen met uitwerking op de datum van de verzwaaring van het risico of op de datum waarop zij kennis heeft gekregen van de vermindering van het risico.

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

Mocht een schadegeval plaats vinden voordat de verzwaaring van het risico aan de verzekeraar werd gemeld, dan wordt de uitkering, als het niet spontaan meedelen van een verzwaaring van het risico kan verweten worden of als de verzekeringnemer of de verzekerde niet zou geantwoord hebben 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 het bewijs kan leveren dat zij de dekking onder de gewijzigde omstandigheden niet zou hebben verleend, dan kan zij de prestatie beperken tot de terugbetaling van alle betaalde premies voor het betreffende risico. Indien het niet spontaan meedelen van een verzwaaring van het risico of het niet antwoorden op een bevraging door de verzekeraar met bedrieglijk opzet geschiedt, kan de verzekeraar haar uitkering weigeren en komen alle premies die op het ogenblik waarop zij kennis krijgt van de bedrieglijke verzwijging al vervallen zijn, haar toe als schadevergoeding.

De bepalingen van dit punt gelden niet met betrekking tot de wijziging van de gezondheidstoestand van de verzekerde en gelden, wat betreft de dekkingen bij arbeidsongeschiktheid, slechts met inachtneming van de specifieke dwingende wettelijke beperkingen inzake 'ziekteverzekeringen' van de wet van 4 april 2014 betreffen de verzekeringen.

3.4.5 Medisch beroepsgeheim

De verzekerde(n) en de belanghebbende derden ontslaat (ontslaan) elke arts van het beroepsgeheim tegenover (de adviserende arts van) de verzekeraar om, ook na een overlijden, te voldoen aan alle verplichtingen waarin de Algemene Voorwaarden voorzien. De verzekerde(n) geeft (geven) uitdrukkelijk de toestemming aan elke arts om aan de adviserende arts van de verzekeraar een volledig ingevulde verklaring af te leveren omtrent de overlijdensoorzaak. Het door de verzekeraar opgestelde model van verklaring omtrent de overlijdensoorzaak beantwoordt aan de vereisten van artikel 61 van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen, in de zin dat geen informatie die niet-pertinent is gezien het risico waarvoor de verklaring werd opgemaakt of betreffende andere personen dan de verzekerde(n) zal worden meegedeeld.

4. RECHTEN VAN DE VERZEKERINGNEMER

4.1 Algemene bepalingen

De verzekeringnemer geniet tijdens de looptijd van de overeenkomst een aantal rechten. De belangrijkste 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 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 zij de verzekeringnemer hierover zo snel mogelijk in en deelt hij hem de reden hiervan mee.

Als er twee verzekeringnemers zijn, vergt elke vraag tot uitoefening of elke opdracht tot uitvoering van een recht en, meer algemeen, elke handeling of verrichting waarvoor het (schriftelijk) akkoord nodig is van de verzekeringnemer, het (schriftelijk) akkoord van beide verzekeringnemers, tenzij anders is aangegeven op het Persoonlijk Certificaat. Als het Persoonlijk Certificaat aangeeft dat het (schriftelijk) akkoord van één van beide verzekeringnemers volstaat, zal nochtans op schriftelijk verzoek in die zin, door één of beide verzekeringnemer(s) aan de verzekeraar gericht, vanaf de eerste werkdag van de verzekeraar na ontvangst van dit schrijven, het (schriftelijk) akkoord van beide verzekeringnemers vereist zijn. In dit geval zullen de op die dag al in uitvoering zijnde handelingen of verrichtingen worden stopgezet voor zover zij juridisch nog geen uitwerking hebben gehad.

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 het onderschrijvingsformulier 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.

Zodra de opzegging door de verzekeringnemer aan de verzekeraar ter kennis is gebracht, eindigt de overeenkomst en stort de verzekeraar het gevormde rekeningtegoed, verhoogd met alle aangerekende instapkosten, maar desgevallend na toepassing van een eventuele financiële correctie en na aanrekening van eventuele andere administratieve onderzoeken, terug aan de verzekeringnemer (zie 6.1.3.2 voor de praktische modaliteiten).

4.3 Wijziging van beleggingsregels en switch van beleggingsvorm

De verzekeringnemer kan de verzekeraar vragen om de beleggingsvormen van toekomstige premies (wijziging van beleggingsregels) en/of van het reeds gevormde rekeningtegoed (switch van beleggingsvorm) tijdens de looptijd van de overeenkomst te wijzigen (zie 6.1.4).

Een verzoek tot wijziging van beleggingsregels en tot switch van beleggingsvorm gebeurt met de documenten 'aanvraag tot wijziging van beleggingsregels' en 'aanvraag tot switch van beleggingsvorm' die de verzekeraar op eenvoudig verzoek ter beschikking stelt. De verzekeraar kan, zonder echter hiertoe verplicht te zijn, ook ingaan op een anders geformuleerd verzoek (e-mail, ...). Een wijziging van beleggingsregels of een switch van beleggingsvorm is pas effectief wanneer de verzekeraar de betreffende verrichting heeft bevestigd via het Persoonlijk Certificaat.

4.4 Aanduiding en wijziging van de begunstigden

De verzekeringnemer duidt de begunstigde(n) aan en kan de oorspronkelijk aangeduide begunstigde(n) wijzigen (zie ook 5). De wijziging van de begunstigden moet vervat zijn in een gedateerd en ondertekend geschrift. Om tegenstelbaar te zijn aan de verzekeraar, moet dit geschrift haar worden overgemaakt.

4.5 Afkoop

De verzekeringnemer kan het gevormde rekeningtegoed geheel of gedeeltelijk afkopen. Bij volledige afkoop eindigt de overeenkomst. De afkoop wordt aangevraagd met een gedateerd en ondertekend afkoop- of geldopnameformulier dat de verzekeraar op eenvoudig verzoek ter beschikking stelt. Dit formulier geldt als regelingskwijting zodra de verzekeraar het afgekochte rekeningtegoed heeft uitgekeerd.

Bij zowel een gehele als een gedeeltelijke afkoop wordt desgevallend een eventuele financiële correctie toegepast en wordt een afkoopvergoeding aangerekend. Tenzij andersluidende dwingende bepaling, is de afkoopvergoeding gelijk aan de uitstapkosten zoals opgenomen in het hierbij aangehechte 'Overzicht van de kosten verbonden aan Securex Life Fund Plan

4.6 Voorschot

De verzekeringnemer kan geen voorschot bekomen op de latere verzekeringsprestaties.

4.7 Inpandgeving

De verzekeringnemer kan de rechten voortvloeiend uit de overeenkomst niet in pand geven.

4.8 Overdracht van rechten

De verzekeringnemer kan de voormelde rechten die hij geniet geheel of gedeeltelijk overdragen aan één of meerdere hiertoe aangeduide personen, hierna 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, bij diens overlijden (in de veronderstelling dat dit overlijden niet de verwezenlijking inhoudt van het 'verzekerd voorval' in het kader van de dekking 'uitkering bij overlijden' - zie 3.2.1.1) 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.

Evenwel, indien er twee verzekeringnemers zijn en het overlijden van één van hen niet de verwezenlijking inhoudt van het 'verzekerd voorval' in het kader van de dekking 'uitkering bij overlijden' (zie 3.2.1.1), worden alle rechten van de overleden verzekeringnemer (inclusief de economische waarde die die rechten

vertegenwoordigen), tenzij anders vermeld op het Persoonlijk Certificaat, vanaf het overlijden overgedragen aan de overlevende verzekeringnemer.

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 door middel van een door hem (hen), de verzekeringnemer en de verzekeraar ondertekend bijvoegsel aan het Persoonlijk Certificaat, 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 en de overdracht van rechten slechts mogelijk zijn mits de schriftelijke toestemming van de aanvaardende begunstigde).

6. DIVERSE BEPALINGEN

6.1 Omzetting van monetaire bedragen in eenheden en omgekeerd

6.1.1 Algemeen

De verrichtingen die aanleiding geven tot een toekenning aan het rekeningtegoed genereren de omzetting van monetaire bedragen in eenheden. De verrichtingen die aanleiding geven tot een onttrekking aan of de vereffening van het rekeningtegoed genereren omgekeerd de omzetting van eenheden in monetaire bedragen. Deze omzettingen gebeuren op bepaalde koersdagen, waarbij de eenheidswaarde van die koersdag wordt gehanteerd. Elke dag waarop een nieuwe eenheidswaarde wordt berekend is een koersdag. De beheersreglementen bepalen de periodiciteit van de koersdagen. Indien op een bepaald moment nog geen eenheidswaarde bekend is, mag de verzekeraar voorlopig rapporteren op basis van de meest recent gekende eenheidswaarde.

6.1.2 Verrichtingen die een toekenning aan het rekeningtegoed genereren

De omzetting van monetaire bedragen in eenheden geschiedt op de (eerste) koersdag samenvallend met of volgend op de datum van administratieve verwerking van de betreffende verrichting door de verzekeraar, maar ten vroegste op de eerste werkdag van de verzekeraar na de uitwerkingsdatum van de betreffende verrichting en uiterlijk op de (eerste) koersdag samenvallend met of volgend op de derde werkdag van de verzekeraar na de uitwerkingsdatum van de betreffende verrichting. De uitwerkingsdatum van de premiebetaling is 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, dan is de uitwerkingsdatum van de premiebetaling de eventuele latere datum waarop de verzekeraar de bestemming van de premiebetaling identificeert). De uitwerkingsdatum van de toekenningen in het kader van de dekking 'premie vrijstelling bij arbeidsongeschiktheid' is de verschuldigheidsdatum van de toekenning door de verzekeraar, maar ten vroegste de datum waarop over de tussenkomst van de verzekeraar geen betwisting (meer) bestaat.

6.1.3 Verrichtingen die een onttrekking aan of de vereffening van het rekeningtegoed genereren

6.1.3.1 Verrichtingen, andere dan afkoop en opzegging

De omzetting van eenheden in monetaire bedragen geschiedt, inzake de dekking 'uitkering bij overlijden' (zie 3.2), op basis van de meest recent gekende eenheidswaarden op de uitwerkingsdatum van de uitkering bij overlijden (zie echter 3.2.3 in geval van laattijdige aangifte van het overlijden). Voor de andere verrichtingen geschiedt de omzetting van eenheden in monetaire bedragen op de (eerste) koersdag samenvallend met of volgend op de datum van administratieve verwerking van de betreffende verrichting door de verzekeraar, maar ten vroegste op de eerste werkdag van de verzekeraar na de uitwerkingsdatum van de betreffende verrichting en uiterlijk op de (eerste) koersdag samenvallend met of volgend op de derde werkdag van de verzekeraar na de uitwerkingsdatum van de betreffende verrichting.

Wat betreft de risicopremies en de kosten, kan de verzekeraar de omzetting doorvoeren op een latere koersdag. De uitwerkingsdatums van de verschillende verrichtingen zijn de volgende:

- risicopremies: de eerste dag van elke maand;
- standaardkosten: de eerste dag van elke maand;
- uitkering op de einddatum: de einddatum;
- uitkering bij overlijden: de datum van het zich voordoen van het ‘verzekerd voorval’ (zie 3.2.1.1; zie echter ook 3.2.3 in geval van laattijdige aangifte van het overlijden).

6.1.3.2 Afkoop (volledig of gedeeltelijk) en opzegging

Beleggingsfondsen ‘Defensive Life/ Neutral Life/ Dynamic Life/ Securex Life Responsible’:

In geval van volledige of gedeeltelijke afkoop van de beleggingsfondsen ‘Defensive Life/ Neutral Life/Dynamic Life/ Securex Life Responsible’ en in geval van opzegging, geschiedt de omzetting van eenheden in monetaire bedragen op de (eerste) koersdag samenvallend met of volgend op:

- de datum van ontvangst door de verzekeraar van geldig afkoop- of geldopnameformulier en alle eventuele andere nodig geachte documenten of de latere gewenste afkoopdatum zoals eventueel vermeld op het afkoop- of geldopnameformulier (de uitwerkingsdatum in geval van afkoop) of
- de datum van ontvangst door de verzekeraar van het geldig aangetekend schrijven en alle eventuele andere nodig geachte documenten (de uitwerkingsdatum in geval van opzegging),

maar ten vroegste op de eerste werkdag van de verzekeraar na de uitwerkingsdatum van de betreffende verrichting en uiterlijk op de (eerste) koersdag samenvallend met of volgend op de derde werkdag van de verzekeraar na de uitwerkingsdatum van de betreffende verrichting.

Beleggingsfonds ‘BeeFund Solution’:

In geval van volledige of gedeeltelijke afkoop van het beleggingsfonds BeeFund Solution en in geval van opzegging, geschiedt de omzetting van eenheden in monetaire bedragen op basis van de volgende eenheidswaarde, bepaald op de trimestriële koersdagen (31/01, 30/04, 31/07, 31/10) volgend op:

- de datum van ontvangst door de verzekeraar van geldig afkoop- of geldopnameformulier en alle eventuele andere nodig geachte documenten of de latere gewenste afkoopdatum zoals eventueel vermeld op het afkoop- of geldopnameformulier (in geval van afkoop) of
- de datum van ontvangst door de verzekeraar van het geldig aangetekend schrijven en alle eventuele andere nodig geachte documenten (in geval van opzegging),

Deze trimestriële koersdagen worden beschouwd als uitwerkingsdata. De omzetting geschiedt op de (eerste) koersdag samenvallend met of volgend op 31/01, 30/04, 31/07, 31/10, maar ten vroegste op de eerste werkdag van de verzekeraar na de uitwerkingsdatum van de betreffende verrichting en uiterlijk op de (eerste) koersdag samenvallend met of volgend op de derde werkdag van de verzekeraar na de uitwerkingsdatum van de betreffende verrichting.

6.1.4 Switch van beleggingsvorm

Bij een switch van beleggingsvorm wordt het rekeningtegoed belegd in een bepaalde beleggingsvorm, desgevallend na toepassing van een eventuele financiële correctie en na afhouding van eventuele switchkosten (zie Overzicht van de kosten verbonden aan Securex Life Fund Plan) en belastingen, geheel of gedeeltelijk te gelde gemaakt (onttrekking; switch-out) en wordt het hieruit resulterende bedrag herbelegd in één of meer andere beleggingsvormen (toekenning; switch-in).

- Voor de switch-out worden de regels gevolgd van punt 6.1.3.2, waarbij de uitwerkingsdatum de datum is van ontvangst door de verzekeraar van de geldige ‘aanvraag tot switch’.
- Voor de switch-in worden de regels gevolgd van punt 6.1.2, waarbij de uitwerkingsdatum de koersdag is van de switch-out of de latere koersdag waarop de verzekeraar in kennis wordt gesteld van het monetair resultaat van de switch-out.

6.2 Kosten en belastingen

6.2.1 Standaardkosten

Naast de eventuele instapkost, kan de verzekeraar ook kosten voor het beheer van de overeenkomst en desgevallend ter vergoeding van de tussenpersoon aanrekenen. De verzekeraar mag in de loop van de overeenkomst deze kosten enkel aanpassen op basis van een indexatie volgens de gezondheidsindex der consumptieprijzen van forfaitair in het tarief verwerkte bedragen of, op een redelijke en verantwoorde wijze, in het kader van een algemene herziening van de kosten(structuur) voor de categorie verzekeringen waartoe de overeenkomst behoort. In dit laatste geval gebeuren de aanpassingen conform de bepalingen van punt 6.7. De verzekeringnemer kan een detail van de toegepaste kosten(structuur) bij de verzekeraar opvragen.

6.2.2 Kosten bij switch van beleggingsvorm

Bij een switch van beleggingsvorm kan de verzekeraar kosten aanrekenen. Deze switchkosten worden vermeld in het hierbij aangehechte ‘Overzicht van de kosten verbonden aan Securex Life Fund Plan’.

6.2.3 Slapende tegoeden

Als het contract als ‘slapend’ bestempeld zou worden, zullen de eventuele kosten voor nazicht en opsporing die de verzekeraar maakt, binnen de wettelijk toegelaten grenzen in mindering komen van de uitkeringen.

6.2.4 Belastingen

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.

Een volledig overzicht van de kosten van het verzekeringscontract staat vermeld in het hierbij aangehechte ‘Overzicht van de kosten verbonden aan Securex Life Fund Plan’ en kan op simpel verzoek aangevraagd worden.

6.3 Persoonlijk certificaat en jaarlijks rekeninguittreksel

De verzekeraar brengt bij de inwerkingtreding en bij iedere wijziging van de overeenkomst een (geactualiseerd) Persoonlijk Certificaat uit dat zij overmaakt aan de verzekeringnemer. Het laatst uitgereikte document vervangt telkens het vorige. Hiernaast brengt de verzekeraar ook jaarlijks een ‘rekeninguittreksel’ uit dat zij 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. Het Persoonlijk Certificaat geeft een overzicht van de belangrijkste gegevens van de overeenkomst (premiebedrag,

dekkingen, enz.). Hierbij maakt de verzekeraar eventueel ook een indicatieve prognose van haar toekomstig verloop. Het is echter zo dat deze toekomstprognose gebaseerd is op een aantal hypothesen die de verzekeraar niet kan waarborgen (correcte en tijdige premiebetaling, waarde-evolutie van beleggingsfondsen, ongewijzigde tarief- en kostenstructuur, enz.).

6.4 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 (zonder nieuwe instapkost) moet worden teruggestort aan de verzekeraar. De wederinwerkingstelling gaat in op de datum vermeld op het nieuw uitgegeven Persoonlijk Certificaat.

6.5 Uitkeringen

De verzekeraar mag iedere uitkering afhankelijk stellen van de voorlegging van de door haar nodig geachte documenten. De verzekeraar keert de verschuldigde sommen uit, desgevallend na toepassing van een eventuele financiële correctie en na aanrekening van de eventuele wettelijk verplichte inhoudingen, kosten, vergoedingen en andere sommen die nog verschuldigd zouden zijn aan de verzekeraar of aan derden, binnen 30 dagen na ontvangst van de gevraagde documenten en, indien zo gevraagd, van een ondertekende regelingskwijting. In geval van afkoop (volledig of gedeeltelijk) en in geval van opzegging, gebeurt de uitkering van de verschuldigde som mits naleving van de bepalingen in artikel 6.1.3.2..

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 de uitkering bij overlijden te doen aan enige begunstigde die het overlijden van de (een) 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 haar wil.

6.6 Briefwisseling 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 andere kennisgevingsvormen (e-mail, ...) als geldig beschouwen.

Elke kennisgeving en briefwisseling tussen partijen geschiedt geldig op hun laatst onderling megedeeld (correspondentie)adres. Indien er twee verzekeringnemers zijn, kan de verzekeraar geldig elke kennisgeving aan de verzekeringnemer gezamenlijk richten aan beide verzekeringnemers samen, en dit op het correspondentieadres zoals vermeld op het onderschrijvingsformulier. Indien er geen specifiek correspondentieadres wordt vermeld op het onderschrijvingsformulier, kan de verzekeraar het adres van de op het Persoonlijk Certificaat vermelde 'eerste verzekeringnemer' als enig correspondentieadres hanteren. Zodra de verzekeraar kennis krijgt van het feit dat geen van beide verzekeringnemers nog op het initieel opgegeven correspondentieadres woont, kan zij het (nieuw) adres van de op het Persoonlijk Certificaat vermelde 'eerste verzekeringnemer' als enig correspondentieadres hanteren. Indien het correspondentieadres het adres is van één van de verzekeringnemers en die verzekeringnemer naderhand overlijdt, kan de verzekeraar vanaf het ogenblik waarop zij kennis krijgt van het overlijden, het adres van de andere verzekeringnemer als enig correspondentieadres hanteren. De verzekeringnemers hebben steeds de mogelijkheid om met een door beiden gedateerde en ondertekende schriftelijke kennisgeving aan de verzekeraar, het enig correspondentieadres te laten wijzigen.

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 briefwisseling worden bewezen door de

voorlegging van het origineel, of, bij gebrek hieraan, van het afschrift ervan in de dossiers van de verzekeraar.

6.7 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 voor de verzekeringnemer wezenlijke kenmerken van de overeenkomst, de Algemene Voorwaarden wijzigen. De verzekeraar licht de verzekeringnemer hierover op voorhand schriftelijk in, met vermelding van de aard en de redenen van de aangebrachte wijzigingen, alsook van de datum waarop de nieuwe Algemene Voorwaarden ingaan. In geval van wijzigingen van de Algemene Voorwaarden met uitzondering van louter formele wijzigingen en wijzigingen van de deskundigen en/of de beheerders, heeft (hebben) de verzekeringnemer(s) gedurende een redelijke termijn, die zal worden gespecificeerd in de kennisgeving van de voorgenomen wijziging, het recht om volledig kosteloos (i) zijn (hun) rekeningtegoed te transfereren naar één of meerdere andere beleggingsvorm(en) aangeboden door de verzekeraar (switch van beleggingsvorm) of (ii) het rekeningtegoed volledig af te kopen.

Indien het voor de verzekeraar onmogelijk is om een wijziging op voorhand aan de verzekeringnemer mee te delen, deelt zij deze wijziging zo snel mogelijk na het doorvoeren ervan en ten laatste binnen één maand na de wijziging schriftelijk mee aan de verzekeringnemer(s). Ook in dit geval heeft (hebben) de verzekeringnemer(s) gedurende een redelijke termijn, die zal worden gespecificeerd in de kennisgeving van de wijziging, het recht om volledig kosteloos (i) zijn (hun) rekeningtegoed te transfereren naar één of meerdere andere beleggingsvorm(en) aangeboden door de verzekeraar (switch van beleggingsvorm) of (ii) het rekeningtegoed volledig af te kopen.

6.8 Wettelijk kader

6.8.1 Toepasselijke wetgeving

De overeenkomst is onderworpen aan de Belgische wetgeving inzake levensverzekeringen. Mocht de verzekeringnemer op het ogenblik van het sluiten van de overeenkomst 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 of vanaf de latere datum van inwerkingtreding van die bepaling in overeenstemming hiermee te zijn opgesteld.

6.8.2 Toepasselijk belastingregime

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.

6.9 Bescherming van de persoonlijke levenssfeer

Doelstellingen van de verwerking van persoonsgegevens

Als verwerkingsverantwoordelijke verbindt de verzekeraar zich ertoe de haar overgemaakte persoonsgegevens te verwerken overeenkomstig de Verordening (EU) 2016/679 van 27 april 2016 betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens (hierna 'algemene verordening gegevensbescherming') voor de volgende doeleinden:

- Beheren van de verzekeringsovereenkomst (met inbegrip van het beheer van de premies en van de prestaties) en desgevallend de vaststelling en de beoordeling van de door de verzekerde opgelopen lichamelijke schade
- Beheren van de geschillen

- Herverzekering
- Opsporing en preventie van fraude
- Verwerking voor statistische doeleinden

Voor wat de persoonsgegevens betreft van de contactpersoon bij de verzekeringnemer komen daar de volgende doeleinden bij:

- Directmarketingacties uitvoeren, met name via e-mail
- Meedelen van de persoonsgegevens van de contactpersoon aan de andere juridische entiteiten van de Groep Securex zodat ze hem promotie-aanbiedingen kunnen toesturen. De volledige lijst van de entiteiten van Groep Securex kan worden geraadpleegd op www.securex.be of kan op het eerste verzoek worden meegedeeld.

Ontvangers van de gegevens

Het kan gebeuren dat de verzekeraar binnen de grenzen van wat hierboven werd vastgesteld bepaalde persoonsgegevens deelt met de verschillende entiteiten van de Groep Securex. Het kan ook gebeuren dat de verzekeraar bepaalde persoonsgegevens doorgeeft aan de toezichhoudende autoriteiten, aan een andere verzekeraar in het kader van een regresvordering, aan de herverzekeraar, aan de medeverzekeraar, aan haar advocaten, aan deskundigen of aan gerechtelijke instanties. Bepaalde van die gegevens worden daarnaast doorgegeven aan haar onderaannemers, die bepaalde diensten verlenen in de strikte context van een onderaannemingsovereenkomst en met als enig doel de verzekeraar technische bijstand te verlenen.

Juridische grondslagen van de verwerking

De juridische grondslag van de gegevensverwerking is de verzekeringsovereenkomst alsook de verplichting die uit deze overeenkomst voortvloeit voor de verzekeraar om desgevallend prestaties uit te betalen. In bepaalde gevallen worden de gegevens door de verzekeraar verwerkt om een wettelijke verplichting na te leven.

De verwerking ter preventie van fraude en voor statistische doeleinden steunt op het gerechtvaardigd belang van de verzekeraar om verzekeringsfraude te voorkomen en statistieken op te stellen.

De directmarketingactiviteit steunt op het gerechtvaardigd belang van de verzekeraar om haar diensten alsook de diensten van de entiteiten van de Groep Securex, te promoten bij haar klanten.

Gezondheidsgegevens worden enkel verwerkt na een uitdrukkelijk akkoord van de verzekerde. Deze toestemming kan op elk moment worden ingetrokken. Bij gebrek aan toestemming of in geval van intrekking van toestemming, is het voor de verzekeraar niet mogelijk het dossier te beheren en kan geen gevolg gegeven worden aan vragen tot tussenkomst. Deze gegevens worden verwerkt door onze beheersdienst, onder het toezicht van onze adviserende arts.

Bewaringsduur van de gegevens

De verzekeraar bewaart de gegevens gedurende de uitvoering van het contract en volgens de geldende wetsbepalingen. Deze duur wordt verlengd met de verjaringstermijn zodat de verzekeraar het hoofd kan bieden aan eventuele regresvorderingen die na het afsluiten van de overeenkomst zouden worden ingesteld.

Recht van de betrokkenen

De betrokkenen kunnen kennisnemen van de gegevens en ze desgevallend laten verbeteren door middel van een gedateerd en ondertekend verzoek, dat samen met een rectoverskopie van de identiteitskaart via e-mail wordt verstuurd naar het adres privacy@securex.be of via de post naar Groep Securex, Data Protection Officer, Tervurenlaan 43, 1040 Brussel. Deze betrokkenen kunnen zich bovendien volgens dezelfde modaliteiten, en binnen de grenzen die worden vastgesteld door de Algemene verordening gegevensbescherming, verzetten tegen de gegevensverwerking of vragen dat die verwerking wordt beperkt. Ze kunnen ook vragen dat de op hen betrekking hebbende gegevens worden gewist of overgedragen worden. Meer informatie kan op hetzelfde adres worden verkregen.

Voor de persoonsgegevens van de contactpersoon bij de verzekeringnemer heeft deze laatste het recht om zich kosteloos te verzetten tegen de geplande verwerking van zijn persoonsgegevens voor directmarketingdoeleinden, en dit door middel van de hierboven vermelde modaliteiten.

De betrokkenen kunnen desgevallend een klacht indienen bij de Autoriteit inzake gegevensbescherming (Gegevensbeschermingautoriteit, Drukpersstraat 35, 1000 Brussel of www.gegevensbeschermingsautoriteit.be).

Gegevensbescherming

Overeenkomstig de geldende wetgeving zorgt de verzekeraar voor een passend beschermingsniveau voor de verwerkte persoonsgegevens. Deze maatregelen omvatten de technische en organisatorische maatregelen die nodig zijn om de persoonsgegevens te beschermen tegen toevallige of ongeoorloofde vernietiging, tegen toevallig verlies, evenals tegen de wijziging van, de toegang tot, en iedere andere niet toegelaten verwerking van de persoonsgegevens.

De verzekeraar wijst er niettemin op dat geen enkel beveiligingssysteem 100% veiligheid kan waarborgen. De betrokkenen kunnen echter steeds met ons contact opnemen voor alle vragen over de vertrouwelijkheid en veiligheid van hun persoonsgegevens.

6.10 Klachten en geschillen

Elke klacht in verband met deze beleggingsverzekering kan worden gericht aan Securex Leven VOV, Klachtendienst, Sint-Michielswarande 30, 1040 Brussel, of via mail aan claims.insurance@securex.be en in tweede instantie aan De Ombudsman van de Verzekeringen (www.ombudsman-insurance.be), de Meeûsquare 35 te 1000 Brussel, info@ombudsman-insurance.be.

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

Betwistingen over medische aangelegenheden kunnen ook, mits de partijen hierover ten vroegste op het ogenblik dat het geschil ontstaat uitdrukkelijk en schriftelijk akkoord gaan, beslecht worden in een minnelijke medische expertise (arbitrage), waarbij de partijen elk een eigen arts aanstellen. Indien er geen akkoord is tussen de artsen, wordt door hen of, bij gebrek aan overeenstemming, door de Voorzitter van de bevoegde Rechtbank van Eerste Aanleg een 'derde' arts aangesteld. Het aldus gevormde college beslist bij meerderheid van stemmen en de beslissing is onherroepelijk. Op straffe van nietigheid van hun beslissing mogen de artsen echter niet afwijken van de bepalingen van de Algemene Voorwaarden. Elke partij betaalt de honoraria van de door haar aangestelde arts. De honoraria van de eventuele 'derde' arts worden door de partijen in gelijke delen gedragen.

6.11 Waarschuwing

Elke oplichting of poging tot oplichting van de verzekeraar brengt niet alleen de opzegging of zelfs de nietigheid van de verzekeringsovereenkomst mee, maar wordt ook strafrechtelijk vervolgd op basis van artikel 496 van het Strafwetboek.

BIJLAGE – Overzicht van de kosten verbonden aan Securex Life Fund Plan

EENMALIGE KOSTEN		COMMENTAAR
Instapkosten (gelinkt aan het verzekeringscontract)	Max. 4%	<p>De instapkosten bedragen maximum 4% en bestaan uit twee delen :</p> <ul style="list-style-type: none"> • De instapkosten voor het administratieve beheer van de contracten door Securex Leven: 1% van de nettopremie. • De instapkosten voor de verzekeringstussenpersoon: maximum 3% van de nettopremie. <p>De toe te kennen premie is de nettopremie na afhouding van de instapkosten, waar de nettopremie de door de verzekeringnemer gestorte brutopremie is na afhouding van de belastingen.</p> <p>De toe te kennen premie wordt als volgt berekend:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toe te kennen premie = nettopremie/(1 + instapkosten) • Nettopremie = gestorte premie/(1 + belasting)
Afkoopkosten (gelinkt aan het verzekeringscontract)	Van 0% tot 5%	<p>Afkoopkosten zijn verschuldigd indien de polis volledig of gedeeltelijk wordt afgekocht.</p> <p><u>Volledige afkoop</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Volledige afkoop gedurende de eerste 10 jaar van het contract: 5% van de afgekochte reserve • Volledige afkoop vanaf het elfde jaar van het contract: 0%. <p><u>Gedeeltelijke afkoop</u></p> <p>Het is één maal per verzekeringsjaar mogelijk om maximum 20% van de reserve van het contract af te kopen zonder afkoopkosten. Opgelet, deze gedeeltelijke afkoop is niet mogelijk indien de periodieke premie onbetaald is gedurende dat verzekeringsjaar. Een verzekeringsjaar is het jaar tussen twee verjaardagen van het contract. Een verjaardag is de verjaring van de datum van inwerkingtreding.</p> <p>Indien een gedeeltelijke afkoop plaatsvindt op een moment t en de verzekeringnemer de premiebetaling na t stopzet, zal op elke bijkomende gedeeltelijke afkoop of totale afkoop die na t gebeurt, een afkoopkost van 5% worden toegepast.</p>
Switchkosten (kosten bij overdracht van de reserve tussen de interne tak 23 fondsen)	Van 0% tot 1%	<p>Bij een switch van beleggingsvorm (zogenaamde interne fondsen), zijn de eerste twee overdrachten per kalenderjaar gratis. Vervolgens wordt er 1% van het overgedragen bedrag als kost aangerekend.</p>

JAARLIJKS AANGEREKENDE KOSTEN		COMMENTAAR
Beheerskosten van de interne fondsen	<p>1,30% per jaar</p> <p>----</p> <p>1,70% per jaar</p>	<p><u>Defensive Life, Neutral Life, Dynamic Life, Securex Life Responsible:</u> De kosten voor het financieel beheer van de tak 23 beleggingsfondsen bedragen, op jaarbasis, 1,30% van de eenheidswaarde. Deze kosten worden gebruikt om de beheerskosten van Securex Leven te dekken en als vergoeding voor de verzekeringstussenpersoon</p> <p>----</p> <p><u>BeeFund Solution :</u> De kosten voor het financieel beheer van het tak 23 beleggingsfonds bedragen, op jaarbasis, 1,70% van de eenheidswaarde. Deze kosten worden gebruikt om de beheerskosten van Securex Leven te dekken, als vergoeding voor de verzekeringstussenpersoon en de administratieve kosten.</p> <p>Deze kosten worden automatisch verrekend in de eenheidswaarde, op iedere valorisatiedag.</p> <p><i>Alle bijkomende informatie over deze beheerskosten kan bij Securex Leven verkregen worden.</i></p>