

CONVENTION DE PENSION SOCIALE P.L.C.I.

Règlement de solidarité

1. DEFINITIONS

2. OBJET DU REGLEMENT DE SOLIDARITE

2.1	Objet du Règlement de Solidarité	4
2.2	Prise d'effet	4
2.3	Bases sur lesquelles le Règlement de Solidarité est établi	4
2.4	Affiliation	4
2.5	Désignation du (des) bénéficiaire(s)	4

3. COTISATIONS DE SOLIDARITE

3.1	Montant et modalités	5
3.2	Frais	5

4. PRESTATIONS DE SOLIDARITE

4.1	Garanties	5
4.2	Conditions dans lesquelles les prestations sont garanties	6
4.3	Paiement des prestations	7

5. OBLIGATIONS DE L'ORGANISME DE PREVOYANCE

5.1	Fonds de Solidarité	8
5.2	Financement	8
5.3	Rapport annuel	9

6. NOTIFICATIONS - JURIDICTION - LOI APPLICABLE - INFORMATION MEDICALE

6.1	Notifications	9
6.2	Jurisdiction – Loi applicable	9
6.3	Information médicale	9

7. FIN DU REGLEMENT DE SOLIDARITE ET PROCEDURE DE LIQUIDATION DU FONDS DE SOLIDARITE

7.1	Fin du Règlement de Solidarité	9
7.2	Procédure de liquidation	10

1. DEFINITIONS

Pour l'application du présent Règlement de Solidarité, on entend par :

Organisme de prévoyance :	Allianz Belgium SA
Affilié :	la personne qui conclut la Pension Libre Complémentaire des Indépendants (P.L.C.I.), dénommée Convention (P.L.C.I.) avec l'organisme de prévoyance et sur la tête de laquelle repose le risque couvert en vertu du présent Règlement de Solidarité.
Bénéficiaire :	la personne en faveur de laquelle est stipulée la prestation de Solidarité.
Cotisation :	montant tel que défini dans la convention de pension, soit payée par l'affilié, soit obtenu dans le cadre des avantages sociaux I.N.A.M.I.
Cotisation 'Incapacité' :	partie de la cotisation qui est attribuée à la partie du contrat qui se rapporte aux prestations en cas d'incapacité de travail (non comprise dans le régime de solidarité).
Cotisation 'Pension' :	partie de la cotisation qui est attribuée à la partie du contrat qui se rapporte aux prestations pension et décès.
Cotisation 'Solidarité' :	10% de la cotisation (ou, en présence d'une couverture 'rente en cas d'incapacité de travail', à 10% de la partie de la cotisation qui n'est pas affectée à cette couverture) destinée pour l'Organisme de prévoyance.
Congé de maternité :	une période de repos indemnisée avec un maximum de 8 semaines à la fin de la grossesse et sans activité professionnelle.
Maladie :	toute altération d'origine non accidentelle de la santé de l'affilié, présentant des symptômes objectifs constatés par un médecin légalement autorisé à pratiquer son art.
Accident :	l'événement soudain qui porte atteinte à l'intégrité physique de l'affilié, dont la cause ou l'une des causes est extérieure à l'organisme de l'affilié.
Accident de la vie privée :	l'accident qui n'est pas régi par la législation relative aux accidents du travail ou survenus sur le chemin du travail.
Invalidité physiologique :	une diminution de l'intégrité physique de l'affilié. Son degré est fixé par décision médicale en fonction du Barème Officiel Belge des Invalidités et de la jurisprudence belge y afférente.
Invalidité économique :	une diminution de la capacité de travail, consécutive à une invalidité physiologique. Son degré est apprécié en tenant compte de la profession exercée par l'affilié et de ses possibilités de réadaptation dans une activité professionnelle qui soit compatible avec sa position sociale, ses connaissances et ses aptitudes. Le degré d'invalidité économique s'apprécie indépendamment de tout autre critère économique.
Délai de carence avec 'rachat' :	la période pendant laquelle une invalidité doit se poursuivre pour qu'une prestation soit due par l'organisme de prévoyance et qui débute soit à la date où commence une invalidité atteignant 25% au moins, soit à la date d'augmentation du degré de cette invalidité.

2. OBJET DU REGLEMENT DE SOLIDARITE

2.1 Objet du Règlement de Solidarité

Le présent Règlement de Solidarité est lié à la Convention de Pension Libre Complémentaire des Indépendants (PLCI) souscrite entre l'affilié et Allianz Belgium SA, en application de l'article 46, § 2er de la Loi Programme (I) du 24 décembre 2002. Cette convention est composée de l'assurance principale dont les conditions générales et le Certificat Personnel sont jointes.

Le présent Règlement de Solidarité fixe les droits et obligations de l'affilié et de Allianz Belgium SA. Ces droits et obligations constituent le régime de Solidarité.

2.2 Prise d'effet

Le Règlement de Solidarité prend effet le 1 janvier suivant la date d'effet de la Convention de Pension Libre Complémentaire des Indépendants (P.L.C.I.) précitée ou le 1 janvier suivant la date fixée dans l'avenant lorsque le régime de Solidarité est souscrit ultérieurement.

2.3 Bases sur lesquels le Règlement de Solidarité est établi

Le Règlement de Solidarité suit le sort de la Convention de Pension Libre Complémentaire des Indépendants (P.L.C.I.) et est établi sur les bases mentionnées en 2.3 des conditions générales.

2.4 Affiliation

L'affiliation au régime de Solidarité n'est ouverte qu'aux médecins, praticiens de l'art dentaire, pharmaciens et kinésithérapeutes conventionnés, qui bénéficient du statut social fixé par et en application de l'article 54 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

L'affilié perd son droit aux garanties offertes en vertu du régime de Solidarité dès qu'il ne bénéficie plus du statut social fixé par et en application de l'article 54 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

L'organisme de prévoyance peut soumettre le candidat-affilié à un examen médical. Pour autant, l'affiliation au régime de Solidarité n'est pas soumise au résultat d'un examen médical. Cependant, en ce qui concerne les garanties en matière d'invalidité ou de décès, lorsque cet examen est défavorable, il pourra être prévu soit des exclusions relatives au risque aggravé, soit des prestations moindres.

Il pourra en être de même si le candidat-affilié souhaite voir couvrir des risques faisant l'objet d'exclusions en vertu de 4.2.3.

2.5 Désignation du (des) bénéficiaire(s)

2.5.1. Prestation de Solidarité de survie :

Les bénéficiaires sont ceux désignés dans le Certificat Personnel (P.L.C.I.).

Tout bénéficiaire peut accepter le bénéfice du Règlement de Solidarité. Pour être opposable à l'organisme de prévoyance, cette acceptation doit se faire:

tant que l'affilié est en vie, par un avenant à la Convention portant les signatures du bénéficiaire, de l'affilié et de l'organisme de prévoyance;

après le décès de l'affilié, par un écrit notifié à l'organisme de prévoyance.

En cas d'acceptation, la désignation d'un nouveau bénéficiaire est soumise à l'autorisation écrite du bénéficiaire ayant déjà accepté.

2.5.2. Autres prestations de Solidarité:

Le bénéficiaire est l'affilié.

3. COTISATIONS DE SOLIDARITE

3.1 Montant et modalités

Les cotisations de Solidarité s'élèvent à 10% des cotisations 'pension' versées par l'affilié lui-même ou par l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité dans la Convention de Pension Libre Complémentaire des Indépendants au titre d'avantages sociaux accordés en exécution de l'article 54 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

3.2 Frais

Les frais sont fixés à 20% de la cotisation de Solidarité à titre de frais de gestion.

4. PRESTATIONS DE SOLIDARITE

4.1 Garanties

4.1.1 Rente de survie

Paiement d'une rente annuelle durant une période de 10 ans en cas de décès de l'affilié.

Cette rente est fonction de la dernière cotisation 'pension' sur une base annuelle payée à l'organisme de prévoyance, multipliée par un facteur qui est fonction de l'âge de l'affilié au moment du décès. Si cet âge est :

- inférieur à 30 ans, le facteur est 4
- inférieur à 40 ans et supérieur ou égale à 30 ans, le facteur est 3
- inférieur à 50 ans et supérieur ou égale à 40 ans, le facteur est 2
- supérieur ou égal à 50 ans, le facteur est 1.

La prestation n'est due qu'en cas de décès après une période d'un an qui prend effet à la date d'entrée en vigueur du Règlement de Solidarité, hormis le cas de décès de l'affilié à la suite d'un accident non exclu en vertu de 4.2.3.

4.1.2 Exonération du paiement des primes en cas de congé de maternité et en cas d'invalidité de l'affilié

Paiement d'un montant annuel venant en exonération de la cotisation à la Convention (P.L.C.I.), égal à la différence entre :

- la cotisation 'pension' payée par l'affilié ou par l'INAMI à l'organisme de prévoyance durant l'année avant la prise en charge de l'invalidité / congé de maternité
- et la cotisation 'pension' payée lors de la prise en charge de l'invalidité / congé de maternité
- et ceci proportionnellement au degré et à la durée de l'invalidité de l'affilié.

Le paiement prend effet après un délai de carence avec 'rachat' d'un an (pour la prestation en cas de congé de maternité uniquement pour la première année d'assurance) et sera effectué au plus tard jusqu'au 65^{ème} anniversaire de l'affilié.

4.1.3 Rente d'incapacité de travail

Paiement d'une rente annuelle pour une durée maximale de 10 ans en cas d'invalidité permanente et totale.

Le montant de cette rente est égal à la dernière cotisation 'pension' payée par l'affilié ou par l'I.N.A.M.I. durant l'année avant le début de l'invalidité, multipliée par un facteur qui est fonction de l'âge au moment de la première prise en charge de l'invalidité. Si l'âge au moment de la prise en charge de l'invalidité permanente et totale est :

- inférieur à 30 ans, le facteur est 2
- inférieur à 40 ans et supérieur ou égal à 30 ans, le facteur est 1,5
- inférieur à 50 ans et supérieur ou égal à 40 ans, le facteur est 1
- supérieur ou égal à 50 ans, le facteur est 0,5.

Le paiement de la rente prend effet après un délai de carence avec 'rachat' d'un an et sera versée au plus tard jusqu'au 65^{ème} anniversaire de l'affilié.

4.2 Conditions dans lesquelles les prestations sont garanties

4.2.1 Rente de survie

Le risque de décès est couvert dans le monde entier, quelle qu'en soit la cause, sous réserve des dispositions de 2.1.2.3 et 2.1.2.4 des conditions générales qui sont d'application.

4.2.2 Exonération – Rente d'incapacité de travail

Le Règlement de Solidarité couvre l'invalidité économique dont est atteint l'affilié. La référence à l'invalidité physiologique sert uniquement à déterminer le montant des prestations à verser. Une invalidité de 67% au moins est considérée comme une invalidité totale. L'invalidité est permanente lorsqu'il en est décidé ainsi par les médecins conformément à 4.3.2 et

- si l'invalidité résulte d'un accident, après consolidation de l'état de santé de l'affilié
- si l'invalidité résulte d'une maladie, après 2 ans au moins d'invalidité totale ou après 3 ans en cas d'aliénation mentale.

Les invalidités éventuelles existant au moment de la prise d'effet du présent Règlement de Solidarité ou résultant d'un risque exclu n'interviennent pas pour la détermination du degré d'invalidité.

4.2.3 Rente de survie - Exonération - Rente d'incapacité de travail

Ne sont pas couverts, ni l'invalidité consécutive à une maladie ou un accident, ni le décès par accident :

1. résultant des risques non couverts par 2.1.2.3 et 2.1.2.4 des conditions générales
2. résultant d'une affection non contrôlable par examen médical ou d'une affection psychique ou mentale dont le diagnostic ne repose pas sur des signes organiques
3. résultant d'un suicide, d'une tentative de suicide, du fait intentionnel de l'affilié, du bénéficiaire ou de ses ayants-droit, de paris, défis et de tous actes notoirement téméraires sauf dans le cadre de sauvetage de personnes ou de biens
4. causée :
 - a. par des armes ou engins destinés à exploser par modification de structure du noyau de l'atome
 - b. par tout combustible nucléaire, produit ou déchet radioactif ou par toute autre source de rayonnements ionisants et qui engagent la responsabilité exclusive d'un exploitant d'installation nucléaire. Est également exclue, sauf convention spéciale, l'invalidité causée par toute source de rayonnements ionisants (en particulier tout radio-isotope) utilisée ou destinée à être utilisée hors d'une installation nucléaire et dont l'affilié ou toute personne dont il répond a la propriété, la garde ou l'usage.

Ne sont pas non plus couverts l'invalidité consécutive à une maladie ou à un accident survenu avant la prise d'effet du présent Règlement de Solidarité pour autant que l'une des deux conditions suivantes soit remplie :

1. l'affilié doit en avoir eu connaissance au moment de la souscription ou au moment de l'augmentation des garanties contractuelles et l'avoir déclaré à l'organisme de prévoyance. La maladie ou l'accident déclaré n'est exclu que s'il est fait mention de cette exclusion aux conditions particulières
2. si l'affilié n'a pas déclaré la maladie ou l'accident survenu avant la prise d'effet du Règlement de Solidarité, l'organisme de prévoyance doit apporter la preuve que l'affilié en avait connaissance au moment de la souscription ou au moment de l'augmentation des garanties contractuelles.

Les exclusions ne s'appliquent que s'il y a une relation de cause à effet entre elles et l'invalidité ou le décès par accident.

Les bénéficiaires ou leurs ayants-droit encourront la déchéance si de faux certificats ont été produits ou si, dans les réponses données à l'organisme de prévoyance à la souscription du régime de Solidarité ou dans le cours de la couverture, des déclarations fausses ou des faits cachés sciemment sont de nature à influencer la décision de cette dernière.

4.3 Paiement des prestations

4.3.1 Rente de survie

Les prestations dues par l'organisme de prévoyance sont payées au(x) bénéficiaire(s) après remise de la Convention (P.L.C.I.) et de ses avenants.

Il y a lieu d'y joindre les documents suivants:

- un extrait de l'acte de décès mentionnant la date de naissance de l'affilié
- un certificat, établi par le médecin traitant de l'affilié et transmis au médecin-conseil de l'organisme de prévoyance, établissant la cause du décès ; l'affilié y consent par la signature de la Convention (P.L.C.I.)
- un acte de notoriété indiquant les droits du (des) bénéficiaire(s) lorsqu'il(s) n'a (ont) pas été nominativement désigné(s) dans la Convention
- une copie de la carte d'identité de chacun des bénéficiaires
- un certificat de vie au nom de chacun des bénéficiaires.

4.3.2 Exonération - Rente d'incapacité de travail

L'organisme de prévoyance garantit les prestations visées en 4.1 pour autant que l'invalidité se poursuive pendant au moins la durée du délai de carence avec 'rachat' indiquée en 4.1.2 et 4.1.3 et que le degré d'invalidité soit de 25% au moins en cas d'invalidité partielle ou totale et de 67% au moins en cas d'invalidité totale.

Les prestations sont dues à partir de la date fixée, de commun accord par le médecin traitant de l'affilié et le médecin-conseil de l'organisme de prévoyance comme étant celle du début de l'invalidité.

En ce qui concerne l'affilié qui a atteint l'âge de 60 ans, il est appliqué un délai de carence de 12 mois ne donnant droit à aucune prestation en cas d'invalidité causée par une maladie.

En cas de rechute pour la même cause dans un délai de 30 jours suivant la fin de la première invalidité, et dûment portée à la connaissance de l'organisme de prévoyance, celui-ci n'exigera pas un nouveau délai de carence avec 'rachat'. Toutefois, si le délai n'avait pas encore atteint le nombre de jours prévus en 4.1.2 et 4.1.3 au moment de la fin de la première invalidité, il sera prolongé d'un nombre de jours égal à celui durant lequel l'affilié n'était pas en invalidité.

Une nouvelle cause d'invalidité pouvant entraîner une augmentation des prestations fera l'objet d'un nouveau délai de carence avec 'rachat' en ce qui concerne cette augmentation.

4.3.3 Changement dans le degré d'invalidité

Tout changement qui surviendrait dans le degré d'invalidité de l'affilié doit être signalé à l'organisme de prévoyance dans un délai d'un mois par un certificat circonstancié du médecin traitant.

Les dispositions en 4.3.4, 4.3.5 et 4.3.6 sont applicables en cas d'aggravation de l'invalidité.

La diminution ou la cessation des prestations dues par l'organisme de solidarité sort ses effets le jour de la diminution ou de la cessation de l'invalidité. Les prestations payées indûment par l'organisme de prévoyance seront remboursées à celui-ci.

4.3.4 Déclaration en cas d'invalidité

Tout accident ou maladie ayant entraîné une invalidité doit être déclarée par écrit à l'organisme de prévoyance au plus tard dans un délai de deux mois.

L'affilié doit aussi signaler à l'organisme de prévoyance tout changement qui surviendrait dans le degré d'invalidité, dans un délai d'un mois, par un certificat circonstancié du médecin traitant.

La déchéance ou la réduction des prestations n'est cependant pas encourue si la déclaration est faite après ce délai, pour autant que la preuve soit apportée que la déclaration a été faite dans un délai raisonnable. En tout cas, le contrôle médical de l'invalidité doit être possible au moment de la déclaration.

Doit(doivent) être joint(s) à la déclaration, le(s) certificat(s) médical(aux) mentionnant les causes, la nature, le degré et la durée probable de l'invalidité.

L'organisme de prévoyance se réserve le droit d'exiger tout autre renseignement et que l'affilié se soumette à un examen médical pratiqué par un médecin désigné par lui.

4.3.5 Fixation du degré et expertise médicale

Sur base des renseignements communiqués et 4.2.2 et 4.3.2, l'organisme de prévoyance juge de la réalité, du degré et de la durée de l'invalidité. L'organisme de prévoyance notifie sa décision au preneur d'assurance. Cette décision est considérée comme acceptée si celui-ci ne signifie pas son désaccord dans les 16 jours de la notification. En cas de désaccord, l'affilié est libre de demander une expertise médicale amiable selon les modalités suivantes: chacune des parties désigne un médecin agissant en tant qu'expert ; en cas de désaccord, les deux experts s'adjoignent un tiers expert. Les experts sont dispensés de prestation de serment et de toute formalité judiciaire. Chacune des parties supporte les frais et honoraires de son expert et la moitié de ceux des spécialistes éventuellement consultés à la demande des experts ainsi que, s'il y a lieu, la moitié de ceux du tiers expert. L'expertise ne peut porter en rien préjudice aux droits et exceptions que l'organisme de prévoyance peut invoquer.

4.3.6 Contrôle médical

L'organisme de prévoyance se réserve le droit d'exiger à tout moment un certificat médical attestant de l'état de santé de l'affilié et du degré d'invalidité, et de faire contrôler ceux-ci. Au cas où elle estime qu'une modification du degré d'invalidité est survenue, elle en informe le preneur d'assurance par lettre recommandée ; les dispositions reprises en 4.3.5 sont en ce cas applicables.

4.3.7 Etendue territoriale

Les prestations 'Exonération' et 'Rente d'incapacité de travail' sont valables dans le monde entier, pour autant que l'affilié ait sa résidence habituelle en Belgique et que les contrôles prévus en 4.3.6 puissent être exercés. Toutefois, en cas de séjour de l'affilié hors d'Europe, les prestations ne sont accordées que pendant une période de trois mois; elles reprennent cours dès que l'affilié est de nouveau domicilié en Europe.

4.3.8 Disposition commune à toutes les prestations de Solidarité

Les prestations déjà en cours restent dues lorsque l'affilié ne bénéficie plus du statut social fixé par et en application de l'article 54 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

5. OBLIGATIONS DE L'ORGANISME DE PREVOYANCE

5.1 Fonds de Solidarité

Les cotisations relatives au régime de Solidarité sont versées dans un Fonds de Solidarité créé par Allianz Belgium SA.

Ce Fonds de Solidarité n'est débité que des paiements de prestations en exécution du présent Règlement de Solidarité, des variations des provisions pour prestations en cours, de vieillissement, ou tout autre provision nécessaire à la bonne gestion du Fonds de Solidarité et des frais visés en 3.2. Le solde positif ou négatif peut être reporté sur l'exercice ultérieur et/ou récupéré au cours de ce dernier s'il est négatif.

Les actifs du Fonds de Solidarité sont investis et évalués conformément aux règles applicables aux valeurs représentatives des institutions de retraite professionnelle en exécution de la loi précitée du 27 octobre 2006.

5.2 Financement

Pour l'ensemble des affiliés et des prestations escomptées, le montant du financement du Fonds de Solidarité est égal à la somme des primes majorée des chargements qui permettent de couvrir les frais de gestion ainsi que les augmentations des coûts futurs dues à la fluctuation des risques et au vieillissement si la loi de survenance est à taux croissant avec l'âge.

Au cas où les actifs du Fonds de Solidarité ne couvrent pas son passif, le Fonds de Solidarité soumet à la FSMA dans le délai qu'elle indiquera un plan contenant les mesures pour remédier à cette situation. Ce plan pourra consister en une diminution des prestations de Solidarité pour ce qui concerne les prestations futures mais n'affectera pas les prestations en cours, sauf accord de la FSMA.

5.3 Rapport annuel

Allianz Belgium SA rédige chaque année, en tant qu'organisme de prévoyance, un rapport sur la gestion du Fonds de Solidarité. Ce rapport est mis à la disposition de tout affilié et/ou intéressé qui en fait la demande.

Le rapport contient des informations sur les éléments suivants :

1. la stratégie d'investissement à long et à court terme et la mesure dans laquelle sont pris en compte les aspects social, éthique et environnemental
2. le rendement des placements
3. la structure des frais.

6. NOTIFICATIONS – JURIDICTION – LOI APPLICABLE – INFORMATION MEDICALE

6.1 Notifications

Pour être valables, les notifications destinées à l'organisme de prévoyance doivent être faites à son siège en Belgique; celles destinées à l'affilié sont valablement faites à l'adresse indiquée par celui-ci dans la Convention ou à l'adresse qu'il aurait notifiée ultérieurement à l'organisme de prévoyance. Toute notification est censée faite à la date de son dépôt à la poste.

6.2 Jurisdiction – Loi applicable

Les contestations entre parties relatives à l'exécution du Règlement de Solidarité relèvent de la compétence des tribunaux belges. La loi applicable au Règlement de Solidarité est la loi belge.

6.3 Information médicale

L'affilié s'engage à demander à son médecin traitant, tous les certificats que l'organisme de prévoyance estime nécessaires pour la conclusion ou l'exécution du Règlement de Solidarité.

L'affilié autorise son médecin à remettre au médecin-conseil de l'organisme de prévoyance un certificat établissant la cause de son décès.

7. FIN DU REGLEMENT DE SOLIDARITE ET PROCEDURE DE LIQUIDATION DU FONDS DE SOLIDARITE

7.1 Fin du Règlement de Solidarité

L'organisme de prévoyance se réserve le droit de mettre fin à tout moment au Règlement de Solidarité, sans préjudice des droits des affiliés ou leurs-ayants droit pour ce qui concerne les prestations en cours.

La liquidation du Fonds de Solidarité s'opère selon la procédure décrite en 7.2 du présent Règlement de Solidarité.

7.2 Procédure de liquidation

Lorsque le plan visé en 5.2 contenant les mesures fixées pour remédier à l'insuffisance d'actifs du Fonds de Solidarité échoue, il est procédé à la liquidation du Fonds de Solidarité selon la procédure suivante :

L'organisme de prévoyance notifie par écrit à l'ensemble des affiliés ainsi qu'à la FSMA un état de l'actif et du passif du Fonds de Solidarité ainsi qu'un plan de répartition.

A défaut de réaction de la FSMA dans les 60 jours de la notification, le plan de répartition sera réputé approuvé par elle.

L'organisme de prévoyance procède à une deuxième notification auprès des affiliés actant la clôture de la liquidation du Fonds de Solidarité.

