

Conditions Générales

Le contrat d'assurance SelfLife Protection & Pension est un contrat d'assurance vie de la branche 21 qui prévoit le financement d'une pension complémentaire constituée d'une garantie épargne et/ou d'une garantie décès. Ces garanties forment l'assurance principale. Des assurances complémentaires peuvent également être souscrites.

Les garanties choisies sont reprises dans les conditions particulières.

Les présentes conditions générales décrivent le fonctionnement et les possibilités offertes par votre contrat SelfLife Protection & Pension. Afin de vous familiariser avec celui-ci, nous vous précisons ci-après quelques termes juridiques et techniques essentiels.

PARTIE 1 : NOTIONS UTILISEES DANS LE PRESENT CONTRAT D'ASSURANCE

Article 1

QUE FAUT-IL ENTENDRE PAR ?

LA COMPAGNIE (OU L'ORGANISME DE PENSION) :

La société anonyme Athora Belgium, ayant son siège social en Belgique, à 1050 Bruxelles, Rue du Champ de Mars, 23, entreprise d'assurances inscrite dans la Banque-Carrefour des Entreprises sous le numéro 0403.262.553 et autorisée par la BNB (Banque Nationale de Belgique) sous le numéro 0145.

LE CONTRAT D'ASSURANCE :

Le présent contrat d'assurance dénommé « SelfLife Protection & Pension », constitué des conditions générales et des conditions particulières, conclu entre la compagnie et le preneur d'assurance.

Il peut être souscrit dans le cadre d'un Engagement Individuel de Pension pour dirigeants indépendants (EIP) ou dans le cadre d'une Pension Libre Complémentaire pour Indépendants (PLCI).

Les conditions particulières complètent les conditions générales et priment sur celles-ci dans le cas où elles y dérogent.

Le contrat d'assurance détermine les conditions de l'assurance, ainsi que les droits et obligations du preneur d'assurance, de l'assuré, des bénéficiaires et de la compagnie.

Les garanties suivantes peuvent être souscrites :

- Assurance principale :
 - Pension de retraite complémentaire
 - Décès
- Assurances complémentaires :
 - Capital accident (décès et invalidité totale et permanente)
 - Exonération des primes en cas d'incapacité de travail
 - Rente-revenus en cas d'incapacité de travail
 - Rente-frais professionnels en cas d'incapacité de travail
 - Rente en cas de maladies redoutées.

Les garanties sont acquises pour autant qu'elles soient reprises aux conditions particulières.

L'ENGAGEMENT INDIVIDUEL DE PENSION :

L'engagement d'un preneur d'assurance (organisateur) de constituer une pension complémentaire au profit d'un dirigeant d'entreprise indépendant et/ou de ses ayants droit, conformément à la législation relative aux pensions complémentaires pour dirigeants d'entreprise. En vue du financement de l'engagement individuel de pension, l'organisateur conclut un contrat d'assurance avec la compagnie sur la tête du dirigeant d'entreprise. L'engagement de pension est régi par la convention de pension.

LA PENSION LIBRE COMPLEMENTAIRE POUR INDEPENDANTS :

Une convention de pension au sens de la législation relative à la pension libre complémentaire des indépendants.

LA PENSION COMPLEMENTAIRE :

La pension complémentaire de retraite et la prestation en cas de décès de l'assuré avant la date terme du contrat d'assurance.

LA CONVENTION DE PENSION :

Les garanties principales du contrat d'assurance sont régies par une convention de pension qui définit les droits et obligations de l'organisateur, de l'assuré et de ses ayants droit, et de la compagnie, les prestations assurées ainsi que les règles d'exécution de l'engagement de pension.

En vue du financement des garanties prévues par la convention de pension, le preneur d'assurance souscrit un contrat d'assurance auprès de l'organisme de pension.

La convention de pension est constituée :

- des présentes conditions générales qui précisent les règles applicables au contrat d'assurance vie
 - pour l'Engagement Individuel de Pension : les parties 1, 2, 3, 4, 6 et 7 des conditions générales
 - pour la Pension Libre Complémentaire pour Indépendants : les parties 1, 2, 3, 5, 6 et 7 des conditions générales
- des conditions particulières du contrat d'assurance et leurs avenants qui décrivent les caractéristiques du contrat d'assurance souscrit par le preneur d'assurance et notamment l'identité de l'assuré, les garanties d'assurance choisies et leur date de prise d'effet. Elles complètent les conditions générales et, en cas de discordance, prévalent sur elles.

Le texte de la convention de pension sera communiqué à l'assuré par l'organisateur sur simple demande.

Les prestations assurées dans le cadre des assurances complémentaires ne font pas partie de la convention de pension.

Les notions suivantes sont à interpréter comme suit dans le cadre de la convention de pension :

- la compagnie est l'organisme de pension
- le preneur d'assurance est :
 - pour l'Engagement Individuel de Pension (EIP) : l'organisateur
 - pour la Pension Libre Complémentaire pour Indépendants (PLCI) : l'indépendant, le conjoint aidant ou l'aidant
- l'assuré est la personne qui bénéficie de droits actuels ou différés, conformément à la convention de pension
- le(s) bénéficiaire(s) est (sont) le(s) ayant(s) droit de l'assuré.

La convention de pension est financée par le versement pour l'assurance principale. La prime pour les assurances complémentaires ne fait pas partie de la convention de pension.

LE PRENEUR D'ASSURANCE :

- Engagement Individuel de Pension :

La personne morale, appelée organisateur, qui octroie l'engagement de pension, conclut le contrat d'assurance auprès de la compagnie et effectue les versements.

- Pension Libre Complémentaire pour Indépendants :

La personne physique qui conclut le contrat d'assurance auprès de la compagnie et qui effectue les versements. Il s'agit de l'indépendant, du conjoint aidant ou de l'aidant qui conclut la convention de pension conformément à la législation relative aux Pensions Libres Complémentaires pour Indépendants.

L'ASSURE(E) :

La personne physique sur laquelle repose le risque de survenance de l'événement assuré.

LE(S) BENEFICIAIRE(S) :

La (les) personne(s) physique(s) ou morale(s) en faveur de laquelle (desquelles) sont stipulées les prestations d'assurances.

LE VERSEMENT :

La prime pour l'assurance principale payée par le preneur d'assurance, comprenant les frais, les autres retenues ainsi que les taxes éventuelles prévues par la législation belge. Elle ne comprend pas la prime pour les assurances complémentaires éventuelles.

LE VERSEMENT NET :

Le versement diminué des frais, des autres retenues et des taxes éventuelles.

LA PRIME POUR LES ASSURANCES COMPLEMENTAIRES :

La prime payée par le preneur d'assurance pour les assurances complémentaires souscrites, y compris les frais, les autres retenues ainsi que les taxes éventuelles prévues par la législation belge.

L'AGE DE LA PENSION :

La date de fin du contrat d'assurance indiquée dans les conditions particulières.

LE DEPART A LA PENSION :

La prise de cours effective de la pension de retraite relative à l'activité professionnelle qui a donné lieu à la constitution des prestations.

L'ACCIDENT :

Tout événement soudain et fortuit qui produit une lésion corporelle objectivement constatable et dont une des causes est extérieure à l'organisme de l'assuré et indépendante de sa volonté ou de celle du bénéficiaire.

Sont assimilés à des accidents :

- la noyade;
- les lésions subies lors du sauvetage de personnes ou de biens en péril ;
- les intoxications et brûlures résultant, soit de l'absorption involontaire de substances toxiques ou corrosives, soit du dégagement fortuit de gaz ou de vapeurs.

Le suicide, la tentative de suicide et le décès de l'assuré suite à une euthanasie ne sont pas des accidents. N'est pas non plus un accident le décès suite à une euthanasie pratiquée sur l'assuré en raison d'une affection qui est la conséquence d'un accident.

LES BASES TECHNIQUES :

Les bases techniques sont composées des lois de mortalité, du taux d'intérêt technique, du chargement d'inventaire et des chargements proportionnels au(x) versement(s).

LES AUTORITES DE CONTROLE :

La FSMA (l'Autorité des Services et Marchés Financiers, Rue du Congrès 12-14, 1000 Bruxelles) et la BNB (Banque Nationale de Belgique, Boulevard du Berlaimont 14, 1000 Bruxelles).

En particulier, La FSMA veille à l'application de la législation sociale concernant les pensions complémentaires et la BNB veille à la conformité avec la réglementation prudentielle applicable.

PARTIE 2 : PRISE D'EFFET DU CONTRAT D'ASSURANCE ET FINANCEMENT

Article 2

PRISE D'EFFET DU CONTRAT D'ASSURANCE ET COMMUNICATION D'INFORMATIONS CORRECTES À LA COMPAGNIE

2.1. Prise d'effet du contrat d'assurance

L'émission de l'offre par la compagnie, et la signature par le preneur d'assurance de l'offre et de la proposition d'assurance n'engagent ni la compagnie ni le preneur d'assurance à conclure le contrat d'assurance.

La signature de la proposition d'assurance par le preneur d'assurance ne fait pas non plus courir la couverture.

Dès réception par la compagnie de la proposition d'assurance dûment complétée et signée, ainsi que des documents nécessaires à l'émission du contrat d'assurance, et enregistrement du premier versement sur le compte bancaire de la compagnie, et sous réserve du résultat favorable des formalités médicales, le contrat d'assurance prend effet à la date indiquée aux conditions particulières. La compagnie se réserve le droit d'acceptation du contrat.

2.2. Déclarations du preneur d'assurance et de l'assuré

Le contrat d'assurance est établi de bonne foi sur la base des dispositions légales et réglementaires belges applicables aux assurances vie, d'une part, et sur la base des déclarations du preneur d'assurance et de l'assuré, d'autre part.

2.3. Omission ou inexactitude intentionnelle

Toute omission ou inexactitude de la part du preneur d'assurance ou de l'assuré dans le but d'induire la compagnie en erreur sur les éléments d'appréciation des engagements rend l'assurance nulle.

2.4. Omission ou inexactitude non intentionnelle

Si l'omission ou la fausse déclaration a été faite sans mauvaise foi, le contrat d'assurance devient incontestable après un an d'existence. Passé ce délai, la compagnie ne peut plus invoquer les éventuelles omissions ou inexactitudes involontaires. Avant expiration de ce délai, les règles suivantes sont d'application :

- En cas d'omission ou d'inexactitude non intentionnelle, la compagnie peut résilier le contrat d'assurance dans un délai d'un mois à compter du moment où elle en prend connaissance, pour autant qu'il s'agisse d'une omission ou d'une inexactitude telle que la compagnie n'aurait jamais conclu le contrat d'assurance si elle en avait eu connaissance au moment de la conclusion du contrat d'assurance;
- Si toutefois la connaissance de cette omission ou inexactitude non intentionnelle ne risquait pas d'empêcher la compagnie de conclure un contrat d'assurance avec le preneur d'assurance, celle-ci lui proposera, le cas échéant, de modifier le contrat d'assurance dans un délai d'un mois à partir du jour où elle en a pris connaissance et avec effet à partir de ce jour.
- Si le preneur d'assurance refuse la proposition de modification du contrat d'assurance ou que cette proposition n'a pas été acceptée à l'expiration d'un délai d'un mois à partir de sa réception, la compagnie peut résilier le contrat d'assurance dans les quinze jours.
- Si l'omission ou l'inexactitude non intentionnelle peut être reprochée au preneur d'assurance ou à l'assuré et si l'assuré décède avant que le contrat d'assurance ne soit modifié ou avant que la résiliation du contrat d'assurance ne soit effective, la compagnie paiera une prestation selon le rapport entre la prime payée et la prime qui aurait dû être payée si le preneur d'assurance ou l'assuré n'avait pas commis une omission ou une inexactitude non intentionnelle.
- Si l'omission ou l'inexactitude non intentionnelle ne peut être reprochée au preneur d'assurance ou à l'assuré et si l'assuré décède avant que le contrat d'assurance ne soit modifié ou avant que la résiliation du contrat d'assurance ne soit effective, la compagnie paiera la prestation prévue au contrat d'assurance.

La prestation de la compagnie sera toutefois limitée au remboursement de toutes les primes payées si, au décès de l'assuré, la compagnie constate que le risque assuré était tel que le contrat d'assurance n'aurait pas été conclu si elle en avait eu connaissance.

FONCTIONNEMENT, VERSEMENTS, PRIMES, FRAIS ET CHARGEMENTS

3.1. Fonctionnement du contrat d'assurance

SelfLife Protection & Pension est un contrat d'assurance vie de la branche 21 à versements planifiés, souscrit entre le preneur d'assurance et la compagnie en vue de la constitution d'une pension complémentaire.

3.2. Versements et plan de versement

Le preneur d'assurance détermine le montant annuel qui sera versé à la compagnie dans le cadre du contrat d'assurance, ainsi que la périodicité de paiement. L'ensemble de ces choix forme le plan de versement. Le plan de versement est défini dans les conditions particulières.

Les versements s'effectuent par le preneur d'assurance par virement bancaire sur le compte bancaire de la compagnie, avec mention de la référence, propre à chaque versement, communiquée par la compagnie.

La périodicité de paiement (mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle) choisie par le preneur d'assurance est mentionnée dans les conditions particulières. Cependant, la mensualisation des versements n'est possible que pour autant qu'une domiciliation bancaire soit prévue. Le paiement par ordre permanent n'est pas possible.

Sous réserve du fait que le paiement de la première prime constitue une condition en vue de la prise d'effet du contrat d'assurance, les versements ou une fraction de ceux-ci ne sont pas obligatoires.

Il est également possible d'effectuer des versements supplémentaires en sus du plan de versement initial, dans les limites des règles légales belges en vigueur. Dans ce cas, le preneur d'assurance en avertit la compagnie au préalable et par écrit et celle-ci lui fournira une référence de paiement. Toutefois, la compagnie se réserve le droit de fixer des limites et de refuser ou rembourser des versements supplémentaires.

Le montant minimum du premier versement est déterminé en fonction des garanties choisies.

Chaque versement doit s'élever au minimum à 37,50 EUR.

3.3. Primes pour les assurances complémentaires

Si le preneur d'assurance souscrit des assurances complémentaires, les primes pour ces assurances complémentaires, la périodicité de paiement de ces primes et les éventuels autres paramètres sont mentionnés dans les conditions particulières.

La mensualisation du paiement des primes n'est possible que pour autant qu'une domiciliation bancaire soit prévue. Le paiement par ordre permanent n'est pas possible.

Le paiement des primes par le preneur d'assurance s'effectue par virement bancaire sur le compte bancaire de la compagnie, avec mention de la référence communiquée par la compagnie.

3.4. Que se passe-t-il en cas de paiement insuffisant de la prime et/ou du versement ?

Si la compagnie constate que le montant du versement effectué par le preneur d'assurance est inférieur au montant total de la prime due pour l'assurance principale et pour les assurances complémentaires, la prime pour les assurances complémentaires sera prélevée en priorité sur la somme reçue par la compagnie. L'éventuel solde positif sera affecté à l'assurance principale.

Si la compagnie constate que le montant du versement effectué par le preneur d'assurance est inférieur à la prime due pour les assurances complémentaires, la somme payée sera affectée intégralement à l'assurance principale, et les primes pour les assurances complémentaires seront considérées comme non payées.

3.5. Quels sont les frais et chargements appliqués ?

Les versements bruts et nets sont mentionnés dans les conditions particulières du contrat d'assurance.

Les chargements proportionnels aux versements s'élèvent à maximum 3,5 % des versements.

Des frais forfaitaires d'encaissement sont prélevés sur chaque versement et s'élèvent à 1,24 EUR. Dans le cas où le versement est encaissé par domiciliation bancaire, ces frais sont réduits à zéro.

En outre, une somme de 10 EUR est prélevée sur le premier versement à titre de frais d'ouverture du contrat d'assurance.

La compagnie se réserve le droit de demander des frais ou indemnités pour des dépenses particulières occasionnées par le fait du preneur d'assurance, de l'assuré ou du bénéficiaire. Ces dépenses particulières sont notamment les dépenses occasionnées par l'envoi de duplicata de documents déjà reçus par l'assuré ou le preneur d'assurance, les recherches d'adresses, les recherches de bénéficiaires, les envois recommandés, les demandes de justificatifs et duplicata de toutes sortes, les demandes de relevés de paiements et les paiements provenant de ou vers l'étranger.

PARTIE 3 : PRINCIPES GENERAUX DE FONCTIONNEMENT DE L'ASSURANCE PRINCIPALE

Article 4

MECANISME DE L'EPARGNE

4.1. Epargne constituée

Le résultat de la capitalisation des versements nets, sous déduction le cas échéant du coût du risque décès et majoré des participations bénéficiaires acquises, forme ce que l'on appelle la réserve du contrat ou encore l'épargne constituée.

Chaque versement net bénéficie du taux d'intérêt garanti (taux d'intérêt technique tel que défini dans les bases techniques) en vigueur au moment où le versement est comptabilisé sur le compte bancaire de la compagnie, et ce à partir de la date intérêt et jusqu'à la date de fin du contrat d'assurance indiquée dans les conditions particulières.

Le taux d'intérêt garanti à la souscription est fixé dans les conditions particulières.

La date intérêt est fixée au 15 du mois pour tout versement comptabilisé sur le compte bancaire de la compagnie entre le 1 et le 15 du mois et au premier du mois suivant pour tout versement comptabilisé entre le 16 et le dernier jour du mois.

4.2. L'épargne constituée peut-elle bénéficier d'une participation bénéficiaire ?

La compagnie répartit au 31 décembre de chaque année une participation bénéficiaire en fonction des résultats favorables de sa gestion. Elle est déterminée suivant un plan de participation soumis annuellement à la Banque Nationale de Belgique. La participation bénéficiaire varie d'une année à l'autre et n'est pas garantie.

Après imputation des impôts éventuels, la participation bénéficiaire nette est octroyée sous forme d'un intérêt supplémentaire rémunérant l'épargne constituée et s'ajoute à cette dernière. Le montant de cet intérêt supplémentaire est calculé proportionnellement au montant d'intérêt technique de l'année. La participation bénéficiaire est communiquée annuellement au preneur d'assurance.

Article 5

DISPONIBILITE DE L'EPARGNE CONSTITUEE ET PRESTATION EN CAS DE VIE AU TERME

5.1. Départ à la pension

Lors du départ à la pension de l'assuré, l'épargne constituée est payée à l'assuré, sous déduction des impôts et autres retenues légales dus. La compagnie ne prélève pas d'indemnités à cette occasion.

Le paiement de la totalité de l'épargne constituée met fin au contrat d'assurance.

Si le départ à la pension est reporté à une date postérieure à la date de fin indiquée dans les conditions particulières, l'assuré est tenu d'en informer la compagnie avant le terme du contrat afin que le terme du contrat d'assurance soit prorogé de plein droit et que l'engagement de pension continue de courir jusqu'au départ à la pension. La prorogation du terme a lieu aux conditions de la compagnie en vigueur au moment de la prorogation.

5.2. Rachat anticipé

Dans les limites des possibilités légales, l'assuré peut demander le rachat anticipé de tout ou partie de l'épargne constituée (avec un maximum de 4 rachats par an et un montant minimum par rachat de 250 EUR), tenant compte du fait qu'une avance sur prestations ait éventuellement été accordée et/ou du fait que des droits aient éventuellement été mis en gage pour garantir un prêt, ou si les conditions particulières prévoient des conditions spécifiques à cet égard.

Les dispositions légales prévoient qu'un rachat anticipé de tout ou partie de l'épargne constituée n'est possible qu'à partir de la date où l'assuré satisfait aux conditions pour prendre sa pension de retraite anticipée comme indépendant.

Le rachat doit être demandé par l'assuré au moyen d'un écrit daté et signé de sa main, ou, le cas échéant, au moyen d'un document fourni par l'intermédiaire, accompagné des documents justificatifs demandés par la compagnie.

En cas de rachat partiel, un montant minimum de 1 250 EUR d'épargne constituée doit être maintenu dans le contrat d'assurance.

En cas de rachat partiel, la compagnie se réserve le droit de revoir la garantie décès choisie et de la limiter, le cas échéant, à 100% de l'épargne constituée ou de demander des formalités médicales supplémentaires.

En cas de décès, la prestation décès est diminuée du montant retiré dans le mois.

Le rachat donne lieu au prélèvement d'une indemnité égale à :

- 5 % du montant racheté, en cas de rachat la première année;
- 4 % du montant racheté, en cas de rachat la deuxième année;
- 3 % du montant racheté, en cas de rachat la troisième année;
- 2 % du montant racheté, en cas de rachat la quatrième année;
- 1 % du montant racheté, en cas de rachat la cinquième année.

Ensuite, à partir de la sixième année, jusqu'aux 60 ans de l'assuré, quel que soit le terme du contrat, le prélèvement effectué sera de 1 %, tandis qu'au-delà de 60 ans, plus aucun prélèvement ne sera effectué. En cas de rachat total, si le prélèvement d'une indemnité est effectué, son montant sera au moins égal à 75 EUR. Ce montant forfaitaire est indexé en fonction de l'indice santé (base 1988 = 100).

Le rachat total de l'épargne constituée met fin au contrat d'assurance. Pour obtenir le rachat total du contrat d'assurance, l'assuré doit produire l'accord écrit des bénéficiaires acceptants éventuels.

Article 6

PRESTATION EN CAS DE DECES

6.1. Quels sont les prestations assurées en cas de décès ?

Le preneur d'assurance choisit la prestation à assurer en cas de décès selon les possibilités proposées par la compagnie. Cette prestation est mentionnée dans les conditions particulières.

Le montant de la prestation assurée en cas de décès sera, dans tous les cas, toujours au moins égal à l'épargne constituée du contrat d'assurance et sera évalué au 1er jour du mois au cours duquel la compagnie a été informée du décès.

6.2. Paiement de la prestation assurée en cas de décès

En cas de décès de l'assuré avant le terme du contrat d'assurance, la compagnie verse au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) la prestation assurée en cas de décès mentionnée dans les conditions particulières, sous déduction des impôts et autres retenues légales dus.

Le paiement de la prestation assurée en cas de décès met fin au contrat d'assurance.

6.3. Une participation bénéficiaire en cas de décès est-elle incluse ?

Une participation bénéficiaire en cas de décès est incluse dans la prestation décès et s'exprime sous la forme d'un pourcentage de diminution du coût du risque décès.

Le pourcentage de la participation bénéficiaire en cas de décès varie d'une année à l'autre et n'est pas garanti.

6.4. Quand la prestation assurée en cas de décès sort-elle ses effets ?

Dès réception par la compagnie de la proposition d'assurance dûment complétée et signée, enregistrement du premier versement sur le compte bancaire de la compagnie et sous réserve du résultat favorable des formalités médicales, la prestation assurée en cas de décès sort ses effets à la date indiquée aux conditions particulières.

Dans le cas où la prestation assurée en cas de décès choisie dans la proposition d'assurance est soumise à une acceptation médicale ou en cas d'insuffisance de versement permettant de garantir la prestation décès, la compagnie émettra le contrat d'assurance en prenant par défaut une couverture décès égale à 100 % de l'épargne constituée.

Dans le cas où la prestation assurée en cas de décès n'a pas sorti ses effets 3 mois après la signature de la proposition d'assurance en raison, soit de l'absence de résultat favorable de formalités médicales, soit de l'insuffisance de l'épargne constituée pour financer le coût de la prestation décès, la compagnie poursuivra le contrat d'assurance avec une prestation assurée en cas de décès égale à 100 % de l'épargne constituée.

Les formalités médicales accomplies lors de la souscription peuvent se révéler insuffisantes si les versements effectués sont différents du plan de versement. Dans ce cas, la compagnie se réserve le droit de demander des formalités médicales supplémentaires.

6.5. En quoi consiste la garantie décès provisoire en cas d'accident ?

Dès réception par la compagnie de la proposition d'assurance dûment complétée et signée, enregistrement du premier versement sur le compte bancaire de la compagnie, cette dernière accorde, à titre provisoire, une garantie de 6 250 EUR couvrant le décès suite à un accident pendant une période de 30 jours maximum. L'accident et le décès doivent survenir durant cette période.

La garantie provisoire cesse dès que la prestation assurée en cas de décès choisie conformément au point 6.1. sort ses effets, mais au plus tard après 30 jours.

6.6. Comment la prestation assurée en cas de décès est-elle financée ?

Le coût de la prestation assurée en cas de décès est prélevé sur l'épargne constituée du contrat d'assurance. Le premier prélèvement s'effectue à la date à laquelle la prestation en cas de décès sort ses effets. Les prélèvements suivants s'effectuent par anticipation, le premier de chaque mois.

6.7. Quand la prestation assurée en cas de décès cesse-t-elle d'être garantie ?

La prestation assurée en cas de décès cesse d'être garantie lors du paiement de celle-ci, lors de la résiliation du contrat d'assurance avant terme et, au plus tard, à la date définie dans les conditions particulières.

La compagnie maintient la prestation assurée en cas de décès aussi longtemps que l'épargne est suffisante pour permettre de prélever le coût de la prestation assurée en cas de décès. En cas d'insuffisance de l'épargne constituée, la compagnie attire l'attention du preneur d'assurance, par simple lettre, sur l'utilité d'effectuer un versement supplémentaire lui permettant d'éviter la résiliation du contrat d'assurance. A défaut de versement supplémentaire, le contrat d'assurance est résilié de plein droit.

Lorsqu'une avance sur prestations a été accordée sur le contrat conformément à l'article 7., la compagnie maintient la prestation assurée en cas de décès aussi longtemps que l'épargne constituée est suffisante pour permettre de prélever le coût de la prestation assurée en cas de décès et les retenues fiscales et sociales en vigueur sur les montants avancés. En cas d'insuffisance, la compagnie attire l'attention du preneur d'assurance, par simple lettre, sur l'utilité d'effectuer un versement supplémentaire. A défaut de versement supplémentaire, la compagnie poursuit le contrat d'assurance avec une prestation assurée en cas de décès égale à 100 % de l'épargne constituée.

6.8. Modification de la prestation assurée en cas de décès

En cours de contrat, il est possible pour le preneur d'assurance de demander par écrit une modification de la prestation assurée en cas de décès. Toute augmentation de cette prestation sera soumise aux conditions d'acceptation en vigueur au moment de la demande.

Un avenant sera établi pour toute modification de la prestation assurée en cas de décès.

A l'occasion d'événements importants dans le chef de l'assuré (mariage, naissance, adoption, décès du conjoint), il est possible d'augmenter la prestation assurée en cas de décès sans aucune formalité médicale, pour autant que :

- l'âge de l'assuré n'excède pas 50 ans au moment de la demande ;
- l'augmentation ne dépasse pas 20 % de la prestation assurée en cas de décès, avec une limite de 12 500 EUR, et que la nouvelle prestation assurée en cas de décès n'excède en aucun cas le plafond de 125 000 EUR.

La demande, accompagnée des pièces justificatives, doit être transmise à la compagnie au plus tard dans les 6 mois qui suivent l'événement.

6.9. Etendue de la prestation assurée en cas de décès

La prestation assurée en cas de décès est acquise dans le monde entier, quelles que soient les causes et les circonstances du décès de l'assuré, à l'exception des seuls cas repris ci-après.

Les risques non couverts sont ceux résultant :

- du suicide ou d'une tentative de suicide de l'assuré. Toutefois, le suicide ou la tentative de suicide est couvert s'il se produit après la première année qui suit la date de prise d'effet ou de remise en vigueur du contrat d'assurance. Ce même principe s'applique aux augmentations de la prestation assurée en cas de décès ;
- du fait intentionnel de l'assuré ou d'un des bénéficiaires, ou à l'instigation de l'un d'eux ;
- d'une condamnation judiciaire, d'un crime ou d'un délit à caractère intentionnel ;
- du décès de l'assuré, quelle qu'en soit la cause, survenant à la suite d'émeutes, de troubles civils ou de tout acte de violence collectif d'inspiration politique, idéologique ou sociale, accompagnés ou non de rébellion contre l'autorité ou tout pouvoir concédé, si l'assuré y a lui-même pris une part active et volontaire. La prestation assurée en cas de décès est acquise lorsque le décès de l'assuré a pour cause un acte de terrorisme, à condition que l'assuré n'y ait pas pris une part active et volontaire (voir point 6.10.);
- du décès de l'assuré quelle qu'en soit la cause à la suite d'un événement de guerre entre Etats ou de guerre civile ou faits de même nature. Toutefois, si les circonstances le justifient, ce risque peut être couvert par une convention particulière.

Lorsque le décès de l'assuré survient durant un séjour à l'étranger, il convient de distinguer 2 cas :

- 1) si le conflit éclate pendant le séjour, les couvertures décès sont acquises sauf si la compagnie démontre que l'assuré a participé activement aux hostilités ;
- 2) si l'assuré se rend dans un pays où il y a conflit armé, la couverture décès peut être acquise pour autant que le preneur d'assurance en informe la compagnie au minimum 30 jours avant le départ de l'assuré et que la compagnie ait marqué son accord pour la couverture. L'accord peut être subordonné au paiement d'une surprime et toutes les conditions de l'accord doivent être mentionnées dans un avenant au contrat. Toutefois si la compagnie démontre que l'assuré a participé activement aux hostilités, la couverture décès ne sera pas acquise.

En cas de décès de l'assuré suite à un risque non couvert, la compagnie paie l'épargne constituée. Cette épargne constituée est évaluée le 1er jour du mois où la compagnie a eu connaissance du décès. Lorsque le décès résulte du fait intentionnel d'un des bénéficiaires ou à son instigation, la prestation assurée en cas de décès sera payée aux autres bénéficiaires suivant l'ordre de priorité applicable.

6.10. Dispositions propres à la couverture contre les actes de terrorisme (TRIP)

6.10.1. Définition

Par terrorisme, on entend une action ou une menace d'action organisée dans la clandestinité à des fins idéologiques, politiques, ethniques ou religieuses, exécutée individuellement ou en groupe et attentant à des personnes ou détruisant partiellement ou totalement la valeur économique d'un bien matériel ou immatériel, soit en vue d'impressionner le public, de créer un climat d'insécurité ou de faire pression sur

les autorités, soit en vue d'entraver la circulation et le fonctionnement normal d'un service ou d'une entreprise.

Les dommages causés par des armes ou des engins destinés à exploser par une modification de structure du noyau atomique ne sont pas couverts dans le présent contrat.

6.10.2. Adhésion à TRIP

La compagnie couvre les dommages causés par le terrorisme. Celle-ci est membre à cette fin de l'ASBL Terrorism Reinsurance and Insurance Pool (TRIP). Conformément à la loi du 1er avril 2007 relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme, l'exécution de tous les engagements de l'ensemble des entreprises d'assurances membres de l'ASBL est limitée à 1 milliard d'euros par année civile pour les dommages causés par tous les événements reconnus comme relevant du terrorisme, survenus pendant cette année civile. Ce montant est adapté, le 1er janvier de chaque année, à l'évolution de l'indice des prix à la consommation, l'indice de base étant celui de décembre 2005. En cas de modification légale ou réglementaire de ce montant de base, le montant modifié sera automatiquement applicable dès la prochaine échéance suivant la modification, sauf si le législateur a prévu explicitement un autre régime transitoire.

Si le total des indemnités calculées ou estimées excède le montant cité dans le précédent alinéa, une règle proportionnelle est appliquée : les indemnités à payer sont limitées à concurrence du rapport entre le montant cité dans le précédent alinéa ou les moyens encore disponibles pour cette année civile et les indemnités à payer imputées à cette année civile.

6.10.3. Régime de paiement

Conformément à la loi susmentionnée du 1er avril 2007, le Comité décide si un événement répond à la définition de terrorisme. Afin que le montant cité à l'article 6.10.2 ne soit pas dépassé, ce Comité fixe, six mois au plus tard après l'événement, le pourcentage de l'indemnisation que les entreprises d'assurances membres de l'ASBL doivent prendre en charge en conséquence de l'événement. Le Comité peut revoir ce pourcentage. Le Comité prend, au plus tard le 31 décembre de la troisième année suivant l'année de survenance de l'événement, une décision définitive quant au pourcentage d'indemnisation à payer.

L'assuré ou le bénéficiaire ne peut prétendre, envers la compagnie, à l'indemnisation qu'après que le Comité a fixé le pourcentage. La compagnie paie le montant assuré conformément au pourcentage fixé par le Comité.

Si le Comité diminue le pourcentage, la réduction de l'indemnité ne sera pas applicable aux indemnités déjà payées, ni aux indemnités restant à payer pour lesquelles la compagnie a déjà communiqué sa décision à l'assuré ou au bénéficiaire.

Si le Comité relève le pourcentage, l'augmentation de l'indemnité s'applique pour tous les sinistres déclarés découlant de l'événement reconnu comme relevant du terrorisme.

Les dispositions du présent chapitre ne sont pas applicables à la valeur de rachat théorique des assurances-vie.

Article 7

AVANCES ET MISES EN GAGE

Dans les limites et aux conditions fixées par la compagnie et la réglementation en vigueur, l'assuré peut obtenir une avance sur contrat et/ou la mise en gage du contrat d'assurance pour garantir un prêt. Dans le cas où l'assuré peut obtenir une avance, la première avance ne pourra être accordée que le premier jour ouvrable du mois qui suit la date de souscription du contrat.

L'avance et/ou la mise en gage (en ce compris le transfert de droits à un tiers) ne peuvent être accordées que pour permettre à l'assuré d'acquies, de construire, d'améliorer, de réparer ou de transformer des biens immobiliers situés sur le territoire de l'Espace Economique Européen qui génèrent des revenus imposables. En outre, les avances doivent être remboursées dès que ces biens disparaissent du patrimoine de l'assuré. Le fonctionnement du système d'avance, les frais forfaitaires et/ou annuels, les retenues fiscales et sociales éventuelles en vigueur sont mentionnés dans l'acte d'avance.

Les montants accordés à titre d'avance sont déduits des paiements en cas de vie ou en cas de décès que la compagnie effectue en exécution du contrat d'assurance.

L'assuré prendra contact avec la compagnie pour connaître les limites et conditions d'obtention d'une avance ou d'une mise en gage.

Article 8

GESTION

Le preneur d'assurance veille à l'application du contrat d'assurance et communique, sous sa responsabilité, tous les renseignements et informations nécessaires à la compagnie dans le cadre de la couverture de la personne assurée par le contrat d'assurance et de l'émission, la gestion et la liquidation des contrats d'assurance.

PARTIE 4 : FONCTIONNEMENT DE L'ENGAGEMENT INDIVIDUEL DE PENSION

La partie 4 décrit les dispositions spécifiques propres au contrat d'assurance dès lors qu'il ressort des conditions particulières que le contrat a été souscrit en tant qu'Engagement Individuel de Pension (EIP).

Ces dispositions spécifiques priment sur les autres dispositions des présentes conditions générales dans le cas où elles y dérogent.

Article 9

QUE FAUT-IL ENTENDRE PAR ?

LE DIRIGEANT D'ENTREPRISE

La personne physique visée à l'article 32 alinéa premier, 1° et 2°, du Code des impôts sur les revenus 1992, à savoir la personne physique

- 1° qui exerce un mandat d'administrateur, de gérant, de liquidateur ou des fonctions analogues ;
- 2° qui exerce au sein de la société une fonction dirigeante ou une activité dirigeante de gestion journalière, d'ordre commercial, financier ou technique, en dehors d'un contrat de travail.

L'assuré est le dirigeant d'entreprise.

LES RESERVES ACQUISES :

Les réserves acquises de l'assuré sont égales, à tout moment, à l'épargne constituée, diminuée le cas échéant de l'indemnité de rachat et des frais des avances et/ou mises en gage dus sur la base des dispositions du contrat d'assurance.

LES PRESTATIONS ACQUISES

Les prestations auxquelles l'assuré pourra prétendre à l'âge de la pension si, lorsqu'il cesse d'être dirigeant d'entreprise de l'organisateur, il laisse ses réserves acquises auprès de la compagnie sans plus effectuer de versements.

Article 10

BENEFICIAIRE DE LA PRESTATION EN CAS DE DECES

Moyennant le respect des autres dispositions des conditions générales, le preneur d'assurance cède à l'assuré le droit de modifier ou de révoquer le(s) bénéficiaire(s) du contrat d'assurance.

Article 11

A QUEL MOMENT L'ENGAGEMENT INDIVIDUEL DE PENSION PREND-IL EFFET ?

L'Engagement Individuel de Pension prend effet à la date d'effet du contrat d'assurance.

Si l'assuré est également occupé comme salarié au service de l'organisateur, l'Engagement Individuel de Pension porte uniquement sur l'activité de dirigeant d'entreprise au service du preneur d'assurance et pas sur l'activité de salarié.

Article 12

QUAND PARLE-T-ON DE SORTIE ?

Il y a sortie en cas de :

- décès de l'assuré ;
- départ à la pension de l'assuré ;
- perte de la qualité de dirigeant d'entreprise rémunéré mensuellement par l'organisateur.

Dès que le preneur d'assurance a connaissance de la sortie de l'assuré, il en informe la compagnie par écrit.

En cas de sortie, les versements et les primes pour les assurances complémentaires s'arrêtent. En cas de sortie suite à la perte de la qualité de dirigeant indépendant, l'assuré conserve le bénéfice de ses réserves constituées sur ses contrats. Dans ce cas, il peut demander le transfert de ses réserves acquises vers un organisme de pension qui gère les réserves conformément au titre 4 de la loi du 15 mai 2014 portant des dispositions diverses.

Article 13

ARRIERE DE PAIEMENT, MODIFICATION OU RESILIATION DE L'ENGAGEMENT INDIVIDUEL DE PENSION

Le preneur d'assurance peut modifier ou résilier le contrat d'assurance ou réduire, interrompre ou suspendre les versements prévus, dans le respect des prescriptions légales. Il peut notamment le faire dans les cas suivants :

- si les circonstances économiques ou financières font que la poursuite de l'engagement de pension sous sa forme actuelle devient une contrainte contraire à une gestion saine de l'entreprise ;
- ou si les lois sociales et/ou fiscales, ou la législation sur les pensions complémentaires étaient modifiées, ou si d'autres circonstances devaient se produire qui ont des conséquences pour le preneur d'assurance ou l'assuré, notamment une augmentation directe ou indirecte du coût de l'engagement de pension ;
- ou si la législation en matière de sécurité sociale, à laquelle l'engagement individuel de pension constitue un complément, subissait d'importantes modifications ;
- ou si le maintien de l'engagement de pension sous sa forme actuelle devient difficile ou n'est pas raisonnablement justifié en conséquence d'une réorganisation, d'une restructuration, d'une fusion, d'une scission, d'un transfert ou de la liquidation du preneur d'assurance.

Dans ces cas, les dispositions de l'article 21.1. sont d'application.

Article 14

INFORMATION ANNUELLE DE L'ASSURE

Chaque année, la compagnie transmettra au preneur d'assurance une fiche de pension contenant des informations détaillées sur la situation du contrat d'assurance de l'assuré qui est toujours effectivement occupé comme dirigeant d'entreprise du preneur d'assurance et pour autant que les versements ne soient pas interrompus ou suspendus. Cette fiche de pension reprend les informations prévues par la loi.

Le preneur d'assurance prend en charge la distribution des fiches de pension aux dirigeants d'entreprise toujours effectivement occupés.

PARTIE 5 : FONCTIONNEMENT DE LA PENSION LIBRE COMPLEMENTAIRE POUR INDEPENDANTS

La partie 5 décrit les dispositions spécifiques propres au contrat d'assurance dès lors qu'il ressort des conditions particulières que le contrat a été souscrit en tant que 'Pension Libre Complémentaire pour Indépendants' (PLCI).

Ces dispositions spécifiques priment sur les autres dispositions des présentes conditions générales dans le cas où elles y dérogent.

Article 15

QUE FAUT-IL ENTENDRE PAR ?

LES RESERVES ACQUISES :

Les réserves acquises de l'assuré sont égales, à tout moment, à l'épargne constituée, diminuée le cas échéant de l'indemnité de rachat et des frais des avances et/ou mises en gage dus sur la base des dispositions du contrat d'assurance.

LES PRESTATIONS ACQUISES

Les prestations auxquelles l'assuré pourra prétendre à l'âge de la pension s'il laisse ses réserves acquises auprès de la compagnie sans plus effectuer de versements.

LES REVENUS PROFESSIONNELS

Les revenus professionnels visés à l'article 11, §2, de l'arrêté royal n°38 du 27 juillet 1967 organisant le statut social des travailleurs indépendants. Il s'agit des revenus sur lesquels sont calculées les cotisations sociales des indépendants, et qui sont utilisés pour le calcul du versement autorisé dans le régime de la Pension Libre Complémentaire pour Indépendants.

Article 16

FINANCEMENT

Les dispositions suivantes s'appliquent dans le cadre de la PLCI, en complément des dispositions de la Partie 2.

En effectuant le versement à la compagnie, le preneur d'assurance confirme qu'il satisfait aux conditions d'accès au régime de la PLCI.

Le preneur d'assurance détermine le montant annuel qui sera versé à la compagnie dans le cadre du contrat d'assurance, dans les limites fixées par le régime de la Pension Libre Complémentaire pour Indépendants. Le montant minimum du versement fixé par le régime de la PLCI est de 100 EUR par an.

Toutefois, la compagnie se réserve le droit de fixer des limites, notamment concernant le montant minimum de chaque versement (voir point 3.2.) et de refuser ou rembourser des versements supplémentaires.

Article 17

GARANTIE MINIMALE LEGALE

Les dispositions suivantes s'appliquent dans le cadre de la PLCI, en complément des dispositions de la Partie 3.

Lors du départ à la pension, ou si les prestations sont dues à la date à laquelle l'assuré atteint l'âge légal de la pension ou à la date à laquelle il satisfait aux conditions pour obtenir sa pension de retraite anticipée comme indépendant, les prestations acquises sont complétées, pour autant que nécessaire, à concurrence de la partie des versements pour l'assurance principale qui n'a pas été consommée par les coûts pour la prestation assurée en cas de décès. Cette disposition ne s'applique pas en cas de paiement des prestations dans les cinq ans après la conclusion de la convention de pension.

Lors du départ à la pension de l'assuré, l'épargne constituée, le cas échéant complétée à concurrence de la garantie légale lors du départ à la pension, est payée à l'assuré, sous déduction des montants accordés à titre d'avance, des impôts et autres retenues légales dus. La compagnie ne prélève pas de frais à cette occasion.

Article 18

DROIT À LA CONVERSION EN RENTE

Le bénéficiaire de l'épargne constituée ou de la prestation assurée en cas de décès, ou de la valeur de rachat qui revient à l'assuré, peut introduire une demande écrite en vue de la conversion de la somme qui lui revient en une rente viagère, après imputation des éventuelles retenues légales obligatoires, frais, indemnités ou sommes encore dues à la compagnie d'assurance ou à des tiers. Ce droit n'est acquis que si le montant initial annuel de la rente dépasse le montant seuil fixé par la loi.

Sans préjudice de l'application de dispositions impératives, le montant de la rente est déterminé sur la base des tarifs en vigueur auprès de la compagnie à la date d'effet de la rente.

La rente est payée après réception d'une quittance signée par le bénéficiaire et, le cas échéant, sous déduction des éventuelles retenues obligatoires.

Article 19

INFORMATION ANNUELLE DE L'ASSURE

Chaque année, la compagnie transmettra au preneur d'assurance une fiche de pension contenant des informations détaillées sur la situation du contrat d'assurance de l'assuré qui a payé une cotisation au cours de l'année précédente. Cette fiche de pension reprend les informations prévues par la loi.

PARTIE 6 : ASSURANCES COMPLEMENTAIRES

La partie 6 décrit les dispositions spécifiques propres au contrat d'assurance dès lors qu'il ressort des conditions particulières que les garanties complémentaires ont été souscrites.

Les dispositions des présentes conditions générales s'appliquent également aux garanties complémentaires sauf s'il y est dérogé dans les conditions générales séparées qui sont applicables spécifiquement aux garanties complémentaires.

Article 20

QUELLES GARANTIES COMPLEMENTAIRES PEUVENT ETRE SOUSCRITES ?

Conformément aux conditions générales des assurances complémentaires, le preneur d'assurance a la possibilité de souscrire les assurances complémentaires suivantes :

- capital accident (décès et invalidité totale et permanente) ;
- exonération des primes en cas d'incapacité de travail ;
- rente-revenus en cas d'incapacité de travail ;
- rente-frais professionnels en cas d'incapacité de travail ;
- rente en cas de maladies redoutées.

Les garanties complémentaires cessent en cas de résiliation, d'arrivée à terme et de rachat de l'assurance principale, en cas de décès ou de sortie de l'assuré, en cas de non-paiement des versements planifiés ou des primes des assurances complémentaires. En outre, la garantie rente en cas de maladies redoutées cesse dès le paiement du sinistre.

Si le départ à la pension est reporté à une date postérieure à la date de fin indiquée dans les conditions particulières, l'assuré est tenu d'en informer la compagnie avant le terme du contrat afin que le terme du contrat d'assurance soit prorogé de plein droit et que l'engagement de pension continue de courir jusqu'au départ à la pension. Les garanties complémentaires cessent à l'âge de la pension initialement prévu dans le contrat d'assurance.

Le preneur d'assurance a le droit de mettre fin, à tout moment et indépendamment du sort réservé à l'assurance principale, au paiement des primes des assurances complémentaires.

En cas de résiliation de l'assurance principale, les assurances complémentaires prennent fin à la même date. Les versements effectués restent acquis à la compagnie pour le prix du risque couvert.

PARTIE 7 : DISPOSITIONS GENERALES RELATIVES AU CONTRAT D'ASSURANCE

Article 21

LE CONTRAT D'ASSURANCE PEUT-IL ETRE MODIFIE, RESILIE OU TRANSFERE ?

21.1. Arriéré de paiement, modification ou résiliation du contrat d'assurance

La compagnie ne peut apporter unilatéralement aucune modification aux conditions générales ou particulières du contrat d'assurance.

Le preneur d'assurance peut modifier ou résilier le contrat d'assurance ou réduire, interrompre ou suspendre les versements prévus, dans le respect des prescriptions légales.

Le preneur d'assurance informera toujours l'assuré et la compagnie, au préalable et par écrit, de toute modification ou de la résiliation du contrat d'assurance, et ce conformément aux conditions légales applicables au contrat d'assurance.

Toute modification du contrat d'assurance doit être demandée par écrit à la compagnie et requiert l'accord de la compagnie. Même si le preneur d'assurance arrête ou modifie les versements prévus dans le plan de versement, il doit en informer l'assuré et la compagnie sans délai.

Les modifications qui entraînent une augmentation du versement annuel ou de la prestation assurée en cas de décès ou des garanties complémentaires, sont soumises aux conditions de la compagnie (notamment, à l'acceptation médicale) en vigueur au moment de la modification.

Toute modification sera confirmée par un avenant au contrat d'assurance qui acte la modification. La modification ou la résiliation du contrat d'assurance est sans incidence sur la réserve constituée au moyen des versements déjà effectués.

L'arriéré de paiement des primes est sans incidence sur la réserve constituée au moyen des versements déjà effectués.

21.2. Résiliation du contrat d'assurance dans les 30 jours

Dans les trente jours qui suivent la prise d'effet du contrat d'assurance, le preneur d'assurance a la possibilité de résilier le contrat d'assurance, et ce pour autant que la loi l'autorise dans la relation assuré-preneur d'assurance et dans le respect des prescriptions légales. La résiliation dans les 30 jours à l'initiative du preneur d'assurance s'effectue par l'envoi d'un recommandé daté et signé, avec effet immédiat au moment de la notification.

Dans ce cas, la compagnie rembourse au preneur d'assurance le versement, déduction faite, le cas échéant, des coûts qui ont été nécessaires pour assurer la prestation décès et les garanties complémentaires souscrites pendant la période écoulée et des frais éventuels engagés notamment pour les formalités médicales.

21.3. Transfert du contrat d'assurance

Si la cessation du contrat d'assurance résulte de la décision du preneur d'assurance de s'adresser à un autre organisme de pension pour le financement de ses obligations de pension, le contrat d'assurance peut être racheté dans le but de transférer l'épargne constituée vers cet organisme.

En cas de transfert vers un autre produit de la compagnie ou vers un autre organisme de pension, la compagnie pourra prélever une indemnité de rachat sur l'épargne constituée. Cette indemnité de rachat est calculée selon les modalités visées ci-après :

- 5 % de l'épargne constituée la première année du contrat d'assurance;
- 4 % de l'épargne constituée la deuxième année du contrat d'assurance;
- 3 % de l'épargne constituée la troisième année du contrat d'assurance;
- 2 % de l'épargne constituée la quatrième année du contrat d'assurance;
- 1 % de l'épargne constituée la cinquième année du contrat d'assurance.

Ensuite, à partir de la sixième année, jusqu'aux 60 ans de l'assuré, quel que soit le terme du contrat d'assurance, le prélèvement effectué sera de 1%, tandis qu'au-delà de 60 ans, plus aucun prélèvement ne sera effectué. Dans le cas d'un transfert total et si le prélèvement d'une indemnité est effectué, son montant sera au moins égal à 75 EUR. Ce montant forfaitaire est indexé en fonction de l'indice santé (base 1988 = 100).

Le rachat total de l'épargne constituée met fin au contrat d'assurance. Pour obtenir le rachat total du contrat d'assurance, l'assuré doit produire l'accord écrit des bénéficiaires acceptants éventuels.

Article 22

BENEFICIAIRES DU CONTRAT D'ASSURANCE EN CAS DE DECES DE L'ASSURE

L'assuré désigne les bénéficiaires du contrat d'assurance en cas de décès et peut à tout moment modifier ou révoquer ce choix. Pour être opposable à la compagnie, cette modification doit lui être notifiée par un écrit daté et signé par l'assuré. Cette modification est actée par un avenant. L'assuré est responsable du respect des droits éventuels que son époux (épouse) tire de leur régime matrimonial.

Toutefois, dès que les bénéficiaires acceptent le bénéfice du contrat d'assurance, ils acquièrent un droit irrévocable aux prestations qu'ils sont appelés à recevoir.

Tant que l'assuré est en vie, l'acceptation du bénéfice de l'assurance ne peut se faire que par un avenant au contrat d'assurance, signé par l'assuré, par ses bénéficiaires et par la compagnie.

Après le décès de l'assuré, la compagnie ne tiendra compte de l'acceptation du bénéfice que si elle est notifiée par écrit par les bénéficiaires.

En cas d'acceptation du contrat d'assurance par le bénéficiaire, la modification de l'attribution bénéficiaire, le rachat ou le transfert du contrat d'assurance, sa mise en gage ou l'octroi d'une avance sur celui-ci sont subordonnés à l'autorisation écrite du bénéficiaire acceptant. Cette autorisation est également requise pour toute modification ayant pour effet de diminuer les prestations assurées relatives aux versements déjà effectués et stipulées au profit du bénéficiaire acceptant.

Article 23

QUELLES SONT LES FORMALITES A RESPECTER POUR LE VERSEMENT DES PRESTATIONS ?

La compagnie verse les prestations assurées au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) dans les conditions particulières dès réception des pièces justificatives reprises ci-après :

- dans tous les cas :
 - une copie recto-verso de la carte d'identité de l'assuré ou du (des) bénéficiaire(s) ;
- en cas de vie de l'assuré au terme du contrat d'assurance :
 - un certificat de vie de l'assuré mentionnant sa date de naissance ;
- en cas de décès de l'assuré :

- un extrait de l'acte de décès de l'assuré mentionnant sa date de naissance ;
- un certificat médical rédigé sur formulaire délivré par la compagnie et mentionnant la cause du décès.

Dans les cas où le(s) bénéficiaire(s) n'a (n'ont) pas été désigné(s) nominativement, la compagnie doit disposer d'un acte de notoriété établissant les droits du (des) bénéficiaire(s). Cet acte doit mentionner les noms, prénoms, dates et lieux de naissance et adresses des bénéficiaires.

Si le bénéficiaire est mineur et n'a plus ni père ni mère, la compagnie doit disposer d'un document émanant du juge de paix. Ce document doit mentionner le nom du tuteur légal et le numéro du compte bancaire du bénéficiaire mineur.

La compagnie peut en outre réclamer toute pièce complémentaire jugée nécessaire et procéder, à ses propres frais, à un examen post mortem.

Les prestations sont indivisibles en ce qui concerne la compagnie. Dès lors, en présence de plusieurs bénéficiaires, un mandat dûment signé devra être envoyé à la compagnie désignant le mandataire auquel celle-ci versera les prestations.

Le paiement est effectué contre quittance signée.

S'il est constaté que la date de naissance de l'assuré communiquée à la compagnie n'est pas exacte, les garanties seront recalculées en fonction de la date exacte.

Article 24

DISPOSITIONS FISCALES, TAXES ET IMPOTS

En vue de l'application des limites fiscales, l'épargne constituée au terme du contrat est supposée correspondre à une rente cessible à 80% au profit du conjoint survivant ou du partenaire cohabitant légal survivant et indexée annuellement de 2%.

Les éventuels droits de timbre et d'enregistrement, tous impôts, cotisations et taxes éventuels, présents et futurs, applicables aux versements, aux primes pour les assurances complémentaires, aux prestations ou à toutes autres sommes dues en vertu du contrat d'assurance, sont à charge du preneur d'assurance ou des bénéficiaires. Ils sont imputés par la compagnie ou prélevés sur les versements, les primes pour les assurances complémentaires ou les prestations.

Le traitement fiscal dépend de la situation individuelle du bénéficiaire. Ce traitement fiscal est appliqué conformément à la législation belge en vigueur et est susceptible de modification ultérieure.

Article 25

CORRESPONDANCE ET INSTRUCTIONS A LA COMPAGNIE

Toute notification d'une partie à l'autre est censée être faite à la date de son dépôt à la poste. Les notifications au preneur d'assurance ou à l'assuré sont valablement faites à leur dernière adresse communiquée.

Toute instruction relative au contrat d'assurance doit être adressée à la compagnie par écrit, datée et signée.

Tout changement d'adresse n'est opposable à la compagnie que si celle-ci en a été informée par lettre recommandée.

Sauf convention contraire, les instructions prendront cours le premier jour ouvrable qui suit le jour où la compagnie reçoit la notification par écrit, pour autant qu'une procédure d'acceptation ne soit pas prévue.

La compagnie se réserve cependant le droit de ne pas y donner suite si l'exécution de l'instruction impliquait une contravention à une disposition légale ou réglementaire ou à une disposition du contrat d'assurance. Dans cette hypothèse, la compagnie informera immédiatement le preneur d'assurance de sa décision.

La compagnie pourra, sans toutefois y être obligée, considérer d'autres formes de notification (fax, e-mail, ...) comme valables.

Article 26

MODIFICATION DES MONTANTS ET FRAIS FORFAITAIRES ET DES BASES TECHNIQUES

Les montants et frais forfaitaires exprimés dans les présentes conditions générales, dans les conditions particulières et dans l'acte d'avance sont ceux en vigueur au 1/1/2002. Ils sont susceptibles d'être adaptés par la compagnie.

Conformément à la législation en vigueur, les bases techniques sont susceptibles d'être modifiées pour le futur.

Toute modification des frais ou des bases techniques fera l'objet d'une communication au preneur d'assurance.

Cet article ne vise pas les 75 EUR mentionnés aux points 5.2. et 21.4.

Article 27

BLANCHIMENT DE CAPITAUX

La compagnie est tenue de s'assurer que le contrat d'assurance n'est pas utilisé à des fins de blanchiment de capitaux. Le preneur d'assurance et le bénéficiaire acceptent de se soumettre aux règles relatives à l'identification et au contrôle de l'identité des clients conformément à la législation applicable en la matière et aux règles édictées par l'autorité de contrôle. Ils s'engagent à transmettre à la compagnie tous les documents et informations nécessaires à cet effet, et à communiquer sans délai tout changement dans ceux-ci.

La compagnie a le droit de résilier le contrat d'assurance si le preneur d'assurance ne lui communique pas suffisamment d'informations ou s'il apparaît que le preneur d'assurance avait une raison illicite de conclure le contrat d'assurance.

Dans ce cas, la compagnie rembourse au preneur d'assurance le versement, sous déduction des frais imputés proportionnellement avec le versement, de l'indemnité de rachat, des coûts nécessaires pour assurer la prestation décès et les garanties complémentaires pendant la période écoulée et des frais éventuels engagés notamment pour les formalités médicales. La résiliation par la compagnie devient effective 8 jours après la notification faite par la compagnie.

Article 28

SANCTIONS INTERNATIONALES

La compagnie ne peut être tenue de fournir une couverture, de payer un sinistre ou de fournir des prestations concernant le présent contrat d'assurance dans la mesure où la mise à disposition d'une telle couverture, le paiement d'un tel sinistre ou la fourniture de ces prestations exposerait la compagnie à une sanction économique ou commerciale, ou ferait l'objet d'une interdiction ou d'une restriction en vertu des lois ou règlements de toute juridiction à laquelle la compagnie est assujettie.

Article 29

PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

29.1. Général

Les données à caractère personnel (ci-après les "données personnelles") du preneur et/ ou de l'assuré et (le cas échéant) de son représentant légal sont traitées par la compagnie pour son propre compte, en tant que responsable du traitement, conformément au Règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, ainsi qu'à la Notice relative à la protection des données à caractère personnel de la compagnie. Cette notice est disponible sur <https://www.athora.com/be/fr/protection-des-donnees>.

Une version papier de celle-ci peut être obtenue sur simple demande adressée à votre intermédiaire.

29.2. Finalités du traitement des données personnelles

Les données personnelles sont traitées par la compagnie pour les finalités mentionnées dans la Notice ci-dessus et en particulier pour :

- i. exécuter ses obligations contractuelles et notamment la gestion et l'exécution des services d'assurance, en ce compris la gestion de la relation clientèle ;
- ii. respecter toutes les obligations légales, réglementaires ou administratives auxquelles elle est soumise, notamment en matière de retenues (para)fiscales ;
- iii. des raisons qui relèvent de son intérêt légitime e.a. l'établissement de statistiques, la détection et la prévention des abus et de la fraude, la constitution de preuves, la sécurité des réseaux et systèmes informatiques de la compagnie, la sécurité des biens et des personnes, l'optimisation des processus (par exemple d'évaluation et d'acceptation du risque, des processus internes, etc.), le développement de nouveaux produits, la prospection, les enquêtes de satisfaction.

Dans certains cas les données personnelles peuvent être traitées sur base du consentement de la personne concernée. Lorsque le traitement est fondé sur le consentement de la

personne concernée, celle-ci peut à tout moment retirer son consentement. Elle peut également s'opposer à tout moment au traitement des données personnelles concernant sa santé. Dans ce cas, la compagnie peut se trouver dans l'impossibilité de donner suite à sa demande d'intervention et/ou ne peut pas exécuter la relation contractuelle.

29.3. Données relatives à la santé

Lorsque, dans le cadre de la description du risque ou du traitement d'un sinistre, la personne concernée confie des données relatives à sa santé à la compagnie, cette dernière veille à ce que ces données soient traitées moyennant le consentement explicite de la personne concernée, dans la poursuite de la finalité consentie. La personne concernée peut à tout moment retirer son consentement relatif au traitement des données à caractère personnel concernant sa santé. Dans ce cas, elle reconnaît que la compagnie ne peut pas donner suite à sa demande d'intervention et/ou ne peut pas exécuter la relation contractuelle.

29.4. Transfert des données personnelles

Si les finalités précitées le requièrent et en conformité avec la législation sur la protection de la vie privée, la compagnie peut communiquer ces données personnelles à d'autres entreprises d'assurance intervenantes (ou à leurs représentants en Belgique ou leurs correspondants à l'étranger), aux entreprises de réassurance concernées, à un expert, à des bureaux de règlements de sinistres, à un médecin conseil, à un avocat, à un conseiller technique, à un intermédiaire d'assurances ou à un sous-traitant, à Datassur ESV, à Informex, ou à d'autres sociétés faisant partie du groupe de la compagnie. En outre, la compagnie peut transmettre ces données à toute autre personne ou instance en vertu d'une obligation légale ou d'une décision administrative ou judiciaire, ou encore si un intérêt légitime le justifie.

La compagnie est susceptible de transmettre les données personnelles en dehors de l'Espace économique européen (EEE) dans un pays qui peut, le cas échéant, ne pas assurer un niveau de protection adéquat des données personnelles. Le cas échéant, le transfert des données personnelles ne sera réalisé que moyennant des garanties appropriées et adaptées.

29.5. Droits de la personne concernée

Dans les limites de la réglementation, la personne concernée a le droit :

- i. de prendre connaissance de ses données;
- ii. de demander une rectification des données personnelles erronées;
- iii. de s'opposer au traitement de ses données;
- iv. de demander la limitation du traitement de ses données;
- v. de demander la suppression de ses données.

29.6. Délais de conservation

Les données personnelles recueillies par la compagnie sont conservées pendant toute la durée du contrat d'assurance, la période de prescription légale ainsi que tout autre délai de conservation qui serait imposé par la législation et la réglementation applicables.

29.7. Demande d'information

Pour toute question ou demande relative au traitement de ses données personnelles, la personne concernée est invitée à contacter notre délégué à la protection des données (« Data Protection Officer » ou « DPO ») par courrier ou e-mail à l'adresse suivante:

Par e-mail : dpo.be@athora.com
Par courrier : Athora Belgium S.A.
A l'attention du Data Protection Officer
Rue du Champ de Mars, 23, 1050 Bruxelles

29.8. Plainte ou recours

Si la personne concernée estime que le traitement de ses données personnelles constitue une violation de la législation en matière de vie privée, elle peut introduire une plainte auprès de l'Autorité de protection des données dont les coordonnées sont les suivantes :

Autorité de protection des données Rue de la Presse 35 1000 Bruxelles

Tél.: +32 2 274 48 00

Article 30

GESTION DES PLAINTES

En cas de contestation ou plainte vis-à-vis de la compagnie, sans préjudice de la possibilité d'intenter une action en justice, le preneur d'assurance, l'assuré ou le bénéficiaire peuvent contacter la compagnie :

- par écrit à **Athora Belgium – Service Gestion des Plaintes – Rue du Champ de Mars, 23 – 1050 Bruxelles**
- par e-mail à l'adresse : **gestion.plaintes.be@athora.com**
- par téléphone au **02/403 81 56**
- par fax au **02/ 403 86 53**

L'information concernant la procédure de traitement des plaintes est disponible sur le site **www.athora.com/be** dans la rubrique **Contactez-nous : 'Votre avis nous intéresse'**.

Conformément à la réglementation en vigueur, la compagnie s'engage à recourir à une procédure de règlement extrajudiciaire des litiges de consommation. Celle-ci est entièrement gratuite pour le preneur d'assurance, l'assuré ou le bénéficiaire.

Par conséquent, si celui-ci estime ne pas avoir obtenu la solution adéquate, il peut s'adresser à l'Ombudsman des Assurances, entité qualifiée, sise à l'adresse actuelle **Square de Meeûs 35 à 1000 Bruxelles** (info@ombudsman.as, www.ombudsman.as), sans préjudice de la possibilité d'intenter une action en justice.

Article 31

TRIBUNAUX COMPETENTS – DROIT APPLICABLE

Tout problème concernant le contrat d'assurance peut être soumis par le preneur d'assurance/l'assuré à la compagnie, sans préjudice d'intenter une action en justice.

Toutes les contestations éventuelles sont de la compétence exclusive des tribunaux belges.

Le contrat d'assurance est régi par le droit belge, y compris pendant la phase précontractuelle.

Article 32

DEVOIR DE DILIGENCE

La compagnie ne donne aucun conseil, ni concernant la souscription, ni concernant les différentes opérations au cours du contrat d'assurance. Le preneur d'assurance et/ou l'assuré se feront assister et conseiller par un intermédiaire en assurances de son choix qui devra respecter le devoir de précaution et l'obligation d'avis.

Le preneur d'assurance et l'assuré dispensent notamment la compagnie de toute vérification en la matière et la déchargent de toute responsabilité à l'égard de leurs choix et des conséquences – en particulier des pertes financières – qui peuvent en résulter, notamment si les choix faits ne sont pas adaptés au profil de l'assuré.

Article 33

DIVERS

Les différentes clauses du contrat d'assurance sont indépendantes les unes des autres. La nullité, l'illégalité ou l'inefficacité éventuelle d'une de ces clauses ne remet pas en cause la validité du contrat d'assurance dans son ensemble.

Toute clause déclarée nulle sera remplacée par une clause rectificative avec effet rétroactif à la date d'effet du contrat d'assurance. La compagnie s'engage à adapter cette clause de telle sorte que son contenu soit le plus conforme possible à l'esprit de la clause initiale.



Avertissement

Toute escroquerie ou tentative d'escroquerie envers l'entreprise d'assurances entraîne non seulement la résiliation du contrat d'assurance, mais fait également l'objet de poursuites pénales sur la base de l'article 496 du Code pénal. En outre, l'intéressé peut être repris dans le fichier du groupement d'intérêt économique Datassur. En vertu de la loi sur la protection de la vie privée, il en sera informé et aura, le cas échéant, la possibilité de faire rectifier les informations le concernant.