

< VIVIUM Assurance Vie

Epargne-pension, épargne à long terme, plan jeunesse ou épargne non fiscale

Conditions générales >

REF. FM 8.973F-11.2020

Sommaire

Sommaire.....	2
CHAPITRE 1 – DEFINITIONS ET NOTIONS.....	3
CHAPITRE 2 – ELEMENTS DU PRESENT CONTRAT D'ASSURANCE	4
CHAPITRE 3 – FONTIONNEMENT DU CONTRAT D'ASSURANCE	5
Article 1 – Garantie de l'assurance	5
Article 2 – Date de prise d'effet.....	6
Article 3 – Paiement des primes	6
Article 4 – Transfert de reserves.....	7
Article 5 – Bénéficiaires.....	8
Article 6 – Délai de réflexion.....	8
Article 7 – Modification du contrat d'assurance	9
Article 8 – Cessation du paiement des primes.....	9
Article 9 – Remise en vigueur	9
Article 10 – Versement des prestations assurées	10
Article 11 – Dispositions spécifiques concernant le fonds de placement de la branche 23	13
Article 12 – Transfert des droits en cas de décès du preneur d'assurance	13
CHAPITRE 4 – ETENDUE DE LA GARANTIE EN CAS DE DECES.....	14
Article 13 – Garantie à l'échelle mondiale.....	14
Article 14 – Risques exclus.....	14
Article 15 – Dépenses particulières	15
CHAPITRE 5 – CLAUSES SPECIALES	15
Article 16 – Indexation.....	15
Article 17 – Assurance complémentaire contre les accidents	15
Article 18 – Assurance complémentaires incapacité de travail I1 et/ou I2	17
Article 19 – Dispositions communes assurances complémentaires	23
CHAPITRE 6 – TERRORISME	24
CHAPITRE 7 – JURIDICTION, DROIT APPLICABLE ET DISPOSITIONS FISCALES.....	25
Article 20 – Juridiction.....	25
Article 21 – Droit applicable et dispositions fiscales	25
CHAPITRE 8 – COMMUNICATIONS.....	25
Article 22 – Notifications.....	25
Article 23 – Résidence.....	25
Article 24 – Echange de renseignements fiscaux	25
Article 25 – Personnes politiquement exposées	26
MENTIONS LEGALES	27

VIVIUM Assurance Vie

CHAPITRE I – DEFINITIONS ET NOTIONS

La compagnie

VIVIUM est une marque de P&V Assurances SC, établie en Belgique, à 1210 BRUXELLES, rue Royale 151.

Le preneur d'assurance

La personne physique qui conclut le contrat d'assurance avec la compagnie.

L'assuré

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

Le bénéficiaire en cas de vie

La personne qui a droit aux prestations assurées en cas de vie de l'assuré à la date d'expiration.

Le bénéficiaire en cas de décès

La personne qui a droit aux prestations assurées en cas de décès de l'assuré avant la date d'expiration.

Prime nette

La prime payée (hors primes pour les assurances complémentaires), déduction faite des éventuelles taxes et des frais.

Unité d'un fonds de placement

Une partie élémentaire d'un fonds de placement

Valeur d'inventaire d'une unité

La valeur du fonds de placement divisée par le nombre d'unités du fonds de placement au moment de l'estimation de la valeur.

Valorisation

La fixation de la valeur d'inventaire sur la base de la valeur nette d'inventaire des composants du fonds de la veille.

Réduction du contrat d'assurance

La cessation du paiement des primes.

Autorités de contrôle

Les institutions qui exercent le contrôle sur le secteur financier belge. Ce contrôle repose sur deux autorités de contrôle autonomes, à savoir la Banque Nationale de Belgique et l'Autorité des services et marchés financiers.

CHAPITRE 2 – ELEMENTS DU PRESENT CONTRAT D'ASSURANCE

Le présent contrat d'assurance est une assurance vie dans le cadre de laquelle les primes peuvent être investies dans un support de la branche 21 et / ou dans un support de la branche 23, sauf mention contraire dans les Conditions particulières.

- Support de la Branche 21 : les primes sont investies en tout ou en partie dans un tarif de la branche 21 avec taux d'intérêt garanti.
- Support de la Branche 23 : les primes sont affectées en tout ou en partie à l'acquisition d'unités dans un fonds de placement de la branche 23.

Le contrat d'assurance peut également prévoir une garantie supplémentaire en cas de décès et **des garanties complémentaires**: une assurance accidents complémentaire et/ou une assurance incapacité de travail complémentaire.

Au cas où les primes seraient investies intégralement dans le support de la Branche 23, les garanties complémentaires ne sont pas possibles.

Les garanties choisies sont stipulées dans les Conditions particulières.

En concluant ce contrat d'assurance, le preneur d'assurance peut opter pour une épargne fiscale (Epargne-Pension ou Epargne à long terme) ou renoncer à la déduction fiscale des primes (épargne non fiscale).

Le contrat d'assurance se compose des Conditions générales, des Conditions particulières et, le cas échéant, de la fiche info financière.

Le Règlement de Gestion des fonds de placement comprend notamment une description de la politique d'investissement de ces fonds internes, la fixation et l'affectation des revenus, les règles de valorisation de l'actif, la méthode de fixation de la valeur d'inventaire, la méthode de calcul des frais et les informations concernant la classe de risque de ces fonds internes.

En cours de contrat, le contenu du Règlement de Gestion des fonds de placement internes peut être sujet à des adaptations. C'est la raison pour laquelle, si le preneur d'assurance souhaite à un moment donné des informations sur les fonds internes disponibles dans le cadre du support de la branche 23 ou sur un autre sujet qui est abordé dans ce règlement, nous invitons le preneur d'assurance à consulter sur le site internet www.vivium.be le Règlement de Gestion des fonds en vigueur à ce moment-là ou à s'informer auprès de l'intermédiaire d'assurances. Ce Règlement de Gestion est également disponible à notre siège social.

CHAPITRE 3 – FONCTIONNEMENT DU CONTRAT D'ASSURANCE

Article I – Garantie de l'assurance

I.1. Constitution de réserve dans le support de la branche 21

Le montant composé de la capitalisation des primes nettes investies dans le support de la branche 21.

Les primes nettes destinées au support de la branche 21 sont capitalisées à l'un des taux d'intérêt applicables au moment de la réception du versement.

Dans le support de la branche 21, le preneur d'assurance a le choix entre les tarifs suivants :

- Capiplan : la participation bénéficiaire attribuée est capitalisée au taux d'intérêt garanti valable au moment de l'octroi de cette participation bénéficiaire dans le contrat d'assurance.
- Capi 23 : la participation bénéficiaire attribuée est investie dans l'un des fonds de placement de la branche 23 proposés par la compagnie, au choix du preneur d'assurance.

Le preneur d'assurance peut, pendant la durée du contrat d'assurance, choisir d'investir l'intégralité des primes nettes futures à un autre taux d'intérêt de l'offre en vigueur à ce moment.

I.2. Constitution de réserve dans le support de la branche 23

Le montant composé des primes nettes investies dans le support de la branche 23.

La prime nette destinée au support de la branche 23 sert à l'acquisition d'unités dans le fonds de placement choisi. La réserve est déterminée par le nombre d'unités du fonds choisi à multiplier par la valeur d'inventaire de cette unité.

Le preneur d'assurance a le choix entre différents fonds de placement. La stratégie d'investissement, les caractéristiques et la nature des actifs sont décrites dans le Règlement de gestion. Ce règlement peut être obtenu sur simple demande adressée au siège social de la compagnie.

L'offre peut s'étendre à l'avenir.

Chaque fonds vise la croissance par le biais d'une diversification dans différents instruments financiers. En dépit de toutes les mesures prises pour atteindre les objectifs fixés, l'investissement dans ces fonds reste sujet à certains risques. Aucune garantie formelle ne peut donc être donnée.

La valeur du fonds peut varier dans le temps. Le risque financier qui y est lié est supporté par le preneur d'assurance.

I.3. Participation aux bénéfices

§1er. Réserve constituée dans le support de la branche 21

Cette réserve donne droit à la participation aux bénéfices pour autant que l'on ait satisfait aux conditions minimales telles que définies dans le dossier bénéficiaire de la compagnie, communiqué aux autorités de contrôle. Ces conditions peuvent changer en cours de contrat. Le pourcentage de la participation bénéficiaire varie d'une année à l'autre et n'est pas garanti.

Pour les contrats d'assurance sur lesquels une avance a été accordée ou qui ont été donnés en gage à la compagnie, le droit à la participation bénéficiaire s'éteint pour la valeur de rachat théorique correspondant au montant de l'avance ou de la mise en gage.

Dans le support de la branche 21, le preneur d'assurance a le choix entre les tarifs suivants :

- Capiplan : la participation bénéficiaire attribuée est capitalisée au taux d'intérêt garanti valable au moment de l'octroi de celle-ci.
- Capi 23 : la participation bénéficiaire attribuée est investie dans l'un des fonds de placement de la branche 23 proposés par la compagnie, au choix du preneur d'assurance.

La valeur d'inventaire pour la conversion de cette participation bénéficiaire en unités du fonds choisi est fixée au 1er février ou au jour bancaire ouvrable suivant.

Attention : si une partie de la prime nette est également investie dans un fonds de placement de la branche 23, la participation bénéficiaire attribuée dans le support de la branche 21 est investie dans le même fonds.

§2. Réserve constituée dans le support de la branche 23

Cette réserve n'entre pas en ligne de compte pour la participation bénéficiaire.

1.4. Garantie en cas de vie

En cas de vie de l'assuré à la date d'expiration du contrat d'assurance, le bénéficiaire en cas de vie reçoit les réserves constituées, la participation aux bénéfices attribuée incluse.

1.5. Garantie en cas de décès

En cas de décès de l'assuré avant la date d'expiration du contrat d'assurance, le bénéficiaire en cas de décès reçoit les réserves constituées au moment du décès, la participation aux bénéfices attribuée incluse.

Si une garantie décès complémentaire est prévue dans les Conditions particulières, le bénéficiaire en cas de décès reçoit le capital décès tel que stipulé dans les Conditions particulières ou, si ce montant est plus élevé, les réserves constituées au moment du décès, la participation aux bénéfices attribuée incluse.

Dans ce cas, le coût de la garantie supplémentaire en cas de décès est retenu chaque mois au préalable des réserves constituées. Ce coût est calculé sur la base du capital décès assuré diminué des réserves constituées.

Les réserves sont définies selon les dispositions du point 10.2.

Article 2 – Date de prise d'effet

Le contrat d'assurance prend cours à la date de prise d'effet telle que visée aux Conditions particulières, mais pas avant que toutes les parties intéressées ne l'aient signé et que la première prime ait été payée.

Sauf en cas de fraude, le contrat d'assurance est incontestable à partir de sa prise d'effet, sous réserve des dispositions applicables aux assurances complémentaires incapacité de travail I1 et/ou I2 concernant la communication du risque par le preneur d'assurance et l'assuré (voir point 18.14).

Article 3 – Paiement des primes

Le preneur d'assurance est invité à payer des primes aux dates convenues dans les Conditions particulières. Elles peuvent être complétées par le paiement d'une prime unique supplémentaire. Le preneur d'assurance ne peut en aucun cas être obligé à effectuer les paiements. Le paiement se fait sur l'un des comptes en banque ou comptes de chèques postaux de la compagnie.

La compagnie se réserve le droit de déterminer un montant minimum pour les primes mais aussi pour la prime unique supplémentaire.

3.1. Choix et modification de la répartition de la prime

Le preneur d'assurance peut investir l'intégralité de la prime dans le support de la branche 21 ou dans le support de la branche 23. Si le preneur d'assurance souhaite répartir sa prime entre le support de la branche 21 et le support de la branche 23, au moins 20 % de la prime nette doivent être investis dans chaque support.

La répartition d'une prime unique est identique à celle des primes.

Une autre répartition peut, sur demande, s'appliquer à cette prime unique.

Le choix de répartition des primes est mentionné dans les Conditions particulières.

Le preneur d'assurance a toujours le droit, moyennant le respect des dispositions légales liées au profil de risque, en ce qui concerne ses primes futures :

- a) pour le support de la branche 21, de choisir le taux d'intérêt parmi l'offre en vigueur à ce moment et de modifier ce choix. Les primes futures ne peuvent être réparties entre plusieurs taux d'intérêt ;
- b) de choisir la répartition de primes entre le support de la branche 21 et le support de la branche 23 et de modifier ce choix ;
- c) de choisir le fonds de placement de la branche 23 et de modifier ce choix. En cas de changement de ce type, l'intégralité de la réserve constituée dans le support de la branche 23 est transférée vers ce fonds de placement de la branche 23 (voir les dispositions au point 4 concernant le transfert de réserves).

Le preneur d'assurance peut modifier la répartition de la prime par le biais d'une lettre datée et signée, accompagnée d'une copie de sa carte d'identité.

3.2. Octroi des primes

Pour le support de la branche 21, la capitalisation de la prime nette commence dès son enregistrement sur un compte financier auprès de la compagnie, mais pas avant la date de prise d'effet du contrat d'assurance.

Pour le support de la branche 23, l'achat des unités du fonds de placement choisi s'effectue sur la première valorisation communiquée au plus tôt le jour bancaire ouvrable suivant la réception de la prime par la compagnie sur un compte financier, mais pas avant la date de prise d'effet du contrat d'assurance. En cas de changement de la répartition de la prime, le changement intervient au plus tôt à la première échéance de prime impayée.

La fixation de la valeur d'inventaire est exécutée par le gestionnaire du fonds et est contraignante pour toutes les parties. La compagnie se réserve le droit d'adapter la date de valorisation si des circonstances exceptionnelles rendent impossible la valorisation des fonds de placement. La valeur d'inventaire est obtenue en divisant la valeur des avoirs du fonds, déduction faite de l'indemnité de gestion, des frais susceptibles de découler de la gestion du fonds (tels que mentionnés dans le règlement de gestion) ainsi que des éventuels impôts, droits et taxes, par le nombre d'unités présentes le jour de la valorisation. Lorsque les titres libellés en devises étrangères ou d'autres titres doivent être convertis pour le calcul de la valeur du fonds, la compagnie se base sur le dernier cours moyen connu de cette devise, sauf si, dans l'intérêt de toutes les parties en présence, la compagnie juge opportun d'appliquer un cours différent.

La compagnie communique au moins une fois par semaine la valeur d'inventaire à la presse et mentionne toujours la valeur d'inventaire dans l'aperçu annuel de la police.

Article 4 – Transfert de reserves

4.1. Transfert de la réserve constituée dans le support de la branche 23

Le preneur d'assurance peut toujours transférer l'intégralité de la réserve du support de la branche 23 d'un fonds de placement à l'autre. Un transfert partiel vers un autre fonds de placement n'est par contre pas possible.

Il peut également transférer tout ou partie de la réserve dans le support de la branche 21 du contrat d'assurance.

§1 Transfert de réserve entre fonds de placement de la branche 23

Le preneur d'assurance a le droit de transférer à tout moment la contre-valeur en euros de ses unités d'un fonds de placement vers un autre fonds de la gamme proposée, moyennant le respect des dispositions légales liées au profil de risque.

Dans ce cas, les unités concernées du fonds de placement sont respectivement vendues et achetées à la première valeur d'inventaire publiée, au plus tôt le jour bancaire ouvrable suivant la réception par la compagnie de la lettre signée par le preneur d'assurance et d'une copie de la carte d'identité du preneur d'assurance.

§2. Transfert du support de la branche 23 vers le support de la branche 21

Le preneur d'assurance a le droit de transférer à tout moment tout ou partie de la contre-valeur en euros de ses unités d'un fonds de placement vers le support de la branche 21 de son contrat d'assurance, moyennant le respect des dispositions légales relatives au profil de risque.

Dans ce cas, les unités concernées du fonds de placement sont respectivement vendues à la première valeur d'inventaire publiée, au plus tôt le jour bancaire ouvrable suivant la réception par la compagnie de la lettre signée et datée par le preneur d'assurance et d'une copie de la carte d'identité du preneur d'assurance. En cas de transfert vers le support de la branche 21, le taux d'intérêt garanti valable le jour auquel le transfert est acté sera appliqué.

§3. Frais

Le preneur d'assurance peut procéder une fois par année civile à un transfert gratuit de la réserve constituée dans le support de la branche 23. Ensuite, chaque transfert effectué à la demande du preneur d'assurance se fera moyennant le paiement d'une indemnité de 0,5 % de la réserve transférée.

4.2. Transfert de la réserve constituée dans le support de la branche 21

§1 PAS de transfert de réserve entre supports de la branche 21

Si le support de la branche 21 contient des réserves constituées à différents taux d'intérêt, ces réserves ne peuvent être transférées dans ce même support vers un autre taux d'intérêt garanti.

§2. Transfert du support de la branche 21 vers le support de la branche 23

Le preneur d'assurance peut toujours, moyennant le respect des dispositions légales liées au profil de risque, procéder au transfert de la réserve partielle ou intégrale du support de la branche 21 vers le support de la branche 23.

Au cas où des garanties complémentaires seraient présentes dans le contrat, un transfert intégral vers le support de la branche 23 n'est pas possible. Dans ce cas, au moins 20 % de la réserve totale doivent toujours rester dans le support de la branche 21. Ce minimum est évalué le jour où le transfert est acté.

Si la réserve du support de la branche 21 se compose de différents taux d'intérêt, le montant à transférer est composé proportionnellement par réserve.

Le support de la branche 21 couplé à une avance ne peut être transféré vers le support de la branche 23.

Les unités du fonds de placement sont achetées à la première valeur d'inventaire publiée, au plus tôt le jour bancaire ouvrable suivant la réception par la compagnie de la lettre signée par le preneur d'assurance et d'une copie de la carte d'identité du preneur d'assurance.

§3. Frais

Les frais suivants sont appliqués à ce transfert : 5 % sur la réserve transférée, ce pourcentage diminue par 1 % par année au cours des cinq dernières années.

Article 5 – Bénéficiaires

Le preneur d'assurance est libre de désigner le(s) bénéficiaire(s) du contrat d'assurance. Tant que l'attribution bénéficiaire n'a pas été acceptée, il peut la modifier à tout moment par le biais d'une lettre datée et signée.

Chaque bénéficiaire peut accepter l'avantage de ce contrat d'assurance. Pour que cette attribution soit opposable, il y a lieu d'établir un avenant, signé par le bénéficiaire qui accepte l'avantage, par le preneur d'assurance et par la compagnie. À partir de ce moment, le preneur d'assurance ne peut plus modifier le contrat d'assurance et ne peut plus exercer les droits qui résultent du contrat d'assurance sans l'accord explicite du bénéficiaire qui a accepté l'avantage du contrat d'assurance.

Article 6 – Délai de réflexion

Le preneur d'assurance a le droit de résilier son contrat d'assurance dans les trente jours à compter de sa prise d'effet. Si ce contrat d'assurance est utilisé comme garantie pour un crédit, le preneur d'assurance a le droit de résilier le contrat d'assurance dans les trente jours après la notification selon laquelle le crédit ne lui sera pas attribué.

Dans les deux cas, la résiliation doit se faire par lettre recommandée, par exploit d'huissier ou par remise de la lettre de résiliation en échange d'un accusé de réception. La date de dépôt à la poste, la date de notification ou la date mentionnée sur l'accusé de réception fait office de date de résiliation. Le cas échéant, le preneur d'assurance devra renvoyer à la compagnie l'exemplaire du contrat d'assurance en sa possession ou, à défaut, une déclaration de perte signée.

Pour le support de la branche 21, la compagnie rembourse les primes payées, diminuées des montants éventuellement utilisés pour couvrir le risque.

Pour le support de la branche 23, la compagnie rembourse la valeur des unités attribuées, majorée des frais d'entrée payés et diminuée des montants éventuellement utilisés pour couvrir le risque. La valeur des unités attribuées est calculée sur la base de la première valorisation connue, au plus tôt un jour bancaire ouvrable à compter de la réception de l'avis de résiliation officiel.

Article 7 – Modification du contrat d'assurance

La compagnie ne peut apporter aucune modification unilatérale aux Conditions générales et particulières du contrat d'assurance.

Le preneur d'assurance peut à tout moment demander par écrit une modification de son contrat d'assurance. La compagnie confirme toute adaptation en établissant de nouvelles Conditions particulières ou en établissant un avenant aux Conditions particulières.

Article 8 – Cessation du paiement des primes

Lorsqu'aucun paiement n'est enregistré pendant une période correspondant à une année civile ou que le preneur d'assurance a déclaré cesser le paiement des primes, la compagnie n'enverra plus d'invitations de paiement.

Le contrat d'assurance sera réduit avec maintien du capital décès minimum et des éventuelles garanties complémentaires et utilisation à cet effet de la réserve disponible dans le contrat d'assurance jusqu'à épuisement de celle-ci. La réserve disponible ne dépasse jamais la réserve qui a été constituée dans le contrat d'assurance, compte tenu des montants utilisés. Au moment de la réduction, cette réserve disponible sera diminuée d'une indemnité de réduction et d'un montant forfaitaire de 75 EUR. Ce montant forfaitaire est indexé en fonction de l'indice santé des prix à la consommation (base 1988 = 100). L'indice qui doit être pris en considération est celui du deuxième mois du trimestre qui précède la date de la réduction.

L'indemnité de réduction correspond à la valeur actuelle des frais annuels pour la gestion générale du contrat d'assurance jusqu'à l'échéance prévue à l'origine, avec un maximum de 0,5 % des primes de réduction. La prime de réduction est égale à la prime prévue contractuellement, moins les frais de production, de promotion et de gestion.

Il peut être mis fin aux éventuelles garanties complémentaires dans un délai de trente jours après l'envoi d'une lettre recommandée adressée par la compagnie au preneur d'assurance. Dans ce cas, tout droit à indemnité pour cause d'une rechute d'une incapacité de travail antérieure cesse d'exister.

Si la réserve totale ne suffit pas à maintenir le capital minimum en cas de décès, le contrat d'assurance sera annulé. Cette annulation ne produit ses effets qu'à l'expiration d'un délai de trente jours à compter de l'envoi d'une lettre recommandée indiquant les conséquences du défaut de paiement des primes. Si, entre-temps, le preneur d'assurance a introduit une demande de rachat écrite, l'on applique les dispositions relatives au rachat.

L'éventuel bénéficiaire acceptant sera averti du non-paiement de la prime. Le bénéficiaire acceptant a le droit d'effectuer le paiement de la prime dans le délai de trente jours énoncé dans la présente disposition.

Article 9 – Remise en vigueur

Après le rachat du contrat d'assurance et le paiement de la valeur de rachat, le preneur d'assurance peut remettre en vigueur le contrat d'assurance après avoir adressé une lettre datée et signée à la compagnie dans les trois mois suivant le paiement de la valeur de rachat. Pour obtenir la remise en vigueur, le preneur d'assurance doit verser l'intégralité de la valeur de rachat.

En cas de réduction du contrat d'assurance, le preneur d'assurance peut remettre le contrat d'assurance en vigueur dans les trois ans qui suivent la réduction, et ce, pour les montants assurés à la date de la réduction. Cette remise en vigueur s'effectue par le règlement des primes impayées, éventuellement majorées de la prime complémentaire, qui est calculée sur la base des tarifs applicables au moment de la remise en vigueur, et qui est nécessaire pour apurer les éventuels déficits.

La remise en vigueur ne peut avoir trait qu'au support de la branche 21 de la réserve d'épargne. Le support de la branche 23 constitué dans les fonds de placement ne peut pas être remis en vigueur. À cet effet, il est uniquement possible d'acheter le nombre d'unités sur la base de la valeur d'inventaire communiquée au plus tôt un jour bancaire ouvrable après réception de la demande par la compagnie.

La remise en vigueur d'un contrat d'assurance dépend des conditions d'acceptation applicables à ce moment et s'opère toujours suivant la sélection de risque en vigueur à ce moment. Les frais d'un éventuel examen médical sont à la charge du preneur d'assurance.

La remise en vigueur doit correspondre au profil de risque, dans le respect des dispositions légales en vigueur.

Article 10 – Versement des prestations assurées

10.1. Paiement en cas de vie à la date d'expiration

Quelque temps avant la date d'expiration du contrat d'assurance, la compagnie invitera le bénéficiaire en cas de vie à lui transmettre les documents suivants :

1. une copie de la carte d'identité du bénéficiaire en cas de vie (si c'est une personne physique) ;
2. tout document que la compagnie pourrait estimer nécessaire pour le traitement du dossier, par exemple une copie de la carte d'identité de l'assuré (si l'assuré est différent du bénéficiaire en cas de vie) ;
3. la quittance de règlement, dûment signée.

Dans les trente jours suivant la réception de ces documents par la compagnie, mais pas avant la date d'expiration du contrat d'assurance, la valeur de la police sera versée.

Pour le support de la branche 21, cette valeur est équivalente à la réserve constituée à la date d'expiration du contrat d'assurance, majorée de la participation aux bénéfices acquise.

Pour le support de la branche 23, la valeur des unités du fonds de placement sera déterminée à la première valorisation communiquée au plus tôt le jour bancaire ouvrable suivant la réception de la quittance de règlement signée par la compagnie, mais pas avant la date d'expiration du contrat d'assurance.

La compagnie se réserve le droit, dans des circonstances exceptionnelles telles que définies dans le règlement de gestion, de suspendre la valorisation de la valeur des unités.

10.2. Paiement en cas de décès avant la date d'expiration

Dès que le décès est annoncé, le(s) bénéficiaire(s) en cas de décès sera (seront) prié(s) de transmettre les documents suivants à la compagnie :

- 1) l'extrait officiel du certificat de décès ;
- 2) une copie de la carte d'identité du (des) bénéficiaire(s) en cas de décès, si celui-ci (ceux-ci) est (sont) nommément désigné(s) dans la convention
- 3) OU un acte de succession (chez le notaire) ou une attestation de succession (chez le notaire ou chez le receveur du bureau des droits de succession) si le(s) bénéficiaire(s) en cas de décès n'a (ont) pas été nommément désigné(s) dans le contrat d'assurance;
- 4) tout document que la compagnie pourrait estimer nécessaire pour le traitement du dossier, par exemple un certificat sur la cause du décès, établi par la compagnie et à remplir complètement par le médecin qui a soigné l'assuré au cours de sa dernière maladie et/ou au moment du décès.

Après réception de ces documents par la compagnie, une quittance de règlement sera rédigée et envoyée au(x) bénéficiaire(s). Dans les trente jours suivant la réception par la compagnie de la (des) quittance(s) signée(s), la prestation assurée en cas de décès sera versée.

Pour le support de la branche 21, cette prestation est équivalente à la réserve constituée, majorée de la participation aux bénéfices acquise à la date du décès.

Pour le support de la branche 23, la valeur des unités du fonds de placement sera déterminée à la première valorisation communiquée au plus tôt le jour bancaire ouvrable suivant la notification à la compagnie du décès, sauf lorsque la valeur des unités déterminée le lendemain du décès est inférieure, auquel cas cette valeur inférieure sera prise en compte.

La compagnie se réserve le droit, dans des circonstances exceptionnelles telles que définies dans le règlement de gestion, de suspendre la valorisation de la valeur des unités.

10.3. Paiement en cas de rachat

Le preneur d'assurance peut procéder au rachat en tout ou en partie de la police par le biais d'une lettre datée et signée. Il est possible de limiter ce rachat au support de la branche 21 ou au support de la branche 23 ou de répartir le rachat entre les deux supports.

En cas de rachat partiel du support de la branche 21 et du support de la branche 23, la demande doit mentionner le mode de répartition du rachat partiel entre les différents supports. En l'absence de choix, le rachat sera calculé proportionnellement sur les différents supports.

Au cas où des garanties complémentaires seraient présentes dans le contrat, un solde de minimum 20 % de la réserve totale doit, en cas de rachat partiel du support de la branche 21, rester dans la branche 21. Ce minimum est évalué le jour où le rachat est acté.

En cas de rachat complet, il est mis fin au contrat d'assurance par le versement de la valeur de rachat des réserves constituées. En cas de rachat de la police dans le mois suivant une réduction, le montant forfaitaire visé au point 8 est ajouté à la réserve.

Si le contrat d'assurance fait l'objet d'un rachat avant la date d'expiration, une indemnité de rachat sera retenue.

1) Indemnité de rachat épargne-pension et plan jeunesse

- Support de la branche 21

Cette indemnité de rachat ne peut être supérieure au maximum des deux montants suivants :

- 5 % calculés sur la valeur de rachat du support de la branche 21 concerné. Cette indemnité diminue de 1 % par an les cinq dernières années.
- Un montant forfaitaire de 75 EUR indexé en fonction de l'indice santé des prix à la consommation (base 1988 = 100). L'indice qui doit être pris en considération est celui du deuxième mois du trimestre qui précède la date de rachat.

-Support de la branche 23

5 % calculés sur la valeur de rachat. Cette indemnité diminue de 1 % par an les cinq dernières années.

2) Indemnité de rachat épargne à long terme

Aucune indemnité de rachat n'est due si

- le retrait a lieu après l'âge de la pension légale, à la condition que le contrat soit en vigueur depuis au moins 10 ans
- en cas de retrait partiel, un montant minimal de 5.000 EUR est retiré, et le solde résiduel de la police s'élève au minimum à 5.000 EUR

Dans les autres cas, l'indemnité de rachat s'élève à :

-Support de la branche 21

Cette indemnité de rachat ne peut être supérieure au maximum des deux montants suivants :

- 5 % calculés sur la valeur de rachat du support de la branche 21 concerné. Cette indemnité diminue de 1 % par an les cinq dernières années.
- Un montant forfaitaire de 75 EUR indexé en fonction de l'indice santé des prix à la consommation (base 1988 = 100). L'indice qui doit être pris en considération est celui du deuxième mois du trimestre qui précède la date de rachat.

- Support de la branche 23

5 % calculés sur la valeur de rachat. Cette indemnité diminue de 1 % par an les cinq dernières années.

3) Indemnité de rachat contrats non-fiscaux

- Support de la branche 21

Cette indemnité de rachat ne peut être supérieure au maximum des deux montants suivants :

- 5 % calculés sur la valeur de rachat du support de la branche 21 concerné. Cette indemnité diminue de 1 % par an les cinq dernières années.
- Un montant forfaitaire de 75 EUR indexé en fonction de l'indice santé des prix à la consommation (base 1988 = 100). L'indice qui doit être pris en considération est celui du deuxième mois du trimestre qui précède la date de rachat.

- Support de la branche 23

En cas de rachat pendant les 3 premières années après le premier paiement de prime, une indemnité de rachat dégressive de 3 % (première année), 2 % (2e année) et 1 % (3e année) est perçue sur la réserve à racheter.

Pour le support de la branche 21, la valeur de rachat est calculée à la date de réception de la demande écrite.

Pour le support de la branche 23, la valeur des unités sera déterminée à la première valorisation communiquée au plus tôt le jour bancaire ouvrable suivant la réception de la demande de rachat par la compagnie. Dans des circonstances exceptionnelles, telles que définies dans le règlement de gestion, la compagnie peut suspendre le prélèvement de la valeur des unités.

Après réception de cette demande, la compagnie invitera le preneur d'assurance à lui transmettre les documents suivants :

- 1) une copie de la carte d'identité du preneur d'assurance (si c'est une personne physique) ;
- 2) tout autre document que la compagnie estime nécessaire, par exemple l'accord de rachat du contrat d'assurance émanant de l'éventuel bénéficiaire acceptant ;
- 3) une quittance de rachat dûment signée.

Dans les trente jours suivant la réception de ces documents par la compagnie, la valeur de rachat sera versée.

10.4. Paiement en cas d'avance

Le preneur d'assurance peut à tout moment obtenir une avance conformément aux modalités indiquées dans le contrat d'avance, à moins qu'une disposition légale ne s'y oppose.

Une avance ne peut être obtenue que dans le support de la branche 21.

L'avance maximale accordée ne peut excéder la valeur de rachat, compte tenu des retenues légales éventuelles et diminuée, dans le cas d'une avance avec paiement d'intérêts, d'une année d'intérêts.

L'avance minimale accordée s'élève à 2.500 EUR s'il s'agit d'une avance avec paiement d'intérêts et à 10.000 EUR s'il s'agit d'une avance sans paiement d'intérêts.

Après réception de la demande de prélever une avance, la compagnie invitera le preneur d'assurance à lui transmettre les documents suivants:

- 1) une copie de la carte d'identité du preneur d'assurance;
- 2) tout document dont la compagnie estimerait la production nécessaire;
- 3) le contrat d'avance dûment signé.

Dans les trente jours suivant la réception par la compagnie de ces documents, le montant net de l'avance sera versé.

10.5. Dispositions générales en cas de versement

Aucun intérêt ne sera attribué en cas de retard de paiement pour une circonstance indépendante de la volonté de la compagnie.

Si la compagnie examine, dans le cadre d'une obligation légale, si le risque s'est produit, si la couverture est acquise ou si elle doit rechercher les bénéficiaires, elle a le droit d'imputer les frais liés à ces activités et de les prélever sur la prestation.

Article 11 – Dispositions spécifiques concernant le fonds de placement de la branche 23

11.1. Frais de gestion du fonds de placement de la branche 23

Le détail de l'indemnité de gestion, de même que les frais susceptibles de découler de la gestion du fonds, tels que les frais de garde de titres, les frais administratifs, les frais de rapports annuels, de publications, etc. sont repris dans le Règlement de gestion. Ces frais, auxquels s'ajoutent les éventuels impôts, droits et taxes prélevés à charge du fonds, sont compris dans la valeur d'inventaire du fonds de placement.

La compagnie se réserve le droit de revoir l'indemnité de gestion, comme décrit dans le Règlement de Gestion.

11.2. Valorisation du fonds de placement de la branche 23

La compagnie fixe la valeur d'inventaire à chaque valorisation sur la base de la valeur nette d'inventaire des composants du fonds de la veille.

La compagnie est autorisée à suspendre provisoirement le calcul de la valeur des unités, et par conséquent les opérations d'investissement, de transfert et de rachat :

- lorsqu'une Bourse ou un marché sur lequel une part substantielle de l'actif du fonds de placement est cotée ou négociée ou un marché de change important sur lequel sont cotées ou négociées les devises dans lesquelles la valeur des actifs nets est exprimée, est fermé pour une raison autre que le congé régulier ou lorsque les transactions y sont suspendues ou soumises à des restrictions ;
- lorsqu'il existe une situation grave, telle que le gestionnaire du fonds ne peut évaluer correctement les avoirs et/ou obligations, ne peut pas en disposer normalement ou sans porter gravement préjudice aux intérêts des preneurs d'assurance ou des bénéficiaires du fonds ;
- lorsque le gestionnaire du fonds est incapable de transférer des fonds ou de réaliser des opérations à des prix ou à des taux de change normaux ou que des restrictions sont imposées aux marchés de change ou aux marchés financiers ;
- lors d'un prélèvement substantiel du fonds, supérieur à 80 % de la valeur du fonds ou supérieur à 1,25 million EUR.

Si cette suspension se prolonge, la compagnie informera les preneurs d'assurance par la presse ou tout autre moyen jugé approprié. Les opérations ainsi suspendues seront effectuées au plus tard le septième jour bancaire ouvrable après la fin de cette suspension.

11.3. Liquidation ou fusion d'un fonds de placement de la branche 23

La compagnie se réserve le droit de liquider ou de fusionner un ou plusieurs fonds internes, comme décrit dans le Règlement de gestion.

Le cas échéant, vous aurez la possibilité, sous réserve des conditions qui vous seront communiquées à ce moment-là et moyennant les éventuels prélèvements fiscaux, de soit transférer la valeur d'inventaire de ce fonds interne vers le support de la branche 21 ou vers un autre ou plusieurs autres fonds internes que nous vous proposons soit de la récupérer, et ce sans frais.

Article 12 – Transfert des droits en cas de décès du preneur d'assurance

Si la police a été souscrite par un seul preneur d'assurance, il est procédé, à son décès, et pour autant que la police ne soit pas versée dans son intégralité à la suite de ce décès, au transfert de l'intégralité de ses droits et obligations à l'assuré (qui devient alors le preneur d'assurance).

En cas de souscription de la police par deux preneurs d'assurance, il est procédé, au décès du premier preneur d'assurance, et pour autant que la police ne soit pas versée dans son intégralité à la suite de ce décès, au transfert de l'intégralité de ses droits et obligations à l'autre preneur d'assurance.

Il est possible de déroger aux dispositions du présent point dans les Conditions particulières.

CHAPITRE 4 – ETENDUE DE LA GARANTIE EN CAS DE DECES

Article 13 – Garantie à l'échelle mondiale

Le risque de décès est valable dans le monde entier, quelle qu'en soit la cause, mais sous réserve des dispositions énoncées dans le présent chapitre.

Article 14 – Risques exclus

Dans le cas des risques exclus énoncés dans cette disposition, la compagnie verse la réserve d'épargne constituée, calculée le jour du décès. La compagnie ne versera cependant aucun montant au bénéficiaire qui a causé intentionnellement le décès de l'assuré ou qui en a été l'instigateur.

14.1. Suicide de l'assuré

Le suicide de l'assuré n'est garanti que s'il a lieu après la première année suivant la prise d'effet du contrat d'assurance ou la remise en vigueur du contrat d'assurance. À chaque augmentation des prestations assurées en cas de décès, le suicide n'est couvert que s'il se produit après la première année suivant la date de prise d'effet des nouvelles Conditions particulières ou de l'avenant d'augmentation.

14.2. Fait intentionnel

Le décès de l'assuré provoqué par un acte intentionnel ou à l'instigation d'une personne qui a intérêt à la prestation n'est pas garanti. L'acte intentionnel est un acte posé dans le but d'infliger des lésions graves à l'assuré.

Si le bénéficiaire n'a été désigné que pour une partie de la prestation assurée, cette disposition s'applique uniquement à la partie correspondante du contrat d'assurance.

14.3. Aviation

Le décès de l'assuré des suites d'un accident d'un appareil de navigation aérienne, dans lequel il s'est embarqué en tant que passager, n'est pas couvert s'il s'agit d'un appareil :

- qui ne dispose pas d'une autorisation de voler pour le transport de personnes ou de biens ;
- d'une armée de l'air, le décès étant toutefois couvert s'il s'agit d'un appareil affecté au moment de l'accident au transport de personnes ;
- qui transporte des produits à caractère stratégique dans des régions où des hostilités ou rébellions sont en cours ;
- qui se prépare ou participe à une compétition sportive ;
- qui effectue des vols d'essai ;
- du type « ultra léger motorisé ».

14.4. Émeute

Aucune couverture n'est accordée pour le décès résultant d'émeutes, de troubles civils, de tout acte de violence collectif, d'inspiration politique, idéologique ou sociale, accompagné ou non de rébellion contre l'autorité ou tout pouvoir institué, si l'assuré y a pris une part active et volontaire.

14.5. Guerre

Aucune garantie n'est accordée pour le décès causé par une guerre ou des faits semblables, ou par une guerre civile. Cette exclusion est élargie à tout décès, quelle qu'en soit la cause, lorsque l'assuré participe activement aux hostilités. Ce risque peut toutefois être garanti par le biais d'une convention spéciale, moyennant justification par les circonstances et consentement de l'Autorité des services et marchés financiers.

Article 15 – Dépenses particulières

Aucuns frais supplémentaires ne sont imputés en cas de dépenses exceptionnelles causées par l'intervention du preneur d'assurance, de l'assuré ou du bénéficiaire.

CHAPITRE 5 – CLAUSES SPECIALES

Les dispositions du présent chapitre ne s'appliquent que s'il en est fait mention expresse dans les Conditions particulières.

Article 16 – Indexation

Le preneur d'assurance a le droit d'adapter le contrat d'assurance annuellement à l'évolution de la situation économique. Pour la détermination de l'augmentation de la réserve d'épargne à la suite de l'indexation de la prime, il est tenu compte des tarifs appliqués par la compagnie en date de l'augmentation, de l'âge de l'assuré et de la durée restante du contrat d'assurance au moment de l'adaptation. La compagnie peut faire une proposition d'indexation. Le preneur d'assurance peut toujours refuser cette proposition.

Article 17 – Assurance complémentaire contre les accidents

17.1. Garanties

La compagnie s'engage à allouer les prestations assurées prévues aux Conditions particulières en cas d'accident corporel frappant l'assuré. Par accident, il faut entendre exclusivement tout événement soudain et anormal causé par une force extérieure. Pour autant que le décès de l'assuré résulte directement de l'accident et survienne dans les douze mois suivant l'accident, la compagnie verse la prestation assurée au bénéficiaire en cas de décès.

En cas d'invalidité totale et permanente de l'assuré, la compagnie paie la prestation assurée au bénéficiaire en cas de vie. L'invalidité permanente sera déterminée après la guérison des lésions et au plus tard un an après l'accident.

Le degré d'invalidité permanente du fait d'un accident garanti ne peut être déterminé qu'en Belgique. Il sera fixé selon le Guide barème européen d'évaluation médicale des atteintes à l'intégrité physique et psychique, et ce, sans tenir compte de la profession exercée. Une invalidité permanente de 67 % ou plus est considérée comme totale.

17.2. Limites des garanties

L'assurance ne garantit pas :

- a. les maladies, même celles ayant une cause extérieure ;
- b. les suites de l'influence climatique. Les accidents causés par la foudre et l'aggravation des lésions encourues à l'occasion d'un accident couvert sont cependant couverts ;
- c. les accidents causés ou rendus possibles par la maladie, l'état morbide ou l'infirmité, ou par tout autre état anormal physique ou mental de l'assuré ;
- d. le suicide ou la tentative de suicide de l'assuré.

Ne sont pas compris dans la garantie les accidents causés, entretenus ou aggravés par la faute grave de l'assuré, du preneur d'assurance, du bénéficiaire ou de toute autre personne ayant un intérêt à la prestation.

Sont considérés comme faute grave :

- a. tout acte commis intentionnellement ou avec le consentement de l'assuré, du preneur d'assurance, du bénéficiaire ou d'une autre personne ayant un intérêt au versement des prestations ;
- b. toute participation à des délits ou bagarres, étant ou non la conséquence d'un comportement provocateur ou d'une querelle, à l'exception des cas de légitime défense ;
- c. des actes notoirement téméraires qui n'ont pas pour objet de sauver des personnes ou des biens ; toute mutilation ou traitement que l'assuré appliquerait sur lui-même, sauf les traitements normaux d'hygiène personnelle ;
- d. toute forme d'intoxication alcoolique ainsi que l'abus de stupéfiants ou de médicaments, s'il existe un lien de cause à effet entre cet état et le sinistre.

L'assurance ne couvre pas les accidents :

- a. rendus possibles par la guerre ou une situation y assimilée ;
- b. qui sont directement ou indirectement la conséquence d'une émeute ou d'actes de violence, sauf s'il peut être prouvé que l'assuré n'y participait pas activement ou qu'il se trouvait en état de légitime défense ;
- c. qui sont la conséquence d'une catastrophe due à la radioactivité nucléaire ;
- d. survenant pendant ou à la suite d'un traitement médical ou chirurgical, à moins que ce dernier ne soit consécutif à un accident assuré ;
- e. provoqués par l'abus chronique d'alcool, de stupéfiants ou de médicaments, de toute forme de toxicomanie ou d'alcoolisme ;
- f. provoqués par des travaux en hauteur (plus de 15 mètres).

17.3. Extensions de la garantie

a. Euthanasie

L'assurance couvre le décès de l'assuré à la suite d'une euthanasie pratiquée à cause d'une affection grave et incurable qui est la conséquence directe d'un accident couvert par ce contrat d'assurance. La garantie ne couvre pas le décès consécutif à une euthanasie qui ne répond pas à ces critères.

b. Risques particuliers

Moyennant stipulation expresse aux Conditions particulières, l'assurance couvre également :

- a. l'utilisation de machines, autres que les appareils ménagers et de bricolage habituels ;
- b. des activités professionnelles manifestement dangereuses, comme par exemple, sans être toutefois limitatif, des travaux de construction ou de démolition, la descente dans des mines ou carrières, tous travaux sur ou sous l'eau, l'utilisation ou le traitement de produits corrosifs et l'élagage ou l'abattage d'arbres de haute futaie ;
- c. l'usage d'un moyen de transport aérien autrement que comme passager payant dans un avion ou hélicoptère aménagé pour transporter des personnes ;
- d. l'exercice rémunéré d'une discipline sportive quelconque, en ce compris les entraînements ;
- e. la pratique de tous sports de combat et autres sports dangereux, comme par exemple, sans être toutefois limitatif: l'aéronautique ou le vol à voile, le deltaplane, les sauts en altitude, l'alpinisme, le bobsleigh, le skeleton, le saut à ski, le ski de compétition, le saut d'obstacles à cheval et les courses de chevaux, le polo, la spéléologie, les explorations sous-marines, la plongée sous-marine, le rafting, le rugby, la chasse ;
- f. l'usage comme conducteur, passager ou membre de l'équipage de chaque véhicule de toute nature, qui participe à (la préparation) des compétitions, des manifestations ou des épreuves sportives.

17.4. Restrictions des indemnisations

Lors de l'établissement du degré d'invalidité, on procédera dans tous les cas à la déduction du pourcentage d'invalidité résultant de maladies, d'états morbides ou d'invalidités antérieures à l'accident.

Lorsque le degré d'invalidité permanente peut être réduit grâce à une intervention chirurgicale, un traitement spécial ou la pose d'une prothèse et que l'assuré refuse de s'y soumettre, la compagnie peut limiter la prestation à concurrence du préjudice qu'elle a subi.

Les prestations assurées en cas décès et d'invalidité permanente ne peuvent jamais être cumulées.

17.5. Garantie territoriale

L'assurance est valable dans le monde entier, pour autant que l'assuré ait son domicile et sa résidence habituelle en Belgique. En cas d'invalidité permanente du fait d'un accident garanti, la garantie n'est acquise à l'étranger pour autant que la compagnie puisse exercer le contrôle médical et effectif nécessaire. A la demande de la compagnie, l'assuré se présentera à un examen médical auprès d'un médecin en Belgique.

17.6. Obligations

§1er. En cas d'accident

Tout accident ayant engendré la mort doit être notifié par téléphone, e-mail ou télécopie dans un délai de 24 heures par les bénéficiaires. En cas de déclaration tardive, la compagnie peut réduire son intervention du préjudice qu'elle a subi, à moins que la preuve ne soit fournie que la déclaration du sinistre a été communiquée dès que c'était raisonnablement possible.

La compagnie peut demander des informations complémentaires ou faire procéder à ses frais à une autopsie. Le cas échéant, la compagnie attendra les résultats avant de décider si le dommage est couvert ou non. S'il n'est pas satisfait à une de ces obligations, la compagnie peut réduire son intervention du préjudice qu'elle a subi.

L'assuré, le preneur d'assurance ou le bénéficiaire est tenu, dans les huit jours, de faire part à la compagnie, par lettre recommandée, de tout accident pouvant entraîner une invalidité totale et permanente. Cette déclaration devra être accompagnée d'un certificat médical détaillé du médecin traitant et délivré par l'assuré au médecin-conseil. La déclaration sera encore acceptée lorsque, pour une raison valable, elle aura été faite au plus tard un an après l'accident.

Toutes les mesures permettant de hâter la guérison doivent être prises immédiatement. Dès que son état le permettra, l'assuré est tenu de répondre à chaque appel du médecin-conseil de la compagnie.

§2. En cas d'infirmité ou de maladie grave

Si l'assuré est victime d'une infirmité ou d'une maladie grave, la compagnie doit en être avisée le plus rapidement possible par lettre recommandée.

17.7. Durée de l'assurance

1. L'assurance peut être résiliée à tout moment indépendamment de l'assurance principale.
2. L'assurance cesse de plein droit au moment où l'assurance principale prend fin par rachat, décès, annulation, expiration, réduction ou conversion. Elle n'a pas de valeur de rachat.
3. L'assurance prend fin de plein droit au plus tard à l'âge de la pension légale de l'assuré.
4. La compagnie peut résilier l'assurance dès que l'assuré n'a plus son domicile ou sa résidence habituelle en Belgique.

17.8. Modification du tarif et des conditions

Lorsque la compagnie réalise une modification du tarif, le preneur d'assurance peut résilier le contrat d'assurance. La modification du tarif est communiquée au moins quatre mois avant l'échéance annuelle du contrat d'assurance, et le contrat pourra être résilié par courrier recommandé dans le mois suivant la notification. Si la modification du tarif est communiquée au cours des quatre mois précédant l'échéance annuelle, le preneur d'assurance peut résilier le contrat dans un délai de trois mois suivant la notification.

Article 18 – Assurance complémentaires incapacité de travail I1 et/ou I2

18.1. Garanties

Restitution de la prime I1

La compagnie s'engage à procéder à la restitution de prime I1 assurée dans les Conditions particulières lorsque l'assuré subit, à la suite d'une maladie ou d'un accident, une incapacité de travail dont la durée dépasse le délai de carence convenu. Le preneur d'assurance est le bénéficiaire du remboursement de la prime I1.

Rente annuelle I2

Si l'assuré subit, à la suite d'une maladie ou d'un accident, une incapacité de travail dont la durée dépasse le délai de carence convenu, la compagnie verse la rente annuelle I2 prévue dans les Conditions particulières, et ce, dans le but d'indemniser la perte de revenus subie par l'assuré.

La rente annuelle assurée s'élève à maximum 100% des revenus professionnels annuels, diminués des montants assurés d'autres couvertures d'incapacité de travail (légales ou complémentaires) prévoyant une prestation en cas d'incapacité de travail.

Le preneur d'assurance est le bénéficiaire de la rente annuelle I2.

Maladie

Une maladie est toute atteinte à la santé autre que celle découlant d'un accident, constatée par un médecin légalement autorisé à exercer sa profession en Belgique.

Accident

Tout événement soudain et anormal, indépendant de la volonté de l'assuré et/ou de toute personne ayant un intérêt à l'assurance, ayant comme conséquence directe une lésion corporelle de l'assuré, pouvant être médicalement établie et due à une force extérieure.

Incapacité de travail

L'incapacité totale ou partielle d'exercer une activité professionnelle résultant de l'atteinte à l'intégrité physique ou psychique de l'assuré. L'incapacité de travail est établie par décision médicale.

Délai de carence

Période pendant laquelle il n'y a pas de versement de prestations pour une incapacité de travail garantie.

Pour obtenir et conserver le droit à ces prestations assurées, l'incapacité de travail doit atteindre au moins 25 %. Toute référence ultérieure à l'incapacité physiologique sert uniquement à déterminer le montant de l'indemnité.

Les prestations assurées sont allouées en fonction du degré d'incapacité de travail. Celle-ci ne sera pas inférieure au taux d'incapacité physiologique, sauf disposition contraire prévue dans les Conditions particulières.

Une incapacité physiologique ou une incapacité de travail de 67 % ou plus est assimilée à une incapacité à 100 %.

Parallèlement à l'entrée en jouissance des prestations assurées, le preneur d'assurance acquiert également le droit au remboursement proportionnel de la prime de l'assurance complémentaire incapacité de travail.

Le degré de l'incapacité physiologique ne peut être déterminé qu'en Belgique. Il est déterminé par décision médicale conformément au Guide barème européen d'évaluation médicale des atteintes à l'intégrité physique et psychique.

Le degré d'incapacité de travail est également déterminé par les médecins concernés, durant la première année d'incapacité de travail proportionnellement à la perte de l'aptitude physique ou psychique de l'assuré pour l'exercice des activités professionnelles de l'assuré mentionnées dans les Conditions particulières du contrat d'assurance. À partir de la deuxième année, le degré d'incapacité de travail sera déterminé uniquement proportionnellement à la perte de l'aptitude physique ou psychique de l'assuré pour l'exercice de n'importe quelle activité professionnelle correspondant à sa situation sociale, ses connaissances et ses aptitudes. Il est tout à fait indépendant de n'importe quel autre critère économique.

18.2. Délai de carence

Pour chaque période d'incapacité de travail couverte, il est prévu un délai de carence dont la durée est déterminée dans les Conditions particulières.

Le délai de carence prend cours à la date fixée par les médecins comme étant celle de la prise d'effet de l'incapacité de travail. L'incapacité de travail subie avant l'expiration du délai de carence ne sera pas indemnisée. Il ne sera jamais appliqué de nouveau délai de carence après la fin d'une période d'incapacité de travail précédente pour laquelle des indemnités ont été payées :

- lorsque l'assuré subit dans les trois mois une incapacité de travail par suite d'un accident ou d'une maladie déjà garantie antérieurement ;
- en cas de retrait de matériel d'ostéosynthèse, à savoir des outils mécaniques tels que des vis, plaques, boulons ou fils métalliques permettant de réunir des fragments d'un os fracturé.

18.3. Versement des prestations assurées

Dès que l'incapacité de travail atteint 67 %, le bénéficiaire recevra par journée d'incapacité de travail 1/365e de la prestation assurée. Si le degré d'incapacité de travail est inférieur à 67 %, la prestation sera proportionnelle au degré d'incapacité de travail.

Lorsqu'une prestation est réclamée, on examine si la rente annuelle assurée dépasse la couverture maximale visée ci-dessus. Le cas échéant, on réduit la rente assurée à cette couverture maximale.

En cas de réduction de la rente annuelle lors d'un sinistre, la compagnie rembourse au preneur d'assurance la partie de la prime que ce dernier a payé en trop, et ce, pendant au maximum une période d'un an précédant le mois durant lequel il a été établi que la rente assurée était trop élevée.

Si la rente annuelle assurée est inférieure à la couverture maximale décrite ci-dessus, la prestation est de toute façon fixée sur la base de cette rente annuelle.

La rente est payable mensuellement, et pour la première fois trente jours après l'expiration du délai de carence. La prestation prend fin avec un règlement au prorata en fonction du nombre de jours civils donnant droit à une prestation à la fin de la période d'incapacité de travail, et au plus tard à l'expiration du contrat d'assurance ou lors de l'annulation de la police. En tout cas, le droit aux prestations n'est plus acquis dès que l'assuré reçoit une pension légale, même si les droits à la pension proprement dits ont été suspendus temporairement pour quelque motif que ce soit.

18.4. Limites des garanties

I. Ne sont pas comprises dans la garantie les incapacités de travail causées, entretenues ou aggravées par la faute grave de l'assuré, du preneur d'assurance, du bénéficiaire ou de toute autre personne ayant un intérêt à la prestation.

Sont considérés comme faute grave :

- tout acte commis intentionnellement ou avec le consentement de l'assuré, du preneur d'assurance, du bénéficiaire ou d'une autre personne ayant un intérêt au versement des prestations ;
- toute participation à des délits ou bagarres, étant ou non la conséquence d'un comportement provocateur ou d'une querelle, à l'exception des cas de légitime défense ;
- des actes notoirement téméraires qui n'ont pas pour objet de sauver des personnes ou des biens ; toute mutilation ou traitement que l'assuré appliquerait sur lui-même, sauf les traitements normaux d'hygiène personnelle ;
- toute forme d'intoxication alcoolique ainsi que l'abus de stupéfiants ou de médicaments, s'il existe un lien de cause à effet entre cet état et le sinistre.

2. Ne sont pas non plus comprises dans la garantie les incapacités de travail causées, entretenues ou aggravées par :

- toute tentative de suicide de l'assuré ;
- des troubles subjectifs sans symptômes objectifs ou sans cause médicalement établie ;
- des troubles psychiques.

La liste limitative suivante d'affections psychiques est couverte si le diagnostic a été établi par un psychiatre reconnu en Belgique et répond aux critères établis dans le « Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition » (= DSM-V) ou ses versions ultérieures :

- dépression majeure ;
- trouble bipolaire ;
- trouble psychotique ;
- schizophrénie ;
- troubles d'anxiété généralisés ;
- trouble dissociatif ;
- trouble obsessionnel-compulsif ;
- anorexie ;
- boulimie nerveuse.

Si l'assuré est victime d'une incapacité de travail due à un SFC (syndrome de fatigue chronique) ou une fibromyalgie, la rente sera versée pendant maximum 700 jours, de manière cumulative sur la durée du contrat d'assurance.

- des interventions esthétiques, de quelque nature que ce soit ;
- une catastrophe due à la radioactivité nucléaire ;
- la guerre ou une situation y assimilée ;
- une émeute ou des actes de violence (directement ou indirectement), sauf s'il peut être prouvé que l'assuré n'y participait pas activement ou qu'il se trouvait en état de légitime défense ;

- la manipulation d'armes ou d'explosifs, ou la participation à des activités militaires ;
- l'abus d'alcool, de stupéfiants ou de médicaments, toute forme de toxicomanie ou d'alcoolisme ;
- des travaux en hauteur (plus de 15 mètres).

18.5. Extensions de la garantie

a. Grossesse et accouchement

Si l'assurée devient, à la suite d'une grossesse ou d'un accouchement, totalement ou partiellement inapte pour des raisons physiques ou psychiques à exercer ses activités professionnelles pendant plus de trois mois après l'accouchement, la compagnie accorde la garantie à partir du quatrième mois après l'accouchement.

Une grossesse pathologique est cependant immédiatement couverte, sans préjudice des dispositions concernant le délai de carence, pour autant que l'arrêt ou la diminution de travail ne soit pas consécutive à des travaux insalubres.

Grossesse pathologique

Les complications de la grossesse, tant dans le chef de l'assurée que de son fœtus, résultant d'une situation pathologique ou anormale.

Travaux insalubres

Des travaux impliquant l'exposition à un risque professionnel engendrant un risque, potentiel ou non, pour la mère et/ou le fœtus, tels que reconnus par les dispositions légales concernant la protection de la maternité. Ces travaux incluent notamment :

- des activités avec des substances chimiques ;
- des activités avec des agents infectieux ;
- des activités avec des radiations ionisantes ;
- des activités avec des cytostatiques (p. ex. des moyens de lutte contre le cancer) ;
- des activités nécessitant de soulever des charges ;
- des activités dans des températures élevées ;
- des activités impliquant un travail de nuit.

b. Garanties particulières

Moyennant stipulation expresse aux Conditions particulières, l'assurance couvre également :

- des activités professionnelles manifestement dangereuses, comme par exemple sans être toutefois limitatif, des travaux de construction ou de démolition, la descente dans des mines ou carrières, tous travaux sur ou sous l'eau, l'utilisation ou le traitement de produits corrosifs et l'élagage ou l'abattage d'arbres de haute futaie ;
- l'usage d'un moyen de transport aérien autrement que comme passager payant dans un avion ou hélicoptère aménagé pour transporter des personnes ;
- l'exercice rémunéré d'une discipline sportive quelconque, en ce compris les entraînements ;
- la pratique de tous sports de combat et autres sports dangereux, comme par exemple sans être toutefois limitatif: l'aéronautique ou le vol à voile, le deltaplane, les sauts en altitude, l'alpinisme, le bobsleigh, le skeleton, le saut à ski, le ski de compétition, le saut d'obstacles à cheval et les courses de chevaux, le polo, la spéléologie, les explorations sous-marines, la plongée sous-marine, le rafting, le rugby, la chasse ;
- l'usage comme conducteur, passager ou membre de l'équipage de chaque véhicule de toute nature, qui participe à (la préparation) des compétitions, des manifestations ou des épreuves sportives.

18.6. Détermination des indemnités

L'indemnité et la période pour laquelle elle est allouée sont fixées et communiquées à l'assuré sur la base des données médicales et factuelles mises à la disposition de la compagnie. À la demande de la compagnie, l'assuré fournira les pièces justificatives requises de ses revenus professionnels.

L'assuré est réputé accepter ces bases comme étant exactes à moins qu'il ne fasse connaître ses objections motivées dans les trente jours après avoir pris connaissance de la communication faite par la compagnie.

À tout moment, tant l'assuré que la compagnie ont le droit de demander une révision du degré d'incapacité de travail.

18.7. Garantie territoriale

La garantie est acquise dans le monde entier, pour autant que l'assuré ait son domicile et sa résidence habituelle en Belgique au début de l'incapacité de travail. Elle n'est acquise à l'étranger durant la période d'incapacité de travail que pour autant que la compagnie puisse exercer le contrôle médical et effectif nécessaire. A la demande de la compagnie, l'assuré se présentera à un examen médical auprès d'un médecin en Belgique.

18.8. Déclaration

L'assuré, le preneur d'assurance ou toute autre personne ayant intérêt à la prestation doit déclarer à la compagnie dans les trente jours qui suivent le début de la maladie ou la survenance de l'accident, et dans tous les cas aussi rapidement qu'il est raisonnablement possible de le faire, toute maladie ou accident ayant causé ou étant susceptible de causer une incapacité de travail. La déclaration doit être faite le plus rapidement possible avec indication de tous éléments utiles. L'assuré délivre l'attestation médicale du médecin traitant au médecin-conseil de la compagnie, spécifiant les causes de l'incapacité de travail, sa nature, son degré et son évolution probable.

La déclaration sera encore acceptée si, pour un motif valable, elle est faite passé ce délai, à condition qu'elle se fasse au plus tard dans l'année qui suit le jour où la maladie s'est déclarée ou la survenance de l'accident. Si la compagnie fournit la preuve qu'elle a subi un préjudice quelconque du fait de la déclaration tardive, le délai de carence prendra cours le jour où la compagnie a effectivement été avertie de la maladie ou de l'accident.

18.9. Cessation de la profession, changement de profession, de revenu ou de statut social

Obligation de notification

Le preneur d'assurance ou l'assuré a l'obligation de déclarer préalablement à la compagnie :

- un arrêt effectif de l'exercice de la profession mentionnée aux Conditions particulières ;
- un changement de profession de l'assuré ;
- une modification dans les travaux inhérents à la profession ;
- une modification du revenu de l'assuré ;
- un changement du régime de sécurité sociale de l'assuré.

Conséquences de la cessation de l'activité professionnelle

En cas d'arrêt effectif de l'activité professionnelle pour une raison autre qu'une incapacité de travail économique couverte, il est mis fin à l'assurance.

Dès que l'assuré reçoit une pension légale, l'assurance prend fin, même si les droits à la pension proprement dits ont été suspendus temporairement pour quelque motif que ce soit.

Conséquences du changement de profession ou des activités y afférentes, du statut de sécurité sociale ou en cas de modification permanente du revenu professionnel

Si une modification de profession, de revenu ou de statut social a une influence significative sur le risque et/ou les frais ou l'étendue de la garantie, la compagnie a le droit d'adapter la prime, le délai de carence et les garanties de manière raisonnable et proportionnelle.

Lorsqu'un sinistre se produit avant que l'assuré ou le preneur d'assurance n'ait déclaré une diminution du revenu, la compagnie peut adapter la rente garantie conformément au point 18.3.

S'il se produit un sinistre sans que les changements au niveau de la profession ou du statut social n'aient été communiqués, la compagnie peut adapter la rente garantie de manière raisonnable et proportionnelle.

18.10. Durée de l'assurance

La présente assurance incapacité de travail est conclue jusqu'à la date d'expiration visée aux Conditions particulières.

1. L'assurance prend fin au plus tard à l'âge légal de la pension de l'assuré.
2. L'assurance peut être résiliée à tout moment indépendamment de l'assurance principale.
3. La compagnie peut uniquement résilier le contrat :
 - en cas de défaut de paiement de la prime ;
 - lorsque l'assuré a définitivement établi sa résidence principale légale à l'étranger ;
 - en cas de surassurance, pour autant que l'assuré ne bénéficie pas d'une rente d'incapacité de travail ;
 - en cas de condamnation du preneur d'assurance ou de l'assuré à une peine de privation de liberté pour infraction intentionnelle ;
 - en cas de faillite, concordat ou liquidation judiciaire du preneur d'assurance ou de l'assuré, ou lorsque l'un d'entre eux est mis sous curatelle.

La résiliation prendra effet seulement à l'expiration d'un délai de trente jours au minimum, à compter du lendemain de la remise à la poste de la lettre recommandée comme mentionnée au point 8.

4 . De plus, l'assurance prend fin de plein droit :

- lorsqu'elle est arrivée au terme prévu ;
- lorsque l'assuré a cessé l'exercice d'une profession, pour autant que cette cessation ne soit pas la conséquence d'une incapacité de travail indemnisée ;
- au moment où l'assurance principale prend fin par rachat, décès, annulation ou expiration, ou après réduction ou conversion de l'assurance principale.

Elle n'a pas de valeur de rachat.

18.11. Suivi médical

Toutes les mesures permettant de hâter la guérison doivent être prises immédiatement. L'assuré invitera le médecin qu'il aura choisi, chaque fois que cela s'avérera nécessaire, à fournir les déclarations médicales nécessaires à l'exécution du présent contrat d'assurance.

De plus, la compagnie est autorisée à s'informer auprès de l'assuré et à procéder à des mesures de contrôle qu'elle pourrait juger utiles. Il devra être donné suite à la convocation adressée à l'assuré pour se présenter à l'examen du médecin-conseil de la compagnie, même si l'assuré doit pour cela être hospitalisé dans un établissement médical désigné par la compagnie. Les frais de cet examen sont à charge de la compagnie.

La compagnie devra immédiatement être avertie de tout changement dans l'état de l'assuré. Cette déclaration devra être confirmée par un certificat médical, à fournir au médecin-conseil de la compagnie.

18.12. Autres assurances

Si des garanties similaires sont assurées auprès d'autres compagnies, il convient d'en aviser immédiatement la compagnie par lettre recommandée. Dans ce cas, la compagnie a le droit de réajuster les montants des rentes assurées, conformément à la nouvelle situation, et de réduire la prime proportionnellement. Tous les droits quant à un sinistre en suspens sont maintenus.

18.13. Modification du tarif et des conditions

Par accord mutuel

À la demande exclusive du preneur d'assurance et par accord mutuel des parties concernées, la compagnie peut, après la souscription du contrat d'assurance, modifier, dans l'intérêt du preneur d'assurance, les bases techniques de la prime et les conditions de la couverture.

Indexation

La prime et la prestation peuvent être adaptées par la compagnie lors de l'échéance annuelle principale, sur la base de l'indice des prix à la consommation. La prime et la prestation peuvent également être adaptées lors de l'échéance annuelle principale, sur la base d'un ou plusieurs indices spécifiques, aux frais des services qui sont couverts par les contrats privés d'assurance maladie, si et dans la mesure où l'évolution de ces frais dépasse celle de l'indice des prix à la consommation.

Notification d'une modification de tarif

Si la compagnie modifie son tarif, elle adapte le présent contrat à la prochaine échéance annuelle. Le preneur d'assurance sera avisé de cette adaptation au moins quatre mois avant cette échéance. Le preneur d'assurance peut toutefois résilier le contrat dans les trente jours après notification de l'adaptation. Si la notification est effectuée ultérieurement, le preneur d'assurance a la possibilité de résilier le contrat dans une période de trois mois suivant la notification.

18.14. Déclaration du risque par le preneur d'assurance et l'assuré

Déclarations lors de la conclusion du contrat d'assurance

Le preneur d'assurance et l'assuré ont l'obligation, lors de la souscription du contrat d'assurance, de déclarer avec précision toutes les circonstances dont ils ont connaissance et qu'ils doivent raisonnablement considérer comme des informations susceptibles d'influencer l'appréciation du risque par la compagnie. Lorsqu'il n'est pas répondu à certaines questions écrites de la compagnie et que la compagnie a néanmoins conclu le contrat d'assurance, elle ne peut, hormis en cas de fraude, se prévaloir ultérieurement de cette omission.

Omissions ou inexactitudes intentionnelles

Lorsque l'omission ou l'inexactitude intentionnelle induit la compagnie en erreur sur les éléments d'appréciation du risque, le contrat d'assurance est nul. Les primes échues jusqu'au moment où la compagnie a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude intentionnelle lui sont dues.

Omissions ou inexactitudes non intentionnelles

La compagnie ne peut invoquer une omission ou une inexactitude non intentionnelle des données lorsque ces données concernent une maladie ou affection qui, au moment de la souscription du contrat d'assurance, ne s'était manifestée d'aucune façon.

Lorsque l'omission ou l'inexactitude dans la déclaration n'est pas intentionnelle, la compagnie propose, dans un délai de trente jours à compter du jour où elle a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude, la modification du contrat d'assurance avec effet au jour où elle a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude.

Lorsque la proposition de modification du contrat est refusée par le preneur d'assurance ou que, au terme d'un délai de trente jours à compter de la réception de cette proposition, cette dernière n'est pas acceptée, la compagnie peut résilier le contrat d'assurance dans les quinze jours.

Néanmoins, si la compagnie apporte la preuve qu'elle n'aurait en aucun cas assuré le risque, elle peut résilier le contrat d'assurance dans un délai de trente jours à compter du jour où elle a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude.

Dès qu'un délai de deux ans s'est écoulé, à compter de la prise d'effet du contrat d'assurance, la compagnie ne peut plus invoquer l'omission non intentionnelle ou la communication non intentionnelle de données erronées par le preneur d'assurance ou par l'assuré, si ces données ont trait à une maladie ou une affection dont les symptômes s'étaient déjà manifestés au moment de la souscription du contrat et si cette maladie ou affection n'a pas été diagnostiquée durant ce même délai de deux ans.

Article 19 – Dispositions communes assurances complémentaires

19.1. Prise d'effet de la garantie et paiement de la prime

L'assurance complémentaire entre en vigueur au même moment que l'assurance principale. La prime est payée en même temps que la prime de l'assurance principale.

19.2. Déchéance des droits

Il y a déchéance de droits, et la compagnie est autorisée à réclamer le remboursement des indemnités versées indûment et des frais exposés :

I. lorsque les suites d'une maladie ou d'un accident se trouvent aggravées du fait intentionnel ou avec le consentement du preneur d'assurance, de l'assuré ou de toute autre personne ayant un intérêt à la prestation ou dans le cas où un traitement médical prescrit n'a pas été suivi ;

2. lorsque l'assuré ou le preneur d'assurance n'a pas respecté l'obligation contractuelle qui lui est imposée par le point 18.8 des présentes conditions et que cette omission engendre un préjudice pour la compagnie, celle-ci peut réduire ses prestations jusqu'à concurrence du préjudice subi.

Si l'assuré ou le preneur d'assurance n'a pas respecté cette obligation contractuelle dans une intention frauduleuse, le contrat est nul et non avenu.

Si l'assuré ou le preneur d'assurance n'a pas respecté l'obligation contractuelle du point 18.12 dans une intention frauduleuse, le contrat d'assurance est nul et non avenu. Le cas échéant, la compagnie a le droit de garder les primes encaissées à titre d'indemnité, à condition qu'elle agisse de bonne foi.

19.3. Conditions générales de l'assurance principale

Sauf dérogation expresse, les assurances complémentaires sont soumises aux Conditions générales et particulières de l'assurance principale.

19.4. Contestation

Les litiges relatifs à des questions d'ordre médical peuvent également, moyennant commun accord, être tranchés par une expertise médicale amiable, au cours de laquelle les parties nomment chacune leur propre médecin. Le troisième médecin nommé par les deux premiers n'interviendra que si les deux premiers ne parviennent pas à un accord. Chaque partie supporte les honoraires et les débours du médecin désigné par elle. Les honoraires et les débours du troisième médecin ainsi que les frais résultant d'examens spécialisés seront supportés pour moitié par chaque partie. Sous peine de nullité de leur décision, les médecins ne peuvent s'écarter des dispositions de la police et de ses avenants.

CHAPITRE 6 – TERRORISME

Nous indemnisons les sinistres causés par le terrorisme conformément à la loi du 1^{er} avril 2007. Nous sommes à cet effet membre de l'asbl TRIP (Terrorism Reinsurance and Insurance Pool). Dans le cadre de cette loi, un comité chargé de la reconnaissance des sinistres et de la constatation des dédommagements à verser a été institué. Pour l'ensemble de nos engagements souscrits à l'égard de tous nos assurés, nous couvrons, conformément aux dispositions de cette loi, avec toutes les autres compagnies qui sont membres de l'asbl TRIP et avec l'État belge, les sinistres reconnus par ledit comité à concurrence d'un montant d'un milliard d'euros par année civile. Ce montant est adapté au 1^{er} janvier de chaque année à l'indice des prix à la consommation, l'indice de décembre 2005 étant l'indice de base.

Les dommages causés par les armes nucléaires sont toujours exclus de la couverture.

On entend par terrorisme : 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.

Prévention du financement du terrorisme – Liste nationale des personnes et entités soupçonnées d'actes de terrorisme

L'arrêté royal du 28 décembre 2006 interdit à quiconque de mettre directement ou indirectement des fonds ou des ressources économiques à la disposition des personnes et entités reprises sur la Liste nationale des personnes et entités soupçonnées d'actes de terrorisme et exige que les institutions financières gèlent ces fonds ou ressources économiques. Sans préjudice des règles applicables en matière de communication d'informations, de confidentialité et de secret professionnel, les institutions financières sont tenues de fournir immédiatement toute information concernant des fonds et ressources économiques gelés, au ministre des Finances.

CHAPITRE 7 – JURIDICTION, DROIT APPLICABLE ET DISPOSITIONS FISCALES

Article 20 – Jurisdiction

Tout litige entre les parties relatif à l'exécution du contrat d'assurance relève de la compétence des tribunaux belges.

Article 21 – Droit applicable et dispositions fiscales

Le présent contrat d'assurance est régi par le droit belge.

Tous les impôts, droits et taxes actuels et futurs sont à la charge du preneur d'assurance ou du bénéficiaire, selon le cas.

21.1. Primes

La législation de l'État de résidence du preneur d'assurance est applicable pour ce qui concerne les charges fiscales et/ou sociales qui pourraient être imputées sur les primes. Le cas échéant, la législation de l'État de résidence de la personne morale pour le compte de laquelle le contrat a été conclu sera applicable.

La législation fiscale du domicile du preneur d'assurance détermine l'octroi éventuel des avantages fiscaux sur les primes. Dans certains cas, la législation du pays où les revenus imposables s'obtiennent peut être appliquée.

21.2. Prestations

Les impôts applicables aux revenus ainsi que d'éventuelles autres charges sont fixés par la loi de l'État de résidence du bénéficiaire et/ou par la loi du pays où les revenus imposables sont obtenus.

Pour ce qui concerne les droits de succession, la législation fiscale de l'État de résidence du défunt et/ou la loi de l'État de résidence du bénéficiaire est (sont) applicable(s).

CHAPITRE 8 – COMMUNICATIONS

Article 22 – Notifications

La compagnie remet au preneur d'assurance un aperçu de l'état de son contrat, et ce, à tout le moins une fois par an.

Les notifications à adresser au preneur d'assurance et aux bénéficiaires acceptants sont valablement faites à leur dernière adresse communiquée à la compagnie. Toute notification envoyée par une partie à l'autre partie est considérée comme effective à la date de dépôt à la poste.

Article 23 – Résidence

Si l'assuré établit son domicile ou sa résidence habituelle à l'étranger, il doit en informer la compagnie.

Article 24 – Echange de renseignements fiscaux

1° Depuis le 1er janvier 2016, la loi du 16 Décembre 2015 réglant la communication des renseignements relatifs aux comptes financiers par les institutions financières belges et le SPF Finances, dans le cadre d'un échange automatique de renseignements au niveau international et à des fins fiscales (ci-après « la Loi ») est entrée en vigueur.

Cette Loi règle les obligations des Institutions financières belges (y compris P&V Assurances) et du SPF Finances en ce qui concerne les renseignements qui doivent être communiqués à une autorité compétente d'une autre juridiction dans le cadre d'un échange automatique de renseignements relatifs aux certains contrats d'assurances.

2° Afin de se conformer à la Loi, P&V Assurances doit:

- Recueillir les données relatives aux personnes qui souscrivent un contrat visé afin d'identifier les contrats déclarables. A cet égard, le fait de qualifier de contrat déclarable dépend de la qualité de « US Person » au regard de la législation FATCA ("Foreign Account Taks Compliance Act"), ou du pays de résidence fiscale au regard de la législation CRS ("Common Reporting Standard");

- Mettre en place les procédures et les normes nécessaires afin de se conformer aux obligations relatives à l'identification et la documentation des contrats déclarables;
- Remettre chaque année au SPF Finances une déclaration renseignant l'identité des preneurs de contrats déclarables (c'est-à-dire des résidents fiscaux des pays participants (pour "CRS") ou définis comme « US person » (pour « FATCA »)), ainsi que le montant des réserves attribuées aux contrats dont ils sont titulaires;
- Répondre aux questions qui seraient posées par le SPF Finances dans le cadre de la vérification de la conformité avec la Loi précitée.

3 ° Le preneur d'assurance accepte que P&V Assurances transmette au SPF Finances les informations requises, à savoir : les données personnelles relatives aux preneurs d'assurances ainsi que les informations relatives aux contrats d'assurances visés (y compris le montant des réserves). Le cas échéant en cas de paiement de prestation à un bénéficiaire autre que le preneur d'assurance, les données relatives aux bénéficiaires seront transmises au SPF Finances (si ce bénéficiaire est résident fiscal d'un pays autre que la Belgique ou qualifié de « US person »).

4° Le preneur s'engage à informer immédiatement P&V Assurances en cas de changement relevant de sa situation personnelle. Ces changements relevant peuvent concerner les éléments suivants (liste non exhaustive) : le nom ; l'adresse postale ou de résidence ; le pays de résidence dans lequel le preneur d'assurance est soumis à l'impôt sur le revenu ainsi que (le) numéro d'identification fiscale (s), du siège de la fortune ; de nationalité ; de numéro de téléphone émis par un opérateur étranger, de compte bancaire émis par une institution financière étrangère ; ou toute autre information pertinente qui pourrait avoir un impact sur la qualité du preneur d'assurance aux fins de la présente Loi.

P&V Assurances examinera ces changements et, si nécessaire, considérera le contrat comme déclarable.

En cas de questions supplémentaires le preneur d'assurance, doit, à la demande de P&V Assurances, fournir toutes les informations et documents demandés en application de la Loi. Ainsi les formulaires W9 ou W8-BEN ou toute autre preuve pertinente pourraient être demandés aux assurés qui tomberaient (éventuellement) dans le champ d'application de l'accord FATCA.

5 ° En cas de manquement du preneur d'assurance à la disposition précédente, P&V Assurances peut adresser à l'assuré une demande de renseignements à laquelle il devra répondre dans un délai spécifié dans ladite demande.

En cas de refus de la part de ce dernier de se conformer à la demande et de fournir les données demandées, P&V Assurances se réserve le droit considérer le contrat comme un contrat déclarable.

Article 25 – Personnes politiquement exposées

La loi relative à la prévention du blanchiment de capitaux et du financement du terrorisme et à la limitation de l'utilisation des espèces impose aux entreprises d'assurances de disposer de procédures permettant d'identifier leurs clients (le preneur d'assurance et, pour les personnes morales, les bénéficiaires effectifs et les mandataires) et les bénéficiaires des contrats (le cas échéant leurs bénéficiaires effectifs si le bénéficiaire est une personne morale) qui sont des personnes politiquement exposées (PPE), des membres de la famille de PPE ou des personnes connues pour être étroitement associées aux PPE.

La loi retient la définition suivante pour les PPE : une personne physique qui occupe ou qui a occupé une fonction publique importante et notamment :

- a) les chefs d'Etat, les chefs de gouvernement, les ministres et les secrétaires d'Etat;
- b) les parlementaires ou les membres d'organes législatifs similaires;
- c) les membres des organes dirigeants des partis politiques;
- d) les membres des cours suprêmes, des cours constitutionnelles ou d'autres hautes juridictions, y compris administratives, dont les décisions ne sont pas susceptibles de recours, sauf circonstances exceptionnelles;
- e) les membres des cours des comptes ou des conseils ou directoires des banques centrales;
- f) les ambassadeurs, les consuls, les chargés d'affaires et les officiers supérieurs des forces armées;
- g) les membres des organes d'administration, de direction ou de surveillance des entreprises publiques;

h) les directeurs, les directeurs adjoints et les membres du conseil d'une organisation internationale, ou les personnes qui occupent une position équivalente en son sein.

Par "membre de la famille", la loi retient :

- a) le conjoint ou une personne considérée comme l'équivalent d'un conjoint;
- b) les enfants et leurs conjoints, ou les personnes considérées comme l'équivalent d'un conjoint;
- c) les parents;

ET pour les "personnes connues pour être étroitement associées" :

- a) les personnes physiques qui, conjointement avec une personne politiquement exposée, sont les bénéficiaires effectifs d'une entité visée au 27°, a), b), c) ou d) de l'article 4 de la loi ou qui sont connues pour entretenir toute autre relation d'affaires étroite avec une personne politiquement exposée;
- b) les personnes physiques qui sont les seuls bénéficiaires effectifs d'une entité visée au 27°, a), b), c) ou d) de l'article 4 de la loi connue pour avoir été créée, dans les faits, dans l'intérêt d'une personne politiquement exposée.

Obligation du preneur :

Lors de la demande de souscription, le preneur d'assurance s'engage à communiquer s'il est considéré, selon la définition reprise dans la loi (voir ci-dessus), comme une personne politiquement exposée, un membre de la famille de PPE ou une personne connue pour être étroitement associée à des PPE. Cette obligation est étendue aux autres personnes concernées, à savoir pour les personnes morales, les bénéficiaires effectifs, les mandataires et les bénéficiaires des contrats (le cas échéant leurs bénéficiaires effectifs si le bénéficiaire est une personne morale).

En acceptant les conditions générales, le preneur s'engage, en cours de contrat, à informer immédiatement la compagnie au cas où il serait lui-même, ainsi que le bénéficiaire effectif, le mandataire et le bénéficiaire (et le bénéficiaire effectif du bénéficiaire en cas de personne morale) devenu personne politiquement exposée, un membre de la famille de PPE ou connu pour être étroitement associé à des PPE, ou ne serait plus considéré comme une personne politiquement exposée, un membre de la famille de PPE ou connu pour être étroitement associé à des PPE.

MENTIONS LEGALES

Règlement général sur la protection des données

La compagnie s'engage, en qualité de responsable du traitement, à traiter les données à caractère personnel en conformité avec la réglementation en matière de vie privée en vigueur. Plus de précisions à ce propos se trouvent dans la brochure client de la compagnie ou sur le site <https://www.vivium.be/privacy>

La communication de données au point de contact central

En ce qui concerne les contrats d'assurance-vie non-fiscaux (à l'exception des assurances décès), conclus en dehors du cadre des piliers de pension, la compagnie est légalement tenue de transmettre les données suivantes au point de contact central (PCC), tenu par la Banque nationale de Belgique (BNB), boulevard de Berlaimont 14, 1000 Bruxelles : l'existence ou la fin d'une relation contractuelle avec un client, ainsi que sa date et l'identité de ce client.

Le PCC traite les données entre autres aux fins d'enquêtes fiscales, du contrôle et du recouvrement de certaines recettes, de la recherche d'infractions pénales, de la lutte contre le blanchiment de capitaux et contre le financement du terrorisme et de la grande criminalité, du recueil de données par les services de renseignement et de sécurité et par les huissiers de justice dans le cadre d'une saisie et de recherches notariales dans le cadre de l'établissement de déclarations de succession, dans le respect des conditions imposées par la loi.

L'intéressé a un droit de prendre connaissance auprès de la BNB et un droit à la rectification et à la suppression des données inexacts auprès de la compagnie. Le PCC conserve ces données pendant 10 ans. La BNB conserve la liste des demandes d'information du PCC durant deux années calendriers.

Vous trouverez plus d'informations à ce sujet dans la loi du 8 juillet 2018 portant organisation d'un point de contact central.

Plaintes

Pour toute plainte relative au présent contrat d'assurance, le preneur d'assurance peut s'adresser :

- Au service Gestion des plaintes de Vivium, Rue Royale 151, 1210 Bruxelles, tél. : 02/250.90.60,

E-mail : plainte@vivium.be

- A l'Ombudsman des Assurances ; Square de Meeûs 35, 1000 Bruxelles, www.ombudsman.as

Cette possibilité n'exclut pas celle d'entamer une procédure judiciaire.

Escroquerie

Toute fraude ou tentative de fraude envers la compagnie d'assurances entraînera non seulement la nullité du contrat d'assurance, mais pourra également faire l'objet de poursuites pénales en vertu de l'article 496 du Code Pénal. Texte