

1. Définitions

Assuré(s) : la (les) personne(s) physique(s) sur la tête de laquelle (desquelles) la (les) couverture(s) prévue(s) par le Contrat est (sont) conclue(s).

Assureur : Patronale Life SA - Boulevard Bischoffsheim 33 - 1000 Bruxelles - Tél. : 02/511.60.06 - info@patronale-life.be - www.patronale-life.be – RPM Bruxelles NL 0415.120.705 - Compagnie d'assurance-vie belge agréée sous le code 9081, sous le contrôle de la BNB - Banque : IBAN BE05 7330 1720 2675.

Augmentation de prime : Dans le cas d'une Prestation supplémentaire, il est possible qu'une Augmentation de prime soit appliquée. La santé de l'Assuré ainsi que son activité professionnelle et/ou ses loisirs peuvent avoir un impact sur l'Augmentation de prime.

Bénéficiaire Acceptant : la ou les personnes en faveur desquelles la prestation d'assurance est stipulée et qui acceptent également cette prestation. Le Preneur d'assurance ne peut apporter aucune modification à son Contrat sans l'accord écrit du Bénéficiaire Acceptant.

Bénéficiaire : la ou les personnes en faveur desquelles la prestation d'assurance est stipulée.

Certificat Personnel : les conditions particulières qui s'appliquent au Contrat. Les conditions particulières mentionnent notamment : la prime, les frais d'entrée, la taxe d'assurance, le montant assuré, la Durée, les données personnelles, la date d'entrée en vigueur du Contrat, la date de début de la couverture, les bénéficiaires, etc.).

Conditions générales : les conditions, droits et obligations qui s'appliquent à partir du 06/06/2023 au Contrat avec l'Assureur.

Contrat : le contrat d'assurance-vie dont les Conditions générales, le(s) Règlement(s) de gestion et le Certificat Personnel font partie intégrante, éventuellement complété par une déclaration médicale ou un avenant.

Date d'effet : Le jour où un dossier est complètement en ordre (rachat, transfert, demande, Versement supplémentaire, etc.). Ce jour détermine, pour l'assurance de la Branche 21, la Date de traitement à partir de laquelle des Intérêts seront attribués à la Réserve ou des prélèvements seront effectués sur la Réserve et, pour l'assurance de la Branche 23, la date à laquelle les montants sont convertis en Unités ou les Unités sont converties en montants.

Date de traitement : le Jour de cours qui est utilisé pour convertir une valeur en euros en Unités et inversement.

Durée : la période pendant laquelle le Contrat avec l'Assureur est en vigueur.

Événement assuré : le décès de l'Assuré qui est antérieur à la date de fin du Contrat. S'il y a deux Assurés désignés, le décès de l'un des deux (« premier décès de deux »), ou le décès des deux Assurés (« dernier décès de deux »). Si aucun Décès n'a été stipulé, le versement est effectué par défaut au moment du décès de l'assuré survivant.

Fonds collectif interne (Fonds) : un fonds géré par ou pour le compte de l'Assureur dans lequel les Primes nettes sont investies.

Formalités médicales : le questionnaire médical ou l'examen médical que l'Assuré doit remettre ou passer au moment de la souscription de la garantie principale et/ou des Prestations supplémentaires.

Frais administratifs : frais uniques à chaque versement de prime dans le cadre d'un nouveau Contrat ou d'un Contrat existant.

Frais d'établissement préfinancés : les frais d'établissement (frais d'entrée, taxe d'assurance et d'autres frais tels que mentionnés dans le Certificat Personnel) qui, si le Preneur d'assurance le décide, sont payés en plusieurs fois sur une période de 5 ans plutôt qu'en une fois lors du versement de la prime par le Preneur d'assurance. De cette manière, lors de la conversion de la prime, il y aura plus d'Unités attribuées au Contrat. Pendant cette période de cinq ans, le Preneur d'assurance remboursera partiellement les frais d'établissement sur une base mensuelle au moyen de rachats partiels de sa Réserve.

Frais de gestion : les frais qui sont prélevés à intervalles réguliers sur le Fonds collectif interne, conformément au Règlement de gestion de ce Fonds collectif interne. Ces Frais de gestion sont inclus dans la valeur nette d'inventaire de ce Fonds collectif interne.

Frais de service : les frais supplémentaires de nature administrative qui ne sont pas repris dans la structure des coûts standard.

Frais de rachat : les frais qui s'appliquent aux rachats de votre Contrat.

Indemnité conjoncturelle : l'indemnité destinée à dédommager l'Assureur de toute perte qu'il subit lors du versement de la Réserve à la suite d'un rachat anticipé. Concrètement : la valeur de rachat est corrigée par un facteur qui reflète l'évolution des taux d'intérêt du marché. Elle est calculée en fonction du taux d'intérêt garanti, des taux d'intérêt du marché au moment du rachat et de la durée restante entre le moment du rachat et le 8e anniversaire du versement de la prime. Les explications techniques se trouvent dans le document d'informations clés du produit.

Intérêt : la rémunération produite par les Primes nettes versées pendant la durée du Contrat. Les types d'intérêts suivants peuvent être appliqués dans le cadre du Contrat :

- **Taux d'intérêt fixe** : un taux d'intérêt applicable pendant toute la Durée du Contrat ;
- **Taux d'intérêt variable** : un taux d'intérêt qui n'est garanti que pour la période définie dans le Certificat Personnel.

Jour de cours : la Date de la Valeur nette d'inventaire

Options d'investissement : les options d'investissement dans lesquelles on peut investir dans chaque type d'assurance sont les suivantes :

- **Branche 21** : les assurances d'épargne de la branche 21, telles que Secure21, Safe21, etc. ;
- **Branche 23** : les différents Fonds collectifs internes (la liste de fonds la plus récente peut être consultée sur www.patronale-life.be, sur la page du produit de Branche 23 concerné) ;
- **Branche 26** : les différents bons proposés dans le cadre de nos assurances-vie de la branche 26, comme Compte Fork, Fork Corporate, etc.

Participation bénéficiaire : un rendement complémentaire en plus du rendement garanti. Le montant peut varier d'une année à l'autre et dépend des résultats généraux de la compagnie d'assurance. La Participation bénéficiaire ne peut jamais être garantie pour l'avenir.

Preneur d'assurance : la personne qui conclut le Contrat avec l'Assureur. Si deux Preneurs d'assurance concluent le Contrat, le terme « Preneur d'assurance » doit, selon le contexte, se référer conjointement aux deux Preneurs d'assurance ou séparément à chaque Preneur d'assurance.

Prestation supplémentaire : toute garantie optionnelle qui complète la garantie principale telle que définie au point 3.3 ci-dessous des présentes Conditions générales.

Prime brute : le montant payé par le(s) Preneur(s) d'assurance à l'Assureur.

Prime de risque : la prime pour assurer la Prestation supplémentaire, chaque fois pour une période d'un mois.

Prime nette : le montant que l'Assureur reçoit et investit après déduction des frais éventuels et des taxes

Quittance de règlement : un document confirmant les modalités du rachat.

Règlement de gestion : un document décrivant les modalités de gestion d'un Fonds collectif interne.

Règles d'investissement : la sélection de fonds d'investissement et leurs proportions dans un contrat d'assurance de la branche 23 ou dans une police combinée.

Réserve : La valeur totale du Contrat à un moment donné, calculée comme suit :

- **Branche 21 et Branche 26** : capitalisation de la Prime nette payée, après déduction des frais et des taxes, des rachats et des montants qui ont déjà été dépensés pour la couverture du risque.
- **Branche 23** : le nombre d'Unités x la VNI, après déduction des frais et des taxes.

Transfert : transfert d'un Fonds collectif interne vers un autre Fonds collectif interne ou transfert d'un Type d'assurance vers un autre Type d'assurance (dans le cadre d'une Police combinée).

Type d'assurance : les Types d'assurance dans lesquels on peut investir sont les suivants :

- **Branche 21** : assurance-vie à Durée indéterminée ou prédéterminée dont les Intérêts sont garantis pendant une période prédéterminée, comme stipulé dans le Contrat ;
- **Branche 23** : assurances-vie liées à des fonds d'investissement ;

- **Branche 26** : assurance-vie à Durée prédéterminée dont les Intérêts sont garantis pendant une période prédéterminée, comme stipulé dans le Contrat.
- **Police combinée (Branche 44)** : un Contrat combinant les Types d'assurance Branche 21 et Branche 23.

Unité : la participation (part) dans le Fonds collectif interne.

Valeur de rachat théorique : voir Réserve.

Valeur de rachat : La Valeur de rachat théorique moins les éventuels coûts, redevances, charges, taxes et contributions.

Valeur nette d'inventaire (VNI) : la valeur de tous les actifs dans lesquels le Fonds collectif interne a investi, divisée par le nombre d'Unités de ce Fonds collectif interne à une date donnée.

Versement supplémentaire : investissement supplémentaire dans un Contrat existant.

2. Fonctionnement général du contrat

Sauf indication contraire, tous les frais et montants mentionnés dans les présentes Conditions générales peuvent être adaptés au 1er janvier de chaque année en fonction de l'indice des prix à la consommation, en se basant sur l'indice de janvier 2010.

Les principales caractéristiques du produit souscrit par le Preneur d'assurance et les risques associés sont décrits dans le document d'informations clés, le document d'informations clés spécifique et dans la fiche d'informations utiles.

Pour le Type d'assurance Branche 23, le Preneur d'assurance reçoit pour chaque Fonds choisi le Règlement de gestion correspondant qui reprend les règles de gestion, les objectifs, la stratégie d'investissement et la classe de risque du Fonds collectif interne.

Dans le cas d'une police combinée du type Branche 44, pour ce qui concerne la Branche 21, il faut toujours se référer aux conditions respectives applicables à la Branche 21 et pour ce qui concerne la Branche 23, il faut toujours se référer aux conditions respectives applicables à la Branche 23.

2.1. Entrée en vigueur, Durée et paiement de la prime

2.1.1. Entrée en vigueur

Le Contrat entre en vigueur le jour où toutes les obligations contractuelles nécessaires à sa conclusion ont été remplies, et au plus tôt à la date indiquée dans le Certificat Personnel. Les obligations contractuelles sont remplies lorsque l'Assureur a reçu le paiement de la (première) prime et dispose d'un dossier complet. Ce dossier complet comprend tous les documents qui composent le Contrat, tels que : le formulaire de souscription, le rapport confidentiel, la copie de la carte d'identité, le document d'informations clés, le document d'informations clés spécifique et le Règlement de gestion. Les documents doivent être datés et dûment signés par le Preneur d'assurance et reçus par l'Assureur. Par ailleurs, par « dossier complet », il faut entendre l'ensemble des pièces probantes ou informatives requises par la loi (voir aussi le point 6.8.3 ci-dessous des présentes Conditions générales).

La date de début du Contrat sera notifiée par l'Assureur au Preneur d'assurance au moyen d'une mention sur le Certificat Personnel.

2.1.2. Durée

Le Contrat est conclu pour la vie de l'Assuré ou des Assurés (c.-à-d. pour une durée indéterminée), sauf dispositions contraires expressément convenues et spécifiées sur le Certificat Personnel. Le Contrat avec 2 Assurés prend fin au moment du décès de l'Assuré survivant. Il est possible d'y déroger dans le Certificat Personnel. La Durée du Contrat est toujours mentionnée sur le Certificat Personnel. Le Contrat prend dans tous les cas fin (i) au moment du rachat total (voir le point 4.5 ci-dessous des présentes Conditions générales), (ii) à la dissolution du Contrat, (iii) à la fin de la Durée définie, (iv) en cas de résiliation conformément au point 4.2 ci-dessous des présentes Conditions générales, (v) au décès du premier ou du seul Assuré ou au décès de l'Assuré survivant (selon les dispositions du Contrat et du Certificat Personnel).

2.1.3. Paiement de la prime

Le paiement de la prime n'est pas obligatoire, sauf si le Preneur d'assurance y est tenu par un autre engagement que le Contrat lui-même. D'éventuelles primes supplémentaires sont possibles, moyennant le respect des dispositions du produit concerné. L'Assureur se réserve le droit de fixer à l'avance un montant minimum par produit, par prime et par fonds de placement. Les montants minimums et les frais sont indiqués sur notre site web ainsi que dans le document d'informations clés et le document d'informations clés spécifique du Fonds d'assurance collectif interne ou du produit. La date de paiement d'une prime est la date valeur de cette prime sur le compte bancaire de l'Assureur. La ou les primes doivent être versées sur le compte bancaire désigné par l'assureur, en indiquant la référence indiquée. Tous les frais liés au paiement de la ou des primes sont à la charge du Preneur d'assurance.

La Prime nette est investie dans les Types d'assurance choisis par le Preneur d'assurance et dans les Fonds correspondants dans le cas de la Branche 23. Le choix fait par le Preneur d'assurance lors de son premier investissement sera appliqué par défaut aux futurs versements, à moins que le Preneur d'assurance ne déroge expressément à cette répartition dans le formulaire de versement supplémentaire qui doit être fourni lors de chaque Versement supplémentaire.

2.1.4. Prime de risque

La Prime de risque sert au financement d'éventuelles Prestations supplémentaires. Les Primes de risque dues sont prélevées sur la Réserve au début de chaque mois.

Si la Réserve est liée à plusieurs Types d'assurance, les Primes de risque sont prélevées proportionnellement sur les parties de la Réserve liées aux différents Types d'assurance. Si, pour une raison quelconque, l'Assureur constate que la Réserve est insuffisante pour continuer à prélever les Primes de risque nécessaires ou que le prélèvement porterait atteinte aux Réserves bloquées, il peut mettre fin anticipativement à la Prestation supplémentaire. Cette cessation anticipée ne prend effet qu'au plus tôt 30 jours après que l'Assureur en a informé le Preneur d'assurance par lettre recommandée.

Sans préjudice de l'application éventuelle de primes supplémentaires pour risques majorés, les tarifs appliqués au calcul des Primes de risque sont ceux que l'Assureur a déposés auprès de l'Autorité des services et marchés financiers (FSMA). Pendant la durée du Contrat, l'Assureur ne peut augmenter les tarifs pour l'avenir que dans le cadre d'une révision générale pour la catégorie d'assurances à laquelle le Contrat se rapporte et si l'Assureur y est obligé en vertu de dispositions légales ou réglementaires ou s'il estime que l'équilibre de son portefeuille assuré est compromis par une augmentation du degré de risque de l'Événement assuré parmi la population, la population du marché belge de l'assurance ou dans son propre portefeuille. En cas de modification, l'Assureur doit en informer le Preneur d'assurance par écrit, en expliquant les raisons de la modification. La modification est réputée acceptée si le Preneur d'assurance n'a pas informé l'Assureur par écrit de son refus dans les 30 jours qui suivent la notification.

2.2. Réserve

2.2.1. Valeur de la Réserve

Le Type d'assurance de la Réserve peut être lié à des intérêts et appartient donc à un contrat d'assurance-vie du type Branche 21 ou Branche 26. Ou la Réserve peut être liée à des fonds et appartenir à un contrat d'assurance-vie de type Branche 23. Le Type d'assurance appliqué à la Réserve figure sur le Certificat Personnel. Il est possible de combiner la Branche 21 et la Branche 23.

La valeur totale de votre Contrat à une date donnée est obtenue en additionnant les réserves de chaque Type d'assurance à cette date. Cette valeur totale représente également la réserve mathématique du Contrat. La valeur de la Réserve est communiquée au moins une fois par an au Preneur d'assurance via un extrait de compte. On y donne également un aperçu de l'évolution de la Réserve au cours de l'année écoulée.

Branche 21

La valeur de la Réserve est déterminée par la capitalisation de la Prime nette ou de la Réserve transférée au taux d'intérêt défini dans le Certificat Personnel. Ce taux d'intérêt peut varier selon le versement dans le Contrat. Pour la partie de la Réserve qui est investie dans un produit lié à des intérêts (Branche 21), l'Assureur donne un taux d'intérêt garanti qui peut être fixe ou variable. Toutefois, l'Assureur se réserve le droit d'adapter le taux d'intérêt garanti pour les futurs paiements de primes en fonction de la législation, de la réglementation et des conditions du marché.

Si la réglementation l'autorise au moment où la nouvelle garantie d'intérêt est établie pour une période de 8 ans dans le cadre du Contrat, l'Assureur appliquera aussi l'Indemnité conjoncturelle après les huit premières années du Contrat.

En plus de l'Intérêt garanti, l'Assureur peut également accorder une Participation bénéficiaire à la Réserve. Cette participation n'est pas garantie et peut changer chaque année. Au moins une fois par an, l'Assureur informe le Preneur d'assurance de la situation en matière de participation bénéficiaire. Pendant toute la Durée du Contrat, le Preneur d'assurance est informé

de chaque modification de la situation en matière de participation bénéficiaire.

Branche 23

La valeur de (la partie de) la Réserve qui est investie dans un placement lié à des fonds (Branche 23) est exprimée en Unités. Pour la Branche 23, il faut, pour chaque Fonds, multiplier les unités présentes dans le Contrat par la VNI par Unité à cette date.

La conversion (investissement et/ou désinvestissement) a lieu à la Date de traitement qui suit la date d'effet qui s'applique à cette transaction spécifique, la VNI de ce Jour de cours étant appliquée. Chaque jour où une nouvelle VNI est calculée est un Jour de cours. Le Règlement de gestion du Fonds concerné détermine les principes et la fréquence de calcul de la VNI ainsi que la Date de traitement à utiliser dans le cas d'un investissement ou d'un désinvestissement.

Dans le cas d'un Transfert, le Transfert hors du Fonds est effectué à la Date de traitement spécifiée au préalable dans le Règlement de gestion. Le Transfert dans le nouveau Fonds est effectué à la Date de traitement qui suit.

L'évolution de la valeur d'une Unité est liée à l'évolution de la valeur des investissements sous-jacents. Selon l'évolution de la VNI, la Réserve augmente ou diminue. Si aucune VNI n'est encore connue à une date donnée, l'Assureur peut établir un rapport provisoire sur la base de la dernière VNI connue.

Les valeurs d'inventaire des Unités peuvent être consultées sur le site www.patronale-life.be. La manière dont le calcul est effectué est expliquée dans le Règlement de gestion.

En ce qui concerne la politique d'investissement décrite dans le Règlement de gestion, l'Assureur vise à obtenir le meilleur rendement possible. Toutefois, l'Assureur ne vous offre aucun rendement minimum ni aucune garantie de maintien ou d'accroissement de la ou des Primes nettes investies. Le risque est entièrement supporté par le Preneur d'assurance.

Branche 26

La valeur de la Réserve est déterminée par la capitalisation de la Prime nette au taux d'intérêt fixé dans le Certificat Personnel.

2.2.2. Constitution de la Réserve

Branche 21 :

L'Assureur augmente la Réserve avec la ou les Primes nettes versées par le Preneur d'assurance, l'éventuelle Participation bénéficiaire et le Transfert d'un autre Type d'assurance. Les rachats, les Transferts vers un autre Type d'assurance, la Prime de risque qui est prélevée mensuellement si une Prestation supplémentaire a été souscrite et la retenue d'éventuels frais et charges font diminuer la Réserve.

Branche 26 :

L'Assureur augmente la Réserve avec la ou des Primes nettes versées par le Preneur d'assurance et l'éventuelle Participation bénéficiaire. Les rachats, les Transferts vers un autre Type d'assurance, la Prime de risque qui est prélevée mensuellement si une Prestation supplémentaire a été souscrite et la déduction d'éventuels frais et charges font diminuer la Réserve.

Branche 23 :

L'Assureur augmente la Réserve avec la ou les Primes nettes versées par le Preneur d'assurance ou la contrepartie du Transfert d'un (ou de plusieurs) Fonds vers un (ou plusieurs) autre(s) Fonds. La Prime nette ou le montant du transfert est utilisé pour acheter des Unités du Fonds collectif interne choisi par le Preneur d'assurance.

Les rachats, les Transferts vers un autre Fonds, la retenue des frais d'établissement échelonnés, la Prime de risque prélevée mensuellement si une Prestation supplémentaire a été souscrite et la retenue d'éventuels frais et charges font diminuer la Réserve.

3. Couvertures

3.1. Paiement des montants assurés en cas de vie

Montant

Si la ou les Assurés sont vivants à la date de fin, la Réserve constituée est versée au(x) Bénéficiaire(s) et le Contrat prendra fin.

Formalités

Le montant assuré est versé au Bénéficiaire en cas de vie après déduction des frais et charges et après réception :

- d'une preuve de vie du Bénéficiaire ;
- d'une copie recto verso de la carte d'identité valable du Bénéficiaire ;
- d'une copie de la carte bancaire du Bénéficiaire ; et
- du document « Contrat à la date de fin » mis à disposition par l'Assureur.

3.2. Paiement des montants assurés en cas de décès

3.2.1. Prestation dans la Branche 21 et/ou Branche 23

Événement assuré

Si l'Assuré décède pendant la période de couverture indiquée dans le Certificat Personnel, l'Assureur verse le capital décès convenu au(x) Bénéficiaire(s) et le Contrat prend fin. S'il y a deux Assurés, l'Événement Assuré est, en fonction de ce qui a été convenu, le premier décès des deux Assurés ou le second décès (survivant). Si aucun Décès n'a été stipulé, le versement est effectué par défaut au moment du décès de l'Assuré survivant.

Montant

Le capital à payer est au minimum la Réserve du Contrat à la date de survenance de l'Événement assuré, éventuellement augmentée de la Prestation supplémentaire prévue dans le Certificat Personnel (voir le point 3.3 ci-dessous) et diminuée de frais et charges éventuels. Pour le financement de cette Prestation supplémentaire, l'Assureur imputera périodiquement une Prime de risque et la déduira des Réserves (voir le point 2.1.4 ci-dessus ci-dessous des présentes Conditions générales).

Toutefois, pour des Unités liées à une assurance de la Branche 23, on se base sur le nombre d'Unités concernées à la date à laquelle l'Assureur prend connaissance de la survenance de l'Événement assuré et a reçu un extrait officiel de l'acte de décès. Ces Unités sont vendues à la Date de traitement suivante. Il s'agit de la Date de traitement qui suit le 10^e jour après que l'Assureur a été informé et a reçu l'extrait. Dans le

cas d'une assurance de la Branche 23, le solde restant des Frais d'établissement préfinancés est prélevé sur la Réserve distribuée. Dans le cas d'une assurance de la Branche 21, il n'y a pas de Participation bénéficiaire en cas de décès.

Formalités

Le montant assuré est versé au Bénéficiaire, après déduction des frais et charges et après réception :

- d'une preuve de vie du Bénéficiaire ;
- d'une copie recto verso de la carte d'identité valable du Bénéficiaire ;
- d'une copie de la carte bancaire ou d'un extrait de compte du Bénéficiaire ;
- d'un extrait de l'acte de décès de l'Assuré ;
- d'un acte ou d'un certificat de notoriété ou d'hérédité mentionnant l'identité des héritiers ;
- d'un certificat médical indiquant la cause du décès ;
- S'il s'agit d'un accident, d'un rapport détaillé des circonstances (un procès-verbal, par exemple) ;
- du document « Prestation en cas de décès » que l'Assureur met à disposition ;
- d'autres documents que l'Assureur juge nécessaires pour procéder au versement.

Si le décès de l'Assuré est la conséquence d'un acte intentionnel du Bénéficiaire ou a été causé par son instigation, le Bénéficiaire ne recevra jamais aucun versement. Le montant assuré est alors versé au prorata aux autres ayants droit ou à la succession en l'absence d'un Bénéficiaire déterminable.

3.2.2. Prestation dans la Branche 26

En cas de décès, le Contrat Branche 26 continue de courir jusqu'à la date de fin indiquée sur le Certificat Personnel. La prestation est versée à la succession du Preneur d'assurance.

3.3. Prestations supplémentaires

En plus de la garantie principale Vie/Décès, il est possible de souscrire une Prestation supplémentaire « Toutes causes ». Une distinction est faite entre 5 types de Prestations supplémentaires :

- L'approvisionnement de la Réserve avec un montant ;
- L'approvisionnement de la Réserve jusqu'à un certain montant ;
- L'approvisionnement de la Réserve avec un pourcentage ;
- L'approvisionnement de la Réserve jusqu'à un pourcentage de la Réserve ;
- L'approvisionnement de la Réserve en pourcentage de la prime investie.

Ces prestations peuvent être souscrites et résiliées à tout moment pendant la Durée du Contrat.

La couverture « Prestation supplémentaire » et toute augmentation de son montant nominal assuré sont soumises aux critères généraux d'acceptation appliqués par l'Assureur. La couverture n'est assurée que si elle figure sur le Certificat Personnel ou dans toute autre confirmation écrite émanant de l'Assureur.

Si, pour des raisons médicales (une maladie spécifique par exemple), l'Assureur refuse d'accepter la totalité ou une partie de la (majoration de la) couverture, ou n'accepte le risque que

moyennant l'imputation d'une Augmentation de prime, cette Augmentation de prime et/ou ce refus sont, sauf accord contraire, également appliqués à toute majoration ultérieure de la couverture.

3.4. Étendue de la couverture

3.4.1. Période de couverture

La période de couverture commence et se termine au plus tard aux dates respectivement stipulées dans le Certificat Personnel. Si le Contrat comporte une date de fin, la période de couverture se terminera toujours au plus tard à cette date de fin. Si le Contrat ne comporte pas de date de fin, la période de couverture se termine au plus tard à la date de la survenance de l'Événement assuré.

Dans tous les cas, la Prestation supplémentaire prend fin dès que l'assuré atteint l'âge de 80 ans. L'âge minimum pour souscrire à la Prestation supplémentaire est 18 ans. L'âge maximum est de 70 ans.

3.4.2. Étendue géographique

Le risque de décès est couvert partout dans le monde. L'Assureur n'intervient toutefois pas si, au moment du sinistre, l'Assuré a sa résidence habituelle ou se rend dans un pays ou une région où les voyages sont déconseillés par le ministère belge des Affaires étrangères (ou l'autorité gouvernementale compétente à ce moment-là) et que le sinistre se produit dans ce pays ou cette région.

3.4.3. Risques exclus

Si un Assuré décède à la suite d'un risque figurant sur la liste des exclusions, l'Assureur paie la Valeur de rachat théorique calculée le jour du décès. Le Bénéficiaire désigné reçoit le montant, sauf si le décès de l'Assuré est la conséquence d'un acte intentionnel de sa part.

L'Assureur n'octroie pas de couverture pour la « Prestation supplémentaire » et limite par conséquent la prestation à la Valeur de rachat théorique à la date de la survenance de l'Événement assuré, lorsque celui-ci est directement ou indirectement causé par :

- un suicide au cours de la première année qui suit l'entrée en vigueur ou, le cas échéant, après la remise en vigueur de la couverture. Le même délai d'un an s'applique pour n'importe quelle augmentation du montant nominal assuré de la couverture (c.-à-d. un versement supplémentaire ou une augmentation du capital assuré), en rapport avec cette augmentation, à compter de son entrée en vigueur ;
- un acte intentionnel de l'Assuré ou du Bénéficiaire ou à leur instigation ;
- une faute intentionnelle d'une gravité exceptionnelle qui expose la personne qui l'a commise, sans raison valable, à un danger dont elle aurait dû être consciente ;
- un crime ou un délit à caractère intentionnel, commis par l'Assuré ou le Bénéficiaire en tant qu'auteur ou coauteur ;
- un état d'ébriété ou sous l'influence d'alcool, de stupéfiants ou de stimulants, de drogues ou d'hallucinogènes dans le chef de l'Assuré ;
- l'abus d'alcool en tant que facteur important dans le processus de survenance de l'Événement assuré ;

- les affections déjà présentes à la souscription du contrat d'assurance ou lors d'une augmentation des garanties contractuelles, sauf si ces affections ont été signalées lors de l'accomplissement des formalités médicales au moment de la souscription du contrat d'assurance et ont été acceptées par l'Assureur ;
- un duel ou la mise à exécution d'une condamnation judiciaire à la peine capitale dans le chef de l'Assuré ;
- une guerre ou un quelconque fait similaire et une guerre civile (sauf après approbation de l'autorité de contrôle au moyen d'une convention particulière). Lorsque le décès de l'Assuré survient dans un pays étranger où des hostilités sont en cours, une distinction est faite entre deux cas :
 - si le conflit (armé) éclate pendant le séjour de l'Assuré, la couverture s'applique dans la mesure où l'Assuré ne participe pas activement aux hostilités ;
 - si l'assuré se rend dans un pays où un conflit (armé) est en cours, la couverture ne peut être accordée que moyennant le paiement d'une prime supplémentaire, l'accord écrit de l'Assureur et à condition que l'Assuré ne participe pas activement au conflit (armé) ;
- une émeute et tout acte de violence collectif à caractère politique, idéologique ou social, accompagné(e) ou non de rébellion contre les autorités, sauf si le(s) Bénéficiaire(s) prouve(nt) que l'Assuré soit n'y a d'aucune manière pris part activement, soit se trouvait en état de légitime défense, soit n'est intervenu qu'en tant que membre de la force engagée par les autorités pour le maintien de l'ordre ;
- un accident de l'Assuré avec un aéronef, sauf disposition contraire dans les Conditions Particulières, si l'aéronef est utilisé à l'occasion de compétitions, d'exhibitions, d'essais de vitesse, de raids aériens, de vols d'entraînement ou d'essai ou s'il s'agit d'un prototype ou d'un appareil militaire qui n'est pas destiné au transport ;
- un fait ou une succession de faits de même cause qui résulte ou est la conséquence de sources de radiations ionisantes, de combustibles nucléaires ou de produits ou déchets radioactifs, à l'exception d'irradiations médicales ; ou
- un accident résultant de la participation à des paris ou à des défis.

Si l'Événement assuré implique le décès de deux Assurés, l'Assureur ne verse aucune prestation au titre de la couverture « Prestation supplémentaire » si au moins l'un des deux Assurés décède à la suite d'un des risques exclus susmentionnés.

3.5. Fourniture de données correctes

Lors de la conclusion, de l'augmentation ou de la remise en vigueur de la couverture en cas de décès, le Preneur d'assurance et le ou les Assurés doivent communiquer à l'Assureur, en toute sincérité et sans aucune dissimulation, toutes les données dont ils ont connaissance et qu'ils doivent raisonnablement considérer comme des données susceptibles d'avoir une influence sur l'appréciation du risque par l'Assureur. Si la date de naissance renseignée de l'/d'un Assuré est inexacte, l'Assureur peut augmenter ou diminuer les prestations de chaque partie proportionnellement à l'âge réel

qui aurait dû être pris en compte. En cas de dissimulations involontaires ou de fausses déclarations involontaires autres que celles concernant la date de naissance, les dispositions légales en la matière s'appliquent pendant la première année après la conclusion, après l'entrée en vigueur d'une augmentation non convenue initialement du montant nominal assuré de la couverture (en ce qui concerne cette augmentation), respectivement après la remise en vigueur du Contrat.

Toute fraude, dissimulation intentionnelle ou déclaration intentionnellement fautive entraîne la nullité du Contrat d'assurance. Les Primes de risque prélevées de la Réserve sont acquises pour l'Assureur.

3.6. Secret professionnel médical

Le(s) Assuré(s) et les tiers intéressés libèrent tout médecin du secret professionnel à l'égard (du médecin-conseil) de l'Assureur afin de s'acquitter, après un décès, de toutes les obligations prévues dans les Conditions générales. Le(s) Assuré(s) donne(nt) expressément l'autorisation à tout médecin de remettre au médecin-conseil de l'Assureur une déclaration dûment complétée - selon le modèle établi par l'Assureur - concernant la cause du décès.

3.7. Déclaration d'un sinistre

Le décès d'un Assuré doit être déclaré à l'Assureur au plus tard dans les 30 jours après ce décès. En cas de déclaration tardive, l'Assureur peut diminuer son intervention du préjudice qu'il a subi, sauf lorsqu'il est suffisamment démontré que la déclaration du sinistre a été faite aussi vite qu'il était raisonnablement possible.

La déclaration doit mentionner le lieu, la date et l'heure du décès ainsi que les circonstances dans lesquelles il est survenu. Il faut toujours joindre un certificat médical conforme au modèle de l'Assureur avec mention de la cause du décès (voir le point 3.6 ci-dessus des présentes Conditions générales). L'Assureur demande également un extrait de l'acte de décès de l'Assuré et l'acte/le certificat d'hérédité prouvant le droit du Bénéficiaire, sauf si ce dernier a été désigné nommément dans le Contrat. L'Assureur peut réclamer toute pièce supplémentaire. Tous les intéressés par l'intervention de l'Assureur doivent permettre et demander à tout médecin ayant dispensé des soins au défunt de fournir au médecin-conseil de l'Assureur toutes les informations demandées par l'Assureur. S'il n'est pas satisfait à l'une de ces obligations, l'Assureur peut refuser son intervention en totalité ou en partie.

Après la déclaration du sinistre et sur base des informations fournies et des résultats d'éventuelles enquêtes, l'Assureur confirme si son intervention sera accordée et il communique sa position au(x) Bénéficiaire(s). Celle-ci est considérée comme étant acceptée, lorsque le(s) Bénéficiaire(s) n'a/ont pas, dans les 8 jours après la notification, signalé par lettre recommandée à l'Assureur qu'il(s) n'est/ne sont pas d'accord.

En cas de production de faux certificats, de fausses déclarations ou lorsqu'on garde intentionnellement le silence sur ou ne fait pas mention de certains faits ou de certaines circonstances qui sont manifestement importants pour

l'appréciation des obligations de l'Assureur, celui-ci peut refuser son intervention et réclamer le remboursement de tout montant indûment payé, majoré des intérêts légaux.

L'Assureur ne peut être obligé de verser la prestation en cas de décès à un Bénéficiaire qui a intentionnellement provoqué le décès de l'/d'un assuré ou l'a instigué. Dans ce cas, l'Assureur peut agir comme si cette personne n'était pas un Bénéficiaire. Voir également le point 3.2.1 ci-dessus des présentes Conditions générales.

4. Droits du preneur d'assurance

4.1. Dispositions générales

Le Preneur d'assurance bénéficie des droits exposés ci-dessous pendant la Durée du Contrat.

L'application de dispositions légales ou conventionnelles peut toutefois avoir comme conséquence que l'exercice de certains droits soit restreint, suspendu ou nécessite l'autorisation d'un ou de plusieurs tiers (comme pour le prélèvement d'une avance, pour un nantissement, pour l'acceptation d'un bénéfice, etc.). Le cas échéant, une demande d'exercice ou un ordre d'exécution d'un droit doit également être signé par le(s) tiers qui doi(ven)t donner son/leur autorisation pour que la demande ou l'ordre soit considéré comme étant valide. Si tel n'est pas le cas ou, plus généralement, dans tous les cas où l'Assureur, pour une raison quelconque, ne peut donner (immédiatement) suite à une demande d'exercice ou à un ordre d'exécution d'un droit, il en avise le plus vite possible le Preneur d'assurance et lui en communique la raison.

S'il y a deux preneurs d'assurance, toute demande d'exercice ou tout ordre d'exécution et, plus généralement, tout acte ou toute opération dans le cadre du Contrat pour lesquels l'accord écrit du Preneur d'assurance est nécessaire, nécessite l'accord écrit des deux preneurs d'assurance, sauf mention contraire sur le Certificat Personnel ou mandat spécial.

L'Assureur se réserve le droit de ne pas donner suite à la demande du Preneur d'assurance de modifier le Contrat si l'Assureur estime que la modification demandée serait contraire aux lois et réglementations en vigueur.

4.2. Résiliation

Le Preneur d'assurance peut résilier le Contrat par courrier recommandé daté, signé et adressé à l'Assureur, par exploit d'huissier ou par la remise de la lettre de résiliation contre récépissé : soit dans les 30 jours à compter de la date d'entrée en vigueur du Contrat ; soit, s'il ressort du formulaire de souscription que le Contrat est conclu jusqu'à la garantie ou la reconstitution d'un crédit demandé par le Preneur d'assurance, dans les 30 jours à partir du moment où il apprend que le crédit demandé n'a pas été accordé. Dans ce cas, l'Assureur rembourse au Preneur d'assurance les primes versées diminuées des montants qui ont servi à couvrir le risque. Si une Prestation supplémentaire a été souscrite, la résiliation entraîne également la résiliation de cette garantie. Dans le cas d'une assurance de la Branche 23, la correction de la valeur du jour sera également prise en compte si la conversion de la prime a déjà été effectuée en unités (voir le

point 6.1 ci-dessous des présentes Conditions générales). En cas de résiliation, le Contrat prend fin. Dans ce cas, le désinvestissement des Unités aura lieu à la prochaine Date de traitement qui suit le 10^e jour après que l'Assureur a reçu la demande de résiliation, la date de la poste faisant foi comme date d'effet.

L'Assureur a également la possibilité de résilier le Contrat dans les 30 jours suivant son entrée en vigueur. La résiliation par l'Assureur prend effet 8 jours après sa notification. Dans ce cas, l'Assureur rembourse la prime payée.

4.3. Désignation et modification des Bénéficiaires

Le Preneur d'assurance désigne le(s) Bénéficiaire(s) et peut modifier le(s) Bénéficiaire(s) initialement désigné(s). La modification des Bénéficiaires doit être reprise dans un écrit daté et signé. Pour être opposable à l'Assureur, cet écrit doit lui être remis.

Le Bénéficiaire peut accepter à tout moment le bénéfice. Si le bénéfice a été accepté, le consentement du Bénéficiaire Acceptant est indispensable en cas de : modification de la clause bénéficiaire, rachat partiel ou total du Contrat, nantissement du Contrat, transfert des droits découlant du Contrat.

Si le Preneur d'assurance est mineur, il n'est pas possible de désigner un Bénéficiaire. Dans ce cas, le Preneur d'assurance ou la succession du Preneur d'assurance est le Bénéficiaire du Contrat.

L'Assureur met tout en œuvre pour contacter le Bénéficiaire au moment du paiement de la prestation. Les frais éventuels encourus pour localiser le Bénéficiaire seront prélevés sur le montant à verser (voir point 6.2.5 dans les présentes Conditions générales).

4.4. Modification des Règles d'investissement et transfert de Type d'assurance

Le Preneur d'assurance peut demander à l'Assureur de modifier le Type d'assurance de primes futures (modification des Règles d'investissement) et/ou de la Réserve déjà constituée (Transfert de Type d'assurance) pendant la Durée du Contrat.

En cas de Transfert de Type d'assurance, un Type d'assurance spécifique est réalisé, en totalité ou en partie, après application d'une correction de la valeur du jour (voir les Règlements de gestion) et après retenue d'éventuels frais de transfert et de taxes (prélèvement sur la Réserve) et le montant qui en résulte est réinvesti dans un ou plusieurs autres Types d'assurance (attribution à la Réserve).

Une demande de modification des Règles d'investissement ou de Transfert de Type d'assurance se fait au moyen du document mis à disposition par l'Assureur sur simple demande. Une modification des Règles d'investissement ou un Transfert de Type d'assurance n'est effectif que lorsque l'Assureur a confirmé l'opération en question par le biais du Certificat Personnel.

L'Assureur se réserve le droit de fixer au préalable un montant minimum par Transfert, par Type d'assurance et par Fonds. Ces

montants peuvent être consultés sur notre site web ainsi que dans le document d'informations clés et le document d'informations clés spécifique du Fonds concerné.

Les frais liés à un Transfert sont indiqués au point 6.2 et sont repris dans le document d'informations clés du produit concerné ainsi que dans le Règlement de gestion et le document d'informations clés spécifique du Fonds. Des Transferts entre les différents Types d'assurance au sein d'un même Contrat sont possibles en tenant compte des éventuelles implications fiscales.

4.5. Rachat

Le Preneur d'assurance peut racheter l'ensemble et/ou une partie de la Réserve constituée. En cas de rachat total, la Valeur de rachat est payée et le Contrat prend fin. Dans le cas d'une Prestation supplémentaire, le rachat total entraîne également la résiliation de la garantie.

Le paiement de la Valeur de rachat sera effectué après réception des documents suivants :

- Un formulaire de rachat dûment complété, daté et signé. Ce formulaire vaut comme quittance de règlement dès que l'Assureur a payé la Valeur de rachat ;
- Une copie recto verso de la carte d'identité valable du Preneur d'assurance ; et
- Une copie de la carte bancaire du Preneur d'assurance ou un extrait de compte du Preneur d'assurance indiquant le nom et le numéro de compte.

Les frais liés à un rachat total ou partiel de la Réserve sont indiqués au point 6.2 des présentes Conditions générales et sont repris dans le document d'informations clés du produit concerné ainsi que dans le Règlement de gestion et le document d'informations clés spécifique du Fonds.

En cas d'acceptation du bénéfice ou du nantissement du Contrat, le Preneur d'assurance aura besoin d'une autorisation supplémentaire pour demander le Rachat. L'Assureur se réserve le droit de déterminer à l'avance un montant minimum par rachat partiel, par Type d'assurance et par Fonds. Ces montants peuvent être consultés sur notre site web ainsi que dans le document d'informations clés et le document d'informations clés spécifique du Fonds concerné.

4.5.1. Rachats dans la Branche 21 et/ou la Branche 23

Le Preneur d'assurance peut, à tout moment, réclamer une partie de la Réserve moyennant le respect des minima relatifs au montant réclamé et à la Réserve restante qui sont mentionnés dans le document d'informations clés (spécifique).

Police combinée :

Si la Réserve est liée à plusieurs Types d'assurance (Police combinée), sauf indication contraire dans le formulaire de rachat, un rachat partiel est réparti proportionnellement en fonction des Réserves des différents Types d'assurance sur la base de leur dernière valeur connue à la date d'effet du rachat.

Branche 21 :

Les frais de rachat pour les assurances de la Branche 21 peuvent être majorés d'une Indemnité conjoncturelle. Si, au moment du rachat, la réglementation le permet, l'Assureur

appliquera aussi l'Indemnité conjoncturelle après les huit premières années du Contrat. Un rachat partiel dans la Branche 21 s'effectue selon le principe FIFO : c'est d'abord la Réserve constituée par le versement le plus ancien qui est rachetée. Un rachat total met fin au Contrat.

Branche 23 :

Si le premier rachat intervient dans les 60 mois suivant le versement de la prime dans une option d'investissement de la Branche 23, les Frais d'établissement préfinancés par l'Assureur seront retenus irrévocablement de la Valeur de rachat théorique.

Pour l'évaluation du montant du rachat, il est fait référence aux règles régissant les opérations qui génèrent un prélèvement sur la Réserve ou la liquidation de la réserve d'un Fonds (voir point 6.1.2 ci-dessous des présentes Conditions générales)

Un rachat partiel est effectué par le remboursement d'une partie de la Réserve de votre Contrat. Si plusieurs Fonds ont été repris dans le Type d'assurance de la Branche 23 et que nous ne recevons pas d'instructions contraires du Preneur d'assurance, le rachat partiel est réparti proportionnellement en fonction des Réserves des différents Fonds.

4.5.2. Rachats dans la Branche 26

Dans le cas du Compte Fork, de Fork Corporate et de Fork Fix, des rachats partiels, comme stipulé dans le document d'informations clés, ne sont pas possibles.

Dans le cas du Fork Corporate+, des rachats partiels sont possibles, comme stipulé dans le document d'informations clés.

En cas de rachat total avant la date d'échéance du Contrat, les frais de rachat spécifiés dans le document d'informations clés seront appliqués. Les frais de rachat peuvent être majorés d'une Indemnité conjoncturelle, comme stipulé dans les présentes conditions générales et le document d'informations clés.

4.6. Avance et nantissement

Le Preneur d'assurance peut obtenir une avance sur les prestations d'assurance ultérieures, après approbation explicite de l'Assureur et après la signature de l'acte d'avance qui en définit les conditions et modalités. La demande doit être faite par écrit, sur la base du formulaire mis à disposition par l'Assureur, avec les annexes nécessaires. L'Assureur confirme son approbation de l'avance par un avenant au Certificat Personnel.

Le Preneur d'assurance peut nantir les droits découlant du Contrat. Le nantissement nécessite un avenant au Certificat Personnel, qui est signé par le Preneur d'assurance, le créancier gagiste et l'Assureur. En cas d'acceptation du bénéfice, le nantissement sera également soumis au consentement écrit du Bénéficiaire Acceptant.

L'Assureur peut refuser de donner suite à une demande de prélèvement d'une avance si le Contrat est déjà grevé d'un nantissement et inversement. Le prélèvement d'une avance ou le nantissement peut donner lieu au blocage total ou partiel de la Réserve.

4.7. Transfert de droits

Le Preneur d'assurance peut transférer les droits susmentionnés dont il bénéficie à une ou plusieurs personnes désignées à cette fin, ci-après également dénommées « cessionnaire(s) ». Le transfert nécessite un avenant au Certificat Personnel, qui est signé par le Preneur d'assurance, le(s) cessionnaire(s) et l'Assureur. Dans le cas de deux Preneurs d'assurance, tous les droits sont transférés par défaut au moment du décès du premier Preneur d'assurance.

Toutefois, il peut également être stipulé directement sur le Certificat Personnel que les droits du Preneur d'assurance, lors du décès de celui-ci (en supposant que ce décès n'implique pas la réalisation de l'Événement assuré) et jusqu'au moment de la cessation ultérieure du Contrat, sont cédés à la(aux) personne(s) désignée(s) à cet effet, et ce conformément aux modalités qui y sont éventuellement mentionnées.

4.8. Conversion du Contrat existant

Le Preneur d'assurance peut convertir son Contrat en un nouveau Contrat. La conversion peut se faire vers n'importe quel produit du portefeuille de l'Assureur, à condition qu'il corresponde au profil d'investisseur. Dans tous les cas, la conversion devra se faire conformément aux règles imposées par la législation applicable au moment de la Conversion (voir le point 6.8 ci-dessous des présentes Conditions générales). En outre, il ne peut y avoir aucune affectation de la Réserve au Preneur d'assurance ou à tout autre Bénéficiaire au moment de la conversion. La conversion doit être effectuée au moyen du formulaire mis à disposition par l'Assureur.

4.9. Remise en vigueur du Contrat racheté

Le Preneur d'assurance peut remettre en vigueur un Contrat racheté pour les montants qui étaient assurés à la date du rachat. Le preneur d'assurance doit demander la remise en vigueur par écrit dans les 3 mois suivant le rachat. Le preneur d'assurance doit rembourser la valeur de rachat et la prime est adaptée lors de la remise en vigueur, en tenant compte de la valeur de rachat théorique au moment du rachat. Dans le cas d'une remise en vigueur d'une assurance de la Branche 23, la conversion en unités se fera à la prochaine Date de traitement qui suit la date d'effet de la remise en vigueur. L'Assureur subordonne la remise en vigueur de la couverture « Prestation supplémentaire » à ses critères d'acceptation. La remise en vigueur prend effet à la date indiquée sur le Certificat Personnel nouvellement délivré.

5. Droits du ou des bénéficiaires

Le(s) Bénéficiaire(s) a(ont) les droits suivants :

- le droit aux prestations tel que stipulé au point 3 ci-dessus des présentes Conditions générales ;
- le droit d'accepter le bénéfice des prestations susmentionnées avant même qu'elles ne deviennent exigibles, au moyen d'un avenant au Certificat Personnel signé par lui/eux, le Preneur d'assurance et l'Assureur.

Sauf dans les cas où la loi autorise la révocation, l'acceptation du bénéfice implique entre autres que la résiliation, la

révocation et la modification du bénéfice, le rachat, le prélèvement d'une avance, le nantissement et le transfert des droits ne sont possibles qu'avec le consentement écrit du Bénéficiaire Acceptant.

6. Dispositions diverses

6.1. Attribution et prélèvement de la Réserve

6.1.1. Opérations qui génèrent une attribution à la Réserve Branche 21 et branche 26

Les Dates de traitement pour les différentes opérations sont les suivantes :

- Attribution de la prime : Le jour où les obligations contractuelles sont remplies. C'est le moment où l'Assureur a reçu le paiement de la (première) prime et dispose d'un dossier complet.
- Conversion : Dans ce cas, la réserve de prime qui est prélevée du Contrat existant est utilisée intégralement comme prime pour le nouveau Contrat. L'attribution est effectuée le jour qui suit le prélèvement de la réserve de prime du Contrat existant.
- Si la prime indiquée sur le formulaire ne correspond pas à la prime effectivement transférée, l'Assureur doit en être informé. Cela s'applique également si le transfert est effectué au moyen d'une communication autre que la communication structurée prévue par l'Assureur. Dans ce cas, la date d'effet du paiement de la prime est la date (éventuellement ultérieure) à laquelle l'Assureur identifie la destination du paiement de la prime. Si, de ce fait, la garantie d'intérêt appliquée est différente de celle qui était applicable au moment de la demande, l'Assureur ne pourra pas en être tenu responsable.

Branche 23

- Attribution de la prime : La conversion implique qu'un montant en euros est converti en Unités le Jour de cours (Date de traitement). Ces Unités sont ensuite évaluées à la VNI de ce Jour de cours et affectées à la Réserve.

Ces Unités seront évaluées périodiquement pendant la durée du Contrat conformément au Règlement de gestion du Fonds.

La Date de traitement (Jour de cours) de chaque Fonds est indiquée dans le Règlement de gestion du Fonds concerné.

La conversion de montants monétaires en Unités liées à une assurance de la Branche 23 est effectuée à la Date de traitement qui tombe ou suit le 10^e jour du traitement administratif, pour autant que toutes les formalités aient été remplies par le Preneur d'assurance (date d'effet). Cela signifie que les formulaires de souscription ou les formulaires de versement complémentaire (y compris toutes les annexes) et la prime doivent se trouver sur le compte de l'Assureur au plus tard le 10^e jour avant la Date de traitement. Les documents doivent être complets, sans quoi la Date de traitement est reportée jusqu'à ce que toutes les formalités aient été accomplies.

Si la prime indiquée sur le formulaire ne correspond pas à la prime effectivement transférée, l'Assureur doit en être informé. Cela s'applique également si le transfert est

effectué au moyen d'une communication autre que la communication structurée prévue par l'Assureur. Dans ce cas, la date d'effet du paiement de la prime est la date (éventuellement ultérieure) à laquelle l'Assureur identifie la destination du paiement de la prime. L'Assureur n'est pas tenu responsable si la conversion en Unités/d'Unités intervient par conséquent à une Date de traitement ultérieure.

- Conversion : Dans ce cas, la réserve de prime qui est prélevée du Contrat existant est utilisée intégralement comme prime pour le nouveau Contrat. L'attribution est effectuée à la Date de traitement qui tombe ou suit le 10e jour suivant la date de prélèvement de la réserve de prime du Contrat existant.

6.1.2. Opérations qui génèrent un prélèvement ou une liquidation de la Réserve

Branche 21 et branche 26

Les Dates de traitement pour les différentes opérations sont les suivantes :

- Primes de risque : le premier jour de chaque mois ;
- Coûts standard : le premier jour de chaque mois ;
- Frais de service : la Date de traitement par l'Assureur du service demandé ;
- Renonciation : la date de réception par l'Assureur de l'exploit d'huissier, de la lettre de résiliation contre récépissé ou de la lettre recommandée valide et de tout autre document jugé nécessaire ;
- Rachat : la date de réception par l'Assureur du formulaire de rachat valide et de tout autre document jugé nécessaire ou la date de rachat ultérieure souhaitée, telle qu'éventuellement mentionnée sur le formulaire de rachat ;
- Prestation à la date de fin : la date de fin ;
- Prestation en cas de décès : la date de survenance de l'Événement assuré (lorsque l'Événement assuré implique le décès de deux Assurés, il s'agit de la date de décès de l'Assuré survivant).
- Conversion : la date de réception par l'Assureur du formulaire de conversion valide et de tout autre document jugé nécessaire ou la Date de traitement ultérieure souhaitée, telle qu'éventuellement mentionnée sur le formulaire de conversion.

Branche 23

La conversion implique qu'un certain nombre d'unités sont converties en euros le Jour de cours (Date de traitement). Ces Unités sont ensuite évaluées à la VNI de ce Jour de cours et prélevées de la Réserve.

La Date de traitement (Jour de cours) de chaque Fonds est indiquée dans le Règlement de gestion du Fonds concerné. La conversion d'unités en euros est effectuée à la Date de traitement qui tombe ou suit le 10e jour du traitement administratif, pour autant que toutes les formalités aient été remplies par le Preneur d'assurance (date d'effet). Cela signifie que les formulaires (y compris toutes les annexes) doivent être remis à l'Assureur au plus tard le 10e jour avant la Date de traitement. Les documents doivent être dûment complétés, sans quoi la Date de traitement est reportée jusqu'à ce que toutes les formalités aient été accomplies.

Si les informations fournies ne sont pas complètes, l'Assureur ne peut être tenu responsable du fait que la conversion d'Unités/en Unités soit de ce fait effectué à une Date de traitement ultérieure.

Les Dates de traitement pour les différentes opérations sont les suivantes :

- Primes de risque : la première Date de traitement de chaque mois ;
- Coûts standard : la première Date de traitement de chaque mois ;
- Frais de service : la Date de traitement qui suit le jour où les coûts de service sont facturés par l'Assureur ;
- Renonciation : la Date de traitement qui suit la date de réception par l'Assureur de l'exploit d'huissier, de la lettre de résiliation contre récépissé ou de la lettre recommandée valide et de tout autre document jugé nécessaire ;
- Rachat : la Date de traitement qui suit la date de réception par l'Assureur du formulaire de rachat ou de prélèvement et de tout autre document jugé nécessaire ou la Date de traitement qui suit la date de rachat ultérieure souhaitée, telle qu'éventuellement mentionnée sur le formulaire de rachat ;
- Récupération des frais d'établissement : voir Rachat ;
- Prestation à la date de fin : la Date de traitement qui suit la date de fin ;
- Prestation en cas de décès : la Date de traitement qui suit la date de survenance de l'Événement assuré (lorsque l'Événement assuré implique le décès de deux Assurés, il s'agit de la date de décès de l'Assuré survivant) ; pour des Unités liées à une assurance de la Branche 23, la Date de traitement est la date qui suit le jour où l'Assureur a eu connaissance de la survenance de l'Événement assuré et a reçu un extrait officiel de l'acte de décès.
- Conversion : la Date de traitement qui suit la date de réception par l'Assureur du formulaire de conversion valide et de tout autre document jugé nécessaire ou la Date de traitement qui suit la Date de traitement ultérieure souhaitée, telle qu'éventuellement mentionnée sur le formulaire de conversion.

6.1.3. Transfert de Type d'assurance

En cas de Transfert de Type d'assurance, un Type d'assurance spécifique est réalisé, en totalité ou en partie, après application d'une correction de la valeur du jour (voir les Règlements de gestion et/ou les documents d'informations clés) et après retenue d'éventuels frais de transfert et de taxes (prélèvement) et le montant qui en résulte est réinvesti dans un ou plusieurs autres Types d'assurance (attribution).

- Pour le Transfert de sortie, on suit les mêmes règles que pour un prélèvement sur la Réserve, la Date d'effet étant la date de réception par l'Assureur de la « demande de transfert » valide, avec toutes les annexes nécessaires.
- Pour le Transfert d'entrée, on suit les mêmes règles que pour une attribution à la Réserve, la Date d'effet étant la Date de traitement du Transfert de sortie. Toutefois, le Transfert d'entrée vers des Unités liées à une assurance de la Branche 23 peut également avoir lieu à la Date d'effet à

laquelle l'Assureur est informé du résultat monétaire du Transfert de sortie.

6.1.4. Pratiques associées au Market Timing

Le *Market Timing* est une technique d'arbitrage par laquelle le Preneur d'assurance, dans un court laps de temps, réalise des apports et des prélèvements ou des Transferts internes ou externes de manière systématique et/ou exagérée et/ou répétitive, en profitant des décalages horaires et/ou des inefficacités de la méthode d'évaluation des Unités. La technique du *Market Timing* ne peut être autorisée, car elle peut entraîner une augmentation des coûts et/ou une baisse des bénéfices et donc diminuer la performance du Fonds. Les pratiques associées au Market Timing ne sont pas autorisées et les demandes d'apport, de prélèvement et de Transfert peuvent être rejetées si le Preneur d'assurance est soupçonné d'avoir eu recours à de telles pratiques ou si les opérations présentent des caractéristiques de ce genre de pratiques.

6.1.5. Liquidation d'un Fonds

L'Assureur se réserve le droit de liquider le Fonds conformément au Règlement de gestion du Fonds. Dans ce cas, le Preneur d'assurance peut transférer gratuitement la Réserve du Fonds vers un autre Fonds dans le Contrat ou demander le versement de la Réserve. Des frais de sortie ne seront pas imputés sur ce versement. Dans ce cas, les Frais d'établissement préfinancés sont prélevés du montant à verser.

6.2. Coûts et taxes possibles

6.2.1. Coûts standard

En plus des Frais administratifs éventuels, l'Assureur facture également des coûts pour la gestion du Contrat et, le cas échéant, pour l'indemnisation de la personne intermédiaire. L'Assureur ne peut modifier ces coûts en cours de Contrat que sur la base d'une indexation, selon l'indice santé des prix à la consommation, de montants forfaitairement intégrés dans le tarif ou, de manière raisonnable et justifiée, dans le cadre d'une révision générale (de la structure) des coûts pour la catégorie d'assurances à laquelle le Contrat appartient. L'Assureur doit informer le Preneur d'assurance de cette modification avant l'adaptation de ces coûts. Le Preneur d'assurance peut demander à l'Assureur un détail (de la structure) des coûts appliqués. Les frais administratifs, le droit d'entrée et les frais d'établissement sont mentionnés sur le Certificat Personnel. Les frais de gestion sont mentionnés dans le Règlement de gestion.

6.2.2. Frais d'établissement préfinancés

Les Frais d'établissement préfinancés comprennent au minimum le droit d'entrée pour l'intermédiaire, mais peuvent également inclure les frais administratifs pour l'Assureur ainsi que la taxe d'assurance (*taxe annuelle sur les opérations d'assurance*) sur la prime. Le préfinancement de ces frais d'établissement permet au Preneur d'assurance de recevoir plus d'unités au début de son Contrat ou, dans le cas d'un Versement supplémentaire, à la Date de traitement. Les frais d'établissement sont payés mensuellement pendant 60 mois par le Preneur d'assurance au moyen d'un droit de rachat

accordé par le Preneur d'assurance à l'Assureur à hauteur du montant des frais d'établissement. Ces frais d'établissement ne peuvent en aucun cas être considérés comme un droit de sortie.

Ces frais sont définis dans le document d'informations clés du produit.

6.2.3. Frais de transfert

Un Transfert peut être effectué sans frais une fois par an. À partir du 2^e Transfert au cours de la même année, des frais de transfert de 0,50 % de la Réserve à transférer sont facturés (avec un minimum de 50 euros).

- Pendant les 8 premières années après le versement de la prime, des frais de Transfert ainsi qu'une éventuelle Indemnité conjoncturelle sont dus en cas de Transfert du Type d'assurance Branche 21 à la Branche 23.

Pendant les 5 premières années après le versement de la prime, le solde restant des frais d'établissement est dû, en plus des frais de transfert, en cas de transfert du Type d'assurance Branche 23 à la Branche 21.

6.2.4. Frais de rachat

Pendant la Durée du Contrat, les frais de sortie s'élèvent au minimum à 75 euros (après indexation), mais ne peuvent pas dépasser 5 % de la Valeur de rachat théorique.

Branches 21 et 23

Pour les Types d'assurance Branche 21 et Branche 23, vous avez droit à un rachat partiel tous les 12 mois sans frais de sortie si le montant concerné ne dépasse pas 50 000 euros et qu'il s'élève à maximum 8 % de la Réserve constituée du Type d'assurance respectif. Si la valeur du rachat partiel s'élève à plus de 50 000 euros (ou à plus de 8 %) de la Réserve du Type d'assurance respectif, les frais de rachat sont appliqués sur la totalité de la Valeur de rachat et pas uniquement sur la partie au-delà de 50 000 euros (ou de 8 %).

Le pourcentage exact des frais et la dégressivité des frais de rachat sont indiqués dans le document d'informations clés du produit.

Branche 26

Le pourcentage exact des frais et la dégressivité des frais de rachat sont indiqués dans le document d'informations clés du produit.

6.2.5. Frais de service

Généralités

En plus des coûts standard, l'Assureur peut également imputer des frais de service en sus des dépenses particulières causées par le Preneur d'assurance, l'Assuré ou les Assurés ou le(s) Bénéficiaire(s). L'Assureur se réserve le droit de prélever de la Réserve du Contrat un montant forfaitaire par service de 10 euros. Ces coûts sont appliqués de manière raisonnable et justifiée par l'Assureur. L'Assureur peut facturer ces coûts de service notamment pour la demande de duplicata de documents contractuels (comme le Certificat Personnel, un avenant au Certificat Personnel, une quittance de règlement), la recherche d'adresses, l'envoi de lettres (recommandées), la demande de pièces justificatives et de copies et attestations,

la demande de relevés de paiements et de paiements de et vers l'étranger, etc.

Assurances dormantes

Pour les contrats qui relèvent du régime légal des contrats d'assurance dormants, l'Assureur peut facturer des frais pour :

- vérifier si l'Assuré est toujours en vie ;
- vérifier si le Preneur d'assurance est toujours en vie ;
- rechercher des bénéficiaires.

Le coût facturé par Contrat s'élève à 5 % de la Réserve avec un maximum de 200 euros. Ce coût est prélevé du montant à payer. Si la limite des coûts est dépassée au cours des recherches, celles-ci seront arrêtées et le montant à payer - 200 euros - sera transféré à la Caisse des Dépôts et Consignations.

6.2.6. Coûts pour des examens médicaux

L'Assureur peut réclamer au (candidat) Preneur d'assurance les coûts des examens médicaux si ce dernier ne conclut pas le Contrat ou le résilie dans les 30 jours après son entrée en vigueur.

6.2.7. Taxes

L'Assureur peut faire supporter par le Preneur d'assurance ou le(s) Bénéficiaire(s) toutes les taxes (y compris le précompte mobilier et la taxe d'abonnement), contributions et charges de quelque nature que ce soit qui sont susceptibles d'être levées sur les primes, la Réserve, les revenus des placements ou toute prestation, quelle qu'elle soit.

6.2.8. Indexation

L'Assureur peut augmenter les coûts conformément aux indices santé des prix à la consommation avec, comme base, janvier 2010.

6.3. Participation bénéficiaire

L'Assureur accorde une Participation bénéficiaire sur les Contrats de la Branche 21 et sur certains Contrats de la Branche 26.

Le cas échéant, l'octroi d'une participation bénéficiaire est stipulé sur le Certificat Personnel et dans le document d'informations clés du produit.

6.4. Certificat Personnel

Sans préjudice de la possibilité pour l'Assureur de modifier la structure des coûts et des tarifs (comme prévu au point 6.7 ci-dessous des présentes Conditions générales), les coûts et les Primes de risque sont, pendant la Durée du Contrat, calculés et facturés selon la même structure que celle utilisée pour l'établissement du Certificat Personnel ou d'un tableau des valeurs de rachat.

Le Certificat Personnel donne un aperçu des principales données du Contrat.

Lors de l'entrée en vigueur et lors de chaque modification du Contrat, l'Assureur émet un Certificat Personnel ou un avenant au Certificat Personnel qu'il remet au Preneur d'assurance. Le Preneur d'assurance est présumé être entièrement d'accord avec le contenu de son Certificat Personnel et de ses versions ultérieures, sauf si, dans les 30 jours après sa remise par

l'Assureur, il communiqué ses observations par écrit à ce dernier. Le Certificat Personnel ou l'avenant au Certificat Personnel le plus récent remplace toujours le précédent.

6.5. Prestations

L'Assureur peut subordonner toute prestation (y compris la renonciation, le rachat et l'avance) à la production des documents qu'il juge nécessaires.

L'Assureur paie les montants dus, le cas échéant après avoir appliqué une correction de la valeur du jour (voir les Règlements de gestion) et après imputation des retenues, coûts, indemnités et autres montants rendus obligatoires par la loi, qui seraient encore dus à l'Assureur ou à des tiers (comme un créancier gagiste), dans les 30 jours suivant la réception des documents demandés et, si elle a été demandée, d'une quittance de règlement entièrement et dûment remplie et signée.

Lorsqu'une prestation est due à plusieurs personnes, l'Assureur peut exiger que les intéressés désignent une seule personne, munie d'un nombre suffisant de procurations certifiées conformes, pour recevoir la prestation en leur nom commun.

L'Assureur ne paie pas d'Intérêts lorsqu'une prestation souffre un retard à cause de circonstances indépendantes de sa volonté.

6.6. Correspondance et preuve

Sauf indication contraire dans les dispositions précédentes ou dans des dispositions contraignantes, toute notification d'une partie à l'autre peut être faite par lettre ordinaire ou par e-mail.

Toute notification et correspondance entre les parties se fait valablement à la dernière adresse (de correspondance) ou adresse e-mail qu'elles se sont communiquées réciproquement. Lorsqu'il y a deux Preneurs d'assurance, l'Assureur peut valablement adresser toute notification aux deux Preneurs d'assurance ensemble, et ce à l'adresse de correspondance qui figure sur la proposition. Si aucune adresse de correspondance spécifique n'est indiquée dans la proposition, l'Assureur peut utiliser comme seule adresse de correspondance l'adresse du « premier Preneur d'assurance » mentionnée sur le Certificat Personnel. Si l'adresse de correspondance est celle du « premier Preneur d'assurance » et que ce dernier décède par la suite, l'Assureur peut utiliser l'adresse de l'autre Preneur d'assurance comme seule adresse de correspondance à partir du moment où il prend connaissance du décès. Les Preneurs d'assurance ont toujours la possibilité de modifier l'adresse unique de correspondance au moyen d'une notification écrite adressée à l'Assureur, datée et signée par les deux parties. Veuillez signaler immédiatement toute modification. Nous envoyons les communications destinées au Preneur d'assurance d'une manière juridiquement valable à la dernière adresse (de correspondance) connue.

L'envoi d'une lettre recommandée est prouvé par la présentation du récépissé de remise à la poste. L'existence et le contenu d'un document et d'une correspondance sont prouvés par la production de l'original ou, à défaut, de la copie de celui-ci dans les dossiers de l'Assureur.

Si le Preneur d'assurance, l'Assuré ou le Bénéficiaire va résider aux États-Unis en tant que « US Person » pendant la durée du Contrat, la partie concernée doit nous en informer immédiatement et nous communiquer une adresse de contact en Belgique.

L'Assureur se réserve le droit, dans le cas où le Preneur d'assurance, l'Assuré ou le Bénéficiaire devient une « US Person » en cours de Contrat, de résilier le Contrat sans frais et de transférer la contrepartie sur un numéro de compte belge du Preneur d'assurance.

6.7. Modification des Conditions générales

L'Assureur peut modifier les Conditions générales pour des raisons légitimes qui ne dépendent pas uniquement de sa volonté (par exemple, dans le cadre d'un changement de loi ou de réglementation), dans les limites de la bonne foi et sans porter atteinte aux caractéristiques essentielles du contrat. L'Assureur en informe le Preneur d'assurance par écrit, en précisant la nature et les raisons de la ou de la (des) modification(s) apportée(s) ainsi que la date à laquelle les nouvelles Conditions générales entrent en vigueur. Ces modifications sont réputées approuvées si, dans les 30 jours suivant la notification par écrit, le Preneur d'assurance n'a pas envoyé de refus écrit.

Si le Preneur d'assurance n'accepte pas les modifications proposées, il a le droit de racheter son Contrat sans frais.

6.8. Cadre légal

6.8.1. Législation applicable

Le Contrat est soumis à la législation belge, notamment à la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances et à l'arrêté royal du 14 novembre 2003 relatif à l'Activité d'assurance sur la vie. Au cas où le Preneur d'assurance est domicilié en dehors de la Belgique, les parties optent explicitement pour l'application du droit belge, si la loi l'autorise.

Le Contrat est établi sur la base des déclarations du Preneur d'assurance et de l'Assuré. Le Contrat est nul si le Preneur d'assurance ou l'Assuré induit l'Assureur en erreur lors de l'évaluation du risque en communiquant des informations incorrectes ou en dissimulant délibérément des données.

Le Contrat est contestable jusqu'à un an après la date de début mentionnée sur le Certificat Personnel.

Si, en application de la réglementation relative à la prévention du blanchiment de capitaux et du financement du terrorisme, le Preneur d'assurance ne fournit pas les informations et/ou documents, copies ou attestations nécessaires pour établir son identité et l'origine des fonds à investir, l'Assureur n'établira pas le Contrat.

Pendant la Durée du Contrat, si la situation l'exige, l'Assureur peut demander des informations complémentaires en application de la réglementation relative à la prévention du blanchiment de capitaux et du financement du terrorisme. Le fait de ne pas fournir les informations et/ou les documents, copies ou attestations nécessaires à l'Assureur peut bloquer les opérations prévues dans le Contrat.

6.8.2. Régime fiscal applicable

Tous les impôts (y compris le précompte mobilier), taxes et contributions existants et futurs qui s'appliquent au Contrat sont à la charge du Preneur d'assurance, des ayants droit ou du Bénéficiaire, selon le cas. Si une taxe est due sur la prime ou sur toute opération dans le cadre du Contrat, elle doit être acquittée par le Preneur d'assurance en même temps que la prime ou au moment de l'opération. Des droits de succession peuvent être exigibles en cas de décès. Le traitement fiscal de l'opération dans le cadre du Contrat dépend de la situation individuelle du contribuable. Le Preneur d'assurance peut s'adresser à l'Assureur pour obtenir de plus amples informations sur le régime fiscal applicable. Toutefois, l'Assureur ne peut en aucun cas être tenu responsable si certains avantages fiscaux escomptés ne devaient pas (ou ne peuvent pas) être obtenus ou si le Contrat devait être soumis à une pression fiscale ou parafiscale qui n'était pas attendue. Les produits proposés par l'assureur sont non fiscaux ; le Preneur d'assurance n'a pas droit à une déduction fiscale de 30 % comme pour l'épargne-pension/épargne à long terme.

L'Assureur peut, conformément à la législation belge, transmettre les informations relatives à votre Contrat au Service public fédéral Finances belge ou à toute autre autorité publique, dans la mesure où l'Assureur est légalement tenu de le faire.

6.8.3. Lois anti-blanchiment d'argent et procédures internes

Le Contrat est soumis à la réglementation belge en matière de prévention du blanchiment de capitaux et du financement du terrorisme et aux procédures établies par l'Assureur à cet égard.

Sans préjudice du point 2.1 ci-dessus des présentes Conditions générales, le Contrat ne peut entrer en vigueur que si toutes les obligations en matière de prévention du blanchiment de capitaux et du financement du terrorisme sont remplies.

Le preneur d'assurance s'engage à fournir à l'Assureur tous les documents et informations nécessaires au respect des dispositions légales en matière d'identification dans le cadre de la lutte contre le blanchiment d'argent et à informer immédiatement l'Assureur de toute modification des informations initialement communiquées.

Les dispositions relatives à l'identification du preneur d'assurance s'appliquent de la même manière à une personne autre que le preneur d'assurance qui paie la prime et aux bénéficiaires.

6.8.4. Embargo financier

Le présent Contrat n'accorde pas de garantie ni de prestation pour une quelconque activité assurée dans la mesure où cette activité assurée violerait la moindre loi ou règle applicable des Nations Unies ou de l'Union européenne en matière de sanctions économiques, ou toute autre règle ou loi applicable relative à des sanctions économiques ou commerciales.

6.8.5. Conflits d'intérêts

L'Assureur a l'obligation de protéger les intérêts du Preneur d'assurance. Vous trouverez sur le site web de l'Assureur des

informations complémentaires sur la politique de rémunération et la politique en matière de conflits d'intérêts.

6.8.6. Critères de segmentation

La Prime de risque que le Preneur d'assurance doit payer pour être couvert repose sur un certain nombre de critères. Vous trouverez de plus amples informations sur la politique de segmentation sur le site web de l'Assureur.

6.9. Protection des données à caractère personnel

Le traitement des données à caractère personnel dans le cadre du présent Contrat est soumis au règlement européen (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des données à caractère personnel (RGPD) depuis le 25 mai 2018.

On entend par « données à caractère personnel » toute information concernant une personne physique identifiée ou identifiable (« personne concernée ») ; est réputée identifiable une personne physique qui peut être identifiée, directement ou indirectement, notamment par référence à un identifiant, tel qu'un nom, un numéro d'identification, des données de localisation, un identifiant en ligne, ou à un ou plusieurs éléments spécifiques propres à son identité physique, physiologique, génétique, psychique, économique, culturelle ou sociale. L'Assureur obtient les données à caractère personnel par l'intermédiaire du courtier. Il s'agit de données à caractère personnel relatives au Preneur d'assurance, à l'Assuré et au Bénéficiaire.

Les données à caractère personnel ne seront traitées que dans la mesure où il existe une finalité qui rend leur traitement nécessaire et si elles sont nécessaires pour la finalité poursuivie.

6.9.1. Finalités

L'Assureur traitera les données à caractère personnel aux fins suivantes :

- l'exécution du Contrat conclu avec l'Assureur, et notamment la gestion du dossier clients, l'offre et la gestion de l'assurance de personnes, l'exécution d'ordres de paiement et d'opérations en rapport avec des instruments financiers ;
- la gestion interne de l'entreprise, comme des finalités d'information interne, un fonctionnement administratif optimal, la protection, la gestion des litiges ou la gestion des risques par des analyses ou des modèles, la gestion de l'infrastructure informatique interne, comme l'assistance au bon fonctionnement des réseaux.
- communications de marketing direct par e-mail, mailings, informations sur les services offerts par l'Assureur, les produits financiers et d'assurance, les promotions et événements organisés par l'Assureur.
- les obligations légales :
 - la gestion des risques et des finalités de contrôle, notamment dans le cadre de la surveillance de la lutte contre le blanchiment d'argent ; la détection et/ou le traitement approprié et/ou la prévention d'irrégularités, de violations de dispositions légales ou contractuelles et d'actes frauduleux commis par le Preneur d'assurance, ses courtiers, ses intermédiaires ou des tiers. Cela inclut également les rapports

émanant de ou adressés à des autorités de contrôle, à la Cellule de traitement des informations financières (CTIF) et l'échange de données avec des administrations belges et étrangères dans le cadre du CRS, de l'AEOI, du FATCA ou d'autres obligations légales.

- Point de contact central (PCC) : contribution à la liste de tous les comptes et contrats financiers existants en Belgique, qui est mise à la disposition de certaines autorités, personnes et organismes. Les données stockées dans le PCC peuvent être utilisées notamment dans le cadre d'une enquête fiscale, de la détection d'infractions punissables et de la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et de la grande criminalité. Le Preneur d'assurance a le droit de consulter les données à caractère personnel enregistrées à son nom. Pour ce faire, il suffit d'envoyer une demande écrite, datée et signée au PCC (cap.pcc@nbb.be, PCC Banque Nationale de Belgique, Boulevard de Berlaimont 14, 1000 Bruxelles). Les données à caractère personnel sont conservées dans le PCC jusqu'à 10 ans après la fin de la relation contractuelle. Ensuite, elles sont irrévocablement supprimées.

6.9.2. Base juridique

Les données à caractère personnel ne seront traitées que dans les situations suivantes :

- pour se conformer à des obligations légales qui incombent à l'Assureur ;
- dans le cas où la personne concernée y a donné son consentement (explicite), notamment pour le traitement des données relatives à la santé, ou, si la loi l'exige, pour recevoir du marketing direct ;
- dans le cadre de la conclusion, de l'exécution et de la gestion du Contrat ;
- pour protéger des intérêts légitimes, et en particulier l'intérêt légitime de l'Assureur à assurer un fonctionnement harmonieux et sûr de l'entreprise, à gérer le contrat de manière harmonieuse et efficace, à envoyer aux clients existants des messages de marketing direct par courrier électronique, et à assurer le respect des lois et réglementations non européennes.

6.9.3. Catégories de données à caractère personnel

L'Assureur traitera les catégories de données à caractère personnel suivantes dans le cadre du Contrat :

- Données d'identification ;
- Coordonnées ;
- Données relatives à la santé ;
- Dispositions financières générales ;
- Données professionnelles.

6.9.4. Partage des données à caractère personnel

Dans le cadre des finalités susmentionnées, les données à caractère personnel peuvent être communiquées à des sociétés liées à l'Assureur, à des prestataires de services externes, ainsi qu'à d'autres tiers concernés, tels qu'un établissement de crédit ou un (ré)assureur, une autorité

publique compétente, un avocat ou un médiateur dans le cadre d'un règlement de litiges.

6.9.5. Confidentialité

L'Assureur a pris des mesures techniques et organisationnelles appropriées pour assurer la confidentialité et la sécurité des données à caractère personnel. Seuls les collaborateurs qui traitent les données à caractère personnel à des fins professionnelles ou qui doivent le faire auront accès à ces données à caractère personnel.

6.9.6. Conservation des données à caractère personnel traitées

Les données à caractère personnel ne seront pas conservées plus longtemps que ce qui est strictement nécessaire pour réaliser la finalité, compte tenu des délais de prescription ou des périodes de conservation imposés par la législation ou la réglementation.

6.9.7. Droits de la personne concernée

La personne concernée dont les données à caractère personnel sont traitées peut :

- demander d'avoir accès à ces données à caractère personnel ;
- faire corriger et/ou compléter des données à caractère personnel incorrectes ;
- demander la suppression de données à caractère personnel ;
- obtenir une limitation du traitement ;
- obtenir et/ou faire transférer à un autre responsable du traitement des données à caractère personnel dont le traitement est fondé sur un contrat ou une autorisation ;
- s'opposer au traitement.

Pour connaître l'étendue et la portée des droits susmentionnés, il est renvoyé à la politique de confidentialité sur le site web de l'Assureur.

La personne concernée peut toujours s'opposer à l'utilisation de ses données à caractère personnel à des fins de marketing direct.

Toute question relative aux droits susmentionnés peut être adressée :

- Par courrier à l'Assureur : Patronale Life, Service Protection des données à caractère personnel, Boulevard Bischoffsheim 33, B-1000 Bruxelles
- Par e-mail à l'Assureur : privacy@patronale-life.be

Toute réclamation concernant le traitement des données à caractère personnel peut être adressée à privacy@patronale-life.be ou à l'Autorité de protection des données.

6.10. Réclamations et litiges

6.10.1. Réclamations en rapport avec le Contrat

Si vous avez une réclamation à formuler concernant votre Contrat, vous pouvez contacter l'Assureur comme suit :

1. Via le formulaire de contact sur le site web.
2. En envoyant un e-mail à klachten@patronale-life.be.
3. Par téléphone au numéro 02 511 60 06
4. Par courrier adressé à Patronale Life, Gestion des plaintes, Boulevard Bischoffsheim 33, B-1000 Bruxelles

Si vous n'avez pas obtenu de solution satisfaisante, vous pouvez vous adresser à l'Ombudsman des assurances, Square De Meeûs 35, 1000 Bruxelles (e-mail : info@ombudsman.as), sans préjudice de la possibilité d'intenter une action en justice.

Les litiges entre les parties relèvent de la compétence des tribunaux belges. Le droit belge s'applique au présent Contrat (voir le point 6.8.1. ci-dessus des présentes Conditions générales).

6.10.2. Réclamations relatives à des questions médicales

Les litiges concernant des questions médicales peuvent également, pour autant que les parties marquent explicitement leur accord par écrit à ce sujet au plus tôt au moment où le litige naît, être tranchés par une expertise médicale à l'amiable (arbitrage), où les parties désignent chacune un médecin. À défaut d'accord entre les médecins, un médecin « tiers » est désigné par eux ou, à défaut d'accord, par le Président du Tribunal de première instance compétent. Le collège ainsi formé décide à la majorité des voix et la décision est irrévocable. Sous peine de nullité de leur décision, les médecins ne peuvent toutefois déroger aux dispositions des Conditions générales. Chaque partie règle les honoraires du médecin qu'elle a désigné. Les honoraires de l'éventuel médecin « tiers » sont pris en charge à parts égales par les parties.

Coordonnées

Vous pouvez obtenir de plus amples informations en envoyant un courrier à : Patronale Life, Boulevard Bischoffsheim 33, B-1000 Bruxelles ; ou par e-mail à info@patronale-life.be.