

A hand holding a blue marker is pointing towards a large red arrow pointing downwards on a white background. The background is slightly blurred, showing a person's face on the left side.

Assurance de groupe / Engagement individuel de pension / Contrats transférés et non-transférés
Pension complémentaire libre des indépendants / Contrats Inami / Assurance individuelle

Conditions générales

Allianz 

Conditions générales



SITUATION

Les **Conditions Générales** décrivent la portée, les modalités et les principes de fonctionnement des divers types d'assurances-vie et de couvertures complémentaires.

- Le point 1 décrit les principes de fonctionnement en matière de technique d'assurance, qui s'appliquent uniformément à tous les types d'assurances.
- Le point 2 décrit les différentes couvertures de risque (ce point s'applique également uniformément à tous les types d'assurances).
- Le point 3 reprend les dispositions qui sont propres à l'assurance de groupe.
- Le point 4 reprend les dispositions qui sont propres à l'engagement individuel de pension.
- Le point 5 reprend les dispositions qui sont propres aux contrats transférés et non-transférés.
- Le point 6 reprend les dispositions qui sont propres à la pension complémentaire libre des indépendants.
- Le point 7 reprend les dispositions qui sont propres aux contrats Inami.
- Le point 8 reprend les dispositions qui sont propres à l'assurance individuelle.
- Le point 9 reprend des dispositions communes qui s'appliquent uniformément à tous les types d'assurances.

Pour l'assurance de groupe et l'engagement individuel de pension, les Conditions Générales s'accompagnent de **Conditions Particulières**. En ce qui concerne l'assurance de groupe, les Conditions Générales et les Conditions Particulières forment ensemble le **Règlement de Pension**. En ce qui concerne l'engagement individuel de pension, les Conditions Générales et les Conditions Particulières forment ensemble la **Convention de Pension**.

Pour tous les types d'assurances, il est enfin établi un **Certificat Personnel**, soit séparément par assurance, soit globalement pour différentes assurances (jonction). Ce document donne un aperçu de, entre autres, la nature et du niveau des couvertures, ainsi que des modes de placement applicables. Les différentes couvertures et les différents modes de placement, ainsi que les dispositions des Conditions Générales et des éventuelles Conditions Particulières y afférentes, ne s'appliquent que s'il ressort du Certificat Personnel qu'ils ont effectivement été souscrits.

Le Règlement de pension, le Formulaire de Souscription, le Certificat Personnel et les éventuels autres documents doivent être lus conjointement et forment un ensemble.

Le tableau ci-dessous donne un aperçu des documents applicables.

Assurance de groupe ⁽¹⁾	Engagement Individuel de pension ⁽²⁾	Contrats transférés et non-transférés	Pension complémentaire libre des indépendants ⁽³⁾	Contrats Inami ⁽³⁾	Assurance individuelle
Conditions générales - Dispositions communes (points 1, 2 et 9)					
Dispositions spécifiques (point 3)	Dispositions spécifiques (point 4)	Dispositions spécifiques (point 5)	Dispositions spécifiques (point 6)	Dispositions spécifiques (point 7)	Dispositions spécifiques (point 8)
Conditions particulières					
Conditions Particulières	Conditions Particulières	Non applicable	Non applicable	Non applicable	Non applicable
Certificat Personnel - (séparément par assurance ou globalement pour plusieurs assurances)					

⁽¹⁾ les Conditions Générales et les Conditions Particulières forment ensemble le **Règlement de Pension**

⁽²⁾ les Conditions Générales et les Conditions Particulières forment ensemble la **Convention de Pension**

⁽³⁾ en ce qui concerne les contrats PCLI 'sociaux' et les contrats Inami, il y a également le **Règlement de Solidarité**

SOMMAIRE

DEFINITIONS	5
1. TECHNIQUE D'ASSURANCE	5
1.1 PRINCIPES DE FONCTIONNEMENT	6
1.2 CONTRATS CONJOINTS	6
1.3 FLUX ENTRANTS OU ATTRIBUTIONS.....	7
1.4 TYPES DE RESERVES.....	7
1.5 FLUX SORTANTS OU SOUSTRATIONS.....	9
1.6 TARIFS, CHARGEMENTS ET IMPOTS	11
1.7 PRINCIPES DE CALCUL GENERAUX.....	13
1.8 AVANCES.....	16
2. COUVERTURES EN CAS DE DECES ET D'INCAPACITE DE TRAVAIL	16
2.1 COUVERTURES EN CAS DE DECES	16
2.2 COUVERTURES EN CAS D'INCAPACITE DE TRAVAIL.....	20
2.3 DISPOSITIONS GENERALES	25
3. FONCTIONNEMENT DE L'ASSURANCE DE GROUPE	27
3.1 AFFILIATION	27
3.2 CONTRAT DE L'ENTREPRISE	27
3.3 ASSURES.....	27
3.4 BENEFICIAIRES	28
3.5 PAIEMENT DES PRIMES	28
3.6 PROROGATION DU TERME	28
3.7 POSSIBILITES DE CHOIX POUR LES AFFILIES	29
3.8 MUTATIONS	30
3.9 FLUX D'INFORMATIONS	30
3.10 FINANCEMENT DE BIENS IMMOBILIERS.....	31
3.11 LIQUIDATION EN RENTE VIAGERE	32
3.12 FONDS DE FINANCEMENT	32
3.13 DEPART / CESSATION / RACHAT	33
3.14 RESERVES TRANSFEREES.....	35
3.15 LEGISLATION APPLICABLE ET DISPOSITIONS FISCALES.....	35
3.16 BONNE FOI ET EQUITE.....	35
4. FONCTIONNEMENT DE L'ENGAGEMENT INDIVIDUEL DE PENSION	36
4.1 ENTREE EN VIGUEUR ET AFFILIATION	36
4.2 CONTRAT DE L'ENTREPRISE	36
4.3 ASSURES.....	36
4.4 BENEFICIAIRES	36
4.5 PAIEMENT DES PRIMES	36
4.6 PROROGATION DU TERME	37
4.7 POSSIBILITES DE CHOIX POUR L'AFFILIE	37
4.8 MUTATIONS	38
4.9 FLUX D'INFORMATIONS	39
4.10 FINANCEMENT DE BIENS IMMOBILIERS.....	40
4.11 LIQUIDATION EN RENTE VIAGERE	40

4.12	DEPART / CESSATION / RACHAT	40
4.13	RESERVES TRANSFEREES.....	43
4.14	LEGISLATION APPLICABLE ET DISPOSITIONS FISCALES.....	43
4.15	BONNE FOI ET EQUITE.....	43
5.	FONCTIONNEMENT DES CONTRATS TRANSFERES ET NON-TRANSFERES	43
5.1	CONTEXTE.....	43
5.2	CONTRATS TRANSFERES	44
5.3	CONTRATS NON-TRANSFERES.....	44
5.4	EPUISEMENT DES RESERVES	45
5.5	TRANSFERT VERS UN AUTRE ORGANISME DE PENSION.....	46
5.6	VERSEMENT DE LA VALEUR DE RACHAT	46
5.7	FINANCEMENT DE BIENS IMMOBILIERS	46
5.8	LIQUIDATION EN RENTE VIAGERE	46
5.9	CERTIFICAT PERSONNEL ET FICHE DE PENSION ANNUELLE	47
5.10	LEGISLATION APPLICABLE	47
6.	FONCTIONNEMENT DE LA PENSION COMPLEMENTAIRE LIBRE DES INDEPENDANTS	47
6.1	CONTEXTE.....	47
6.2	ENTREE EN VIGUEUR ET PAIEMENT DES PRIMES	47
6.3	DROITS DE L’AFFILIE.....	48
6.4	ACCEPTATION DE LA DESIGNATION BENEFICIAIRE	48
6.5	NON-PAIEMENT DES PRIMES / EPUISEMENT DES RESERVES	48
6.6	LIQUIDATION EN RENTE VIAGERE	49
6.7	CERTIFICAT PERSONNEL ET FICHE DE PENSION ANNUELLE	49
6.8	LEGISLATION APPLICABLE	50
6.9	CONTRAT ‘PENSION COMPLEMENTAIRE LIBRE DES INDEPENDANTS’ SOCIAL	50
7.	FONCTIONNEMENT DES CONTRATS INAMI.....	50
7.1	CONTEXTE.....	50
7.2	ENTREE EN VIGUEUR ET PAIEMENT DES PRIMES	50
7.3	DROITS DE L’AFFILIE.....	51
7.4	ACCEPTATION DE LA DESIGNATION BENEFICIAIRE	51
7.5	NON-PAIEMENT DES PRIMES / EPUISEMENT DES RESERVES	51
7.6	LIQUIDATION EN RENTE VIAGERE	51
7.7	CERTIFICAT PERSONNEL ET FICHE DE PENSION ANNUELLE	52
7.8	REGIME DE SOLIDARITE	52
7.9	LEGISLATION APPLICABLE	52
8.	FONCTIONNEMENT DE L’ASSURANCE INDIVIDUELLE	53
8.1	CONTEXTE.....	53
8.2	ENTREE EN VIGUEUR ET PAIEMENT DES PRIMES	53
8.3	DROITS DU PRENEUR D’ASSURANCE.....	53
8.4	ACCEPTATION DE LA DESIGNATION BENEFICIAIRE	53
8.5	NON-PAIEMENT DES PRIMES / EPUISEMENT DES RESERVES	53
8.6	CERTIFICAT PERSONNEL ET FICHE DE PENSION ANNUELLE	54
8.7	LEGISLATION APPLICABLE	54

9. DISPOSITIONS COMMUNES	54
9.1 NATURE JURIDIQUE DES COUVERTURES	54
9.2 REMISE EN VIGUEUR	55
9.3 VERSEMENTS	55
9.4 CORRESPONDANCE ET PREUVE	55
9.5 MODIFICATION DES CONDITIONS GENERALES	55
9.6 CLAUSES NON VALABLES	56
9.7 REGIME FISCAL APPLICABLE	56
9.8 PAIEMENT DES PRESTATIONS - PREVENTION DU BLANCHIMENT DES CAPITAUX.....	56
9.9 PROTECTION DE LA VIE PRIVEE	56
9.10 PLAINTES ET LITIGES	57
9.11 AVERTISSEMENT	57

DEFINITIONS

assureur	Allianz Belgium s.a., ayant son siège social à 1000 Bruxelles, rue de Laeken 35
preneur d'assurance	la personne qui conclut l'assurance ou les assurances, appelée(s) ci après 'contrat(s)', avec l'assureur
assuré(s)	la (les) personne(s) physique(s) sur la tête de laquelle (desquelles) les couvertures sont conclues
bénéficiaire(s)	la (les) personne(s) à qui revient une prestation d'assurance

1. TECHNIQUE D'ASSURANCE

1.1 Principes de fonctionnement

1.1.1 Compte d'assurance, dépôts et unités

Les assurances sont gérées selon la technique dite 'universal life'. Chaque contrat distinct comprend un compte d'assurance. Les versements (flux entrants) et les retraits (flux sortants) y sont comptabilisés. Les avoirs sur le compte d'assurance (également appelés réserves, valeur de compte, avoirs sur compte ou épargne du compte d'assurance ou du contrat) sont investis dans un ou plusieurs modes de placement (voir 1.4.4) et génèrent ainsi un rendement.

La valeur de compte est la valeur d'un compte d'assurance à un moment déterminé. Chaque compte d'assurance se compose d'un ou plusieurs dépôts, qui se distinguent les uns des autres par des caractéristiques qui permettent d'assurer une gestion correcte du (des) compte(s) d'assurance (voir aussi 1.4). Chaque dépôt peut ainsi être considéré comme un compartiment de réserves homogènes au sein d'un compte d'assurance. Une unité est à considérer comme une unité de calcul élémentaire qui permet d'obtenir la valeur d'un dépôt et finalement celle d'un compte d'assurance. Cette valeur s'obtient en multipliant le nombre d'unités du dépôt ou du compte d'assurance par leur valeur d'unité respective. La valeur d'unité est déterminée par l'assureur et évolue dans le temps en fonction du rendement - garanti ou non - généré par les sommes investies.

1.1.2 Couvertures de risque

Outre le compte d'assurance, un contrat peut également comprendre des couvertures de risque en cas de décès et d'incapacité de travail (voir 2).

- Les primes de risque nécessaires au financement des couvertures de risque en cas de décès autres que la couverture 'capital-décès par accident' (voir 2.1.1) sont soustraites des réserves du compte d'assurance.
- Les primes de risque nécessaires au financement de la couverture 'capital-décès par accident' (voir 2.1.1.3) et des couvertures en cas d'incapacité de travail (voir 2.2) font l'objet d'une retenue directe sur la prime payée.

Les différentes couvertures et les dispositions des Conditions Générales y afférentes ne s'appliquent que s'il ressort du Certificat Personnel qu'elles ont effectivement été souscrites.

1.2 Contrats conjoints

Moyennant l'accord de l'assureur, il se peut que plusieurs contrats soient conjoints. La jonction résulte du fait que les contrats concernés figurent sur le même Certificat Personnel. La jonction implique que les contrats concernés, bien qu'ils restent distincts d'un point de vue juridique et fiscal, sont considérés comme un ensemble sur le plan de la technique d'assurance. Ainsi:

- la 'couverture décès supplémentaire' (voir 2.1.1.1.2) est calculée par rapport au montant total des réserves des différents comptes d'assurance des contrats conjoints;
- les primes de risque à soustraire pour les couvertures de risque concernées sont soustraites des réserves des différents comptes d'assurance des contrats conjoints (voir également 1.5.1);
- le rapport de placement éventuel peut tenir compte de la totalité des placements dans les contrats conjoints;
- le caractère complémentaire des assurances complémentaires doit être apprécié par rapport à l'ensemble des contrats conjoints.

Pour le reste, les contrats conjoints sont considérés comme des contrats distincts.

Si, quelle qu'en soit la raison, un contrat n'est plus conjoint, la couverture 'capital-décès' (voir 2.1.1.1) est, sauf demande écrite contraire et moyennant l'accord écrit de l'assureur, automatiquement diminuée du montant des réserves du (des) contrat(s) qui n'est (ne sont) plus conjoint(s). Le fait que des contrats soient conjoints comme indiqué ci-dessus, n'implique pas que ces contrats soient également conjoints au sens de l'arrêté royal relatif à l'activité d'assurance sur la vie, sauf si cet arrêté impose la jonction. Inversement, si cet arrêté impose la jonction, cela n'implique pas que ces contrats soient également conjoints comme indiqué ci-dessus.

1.3 Flux entrants ou attributions

1.3.1 Primes

Après retenue d'éventuels chargements d'entrée, impôts et primes de risque pour la couverture 'capital-décès par accident' (voir 2.1.1.3) et pour les couvertures en cas d'incapacité de travail (voir 2.2), la prime nette est attribuée au compte d'assurance concerné. Sous réserve d'éventuelles restrictions ou obligations fiscales, juridiques et autres, les Conditions Particulières et/ou le Certificat Personnel détermine(nt) sur quelle prime (pour quel(s) contrat(s)) sont retenues les primes de risque pour la couverture 'capital-décès par accident' et pour les couvertures en cas d'incapacité de travail, ainsi qu'à quel(s) type(s) de réserves selon l'affectation (voir 1.4.3) la prime nette est attribuée.

Le transfert de réserves provenant d'un autre compte d'assurance, d'une autre compagnie d'assurances ou d'un autre organisme de pension constitue un mode particulier de paiement de prime.

Dans le cadre de la couverture 'exonération de primes en cas d'incapacité de travail' (voir 2.2.1), il se peut également que l'assureur prenne lui-même en charge le paiement des primes lorsque l'assuré est en état d'incapacité de travail (dans les différents documents, cette attribution n'est cependant pas visée par le terme de 'prime').

1.3.2 Participation bénéficiaire

L'assureur peut accorder une participation bénéficiaire aux réserves investies dans un mode de placement avec participation bénéficiaire. Après imputation des impôts éventuels, la participation bénéficiaire nette est attribuée au compte d'assurance concerné.

1.4 Types de réserves

1.4.1 Gestion différenciée

Afin d'assurer une gestion correcte sur les plans fiscal, juridique et administratif, les réserves au sein de chaque compte d'assurance sont gérées séparément en fonction de leur source de financement, leur affectation, leur(s) mode(s) de placement et leur caractère lié.

1.4.2 Types de réserves selon la source de financement

1.4.2.1 Réserves de primes

Les réserves de primes sont les réserves qui sont constituées par les primes payées (non retenues - voir 1.1.2). Le rendement obtenu sur les réserves de primes, à l'exception des participations bénéficiaires, leur est également attribué.

1.4.2.2 Réserves de participation bénéficiaire

Les réserves de participation bénéficiaire sont les réserves qui sont constituées par les éventuelles participations bénéficiaires attribuées. Le rendement obtenu sur les réserves de participation bénéficiaire leur est également attribué.

1.4.2.3 Transfert de réserves

Le transfert de réserves provenant d'un autre compte d'assurance, d'une autre compagnie d'assurances ou d'un autre organisme de pension est en principe affecté aux réserves de primes et aux réserves de participation bénéficiaire en fonction de l'historique de ces réserves. Si toutefois les données nécessaires à cette fin font défaut ou si la législation fiscale s'y opposait, les réserves transférées sont affectées aux réserves de primes.

1.4.3 Types de réserves selon l'affectation

1.4.3.1 Réserves de risque

Les réserves de risque sont constituées par les primes qui sont affectées au financement de certaines couvertures de risque en cas de décès. Le rendement obtenu sur les réserves de risque leur est également attribué. Il est fait une distinction entre:

- les réserves de risque-décès successif: ces réserves de risque sont affectées au financement de la couverture 'capital en cas de décès successif' (voir 2.1.1.2);
- les réserves de risque-décès additionnel: ces réserves de risque sont affectées au financement de la couverture 'capital-décès additionnel' (voir 2.1.1.4).

Le financement proprement dit de ces couvertures de risque s'opère par voie de soustraction des primes de risque nécessaires des réserves concernées (voir 1.1.2).

1.4.3.2 Réserves de pension

Les réserves de pension sont constituées par les primes qui ne sont pas retenues pour le financement de la couverture 'capital-décès par accident' et des couvertures en cas d'incapacité de travail et qui ne sont pas attribuées aux réserves de risque. Le rendement obtenu sur les réserves de pension leur est également attribué. Les réserves de pension sont affectées à :

- la soustraction des primes de risque pour la 'couverture décès supplémentaire' dans le cadre de la couverture 'capital-décès' (voir 2.1.1.1.2);
- la soustraction des cotisations de solidarité dans le cadre des contrats 'pension complémentaire libre des indépendants' sociaux et des 'contrats Inami', (voir 7.9.8.8) selon les modalités prévues dans le Règlement de Solidarité;
- leur versement en cas de vie de l'assuré au terme (prorogé) éventuel (couverture 'capital-pension' - voir 1.5.2.4);
- leur versement en cas de décès de l'assuré (avant le terme (prorogé) éventuel) dans le cadre de la couverture 'capital-décès' (voir 2.1.1.1).

1.4.3.3 Modification de l'affectation des réserves

La modification de l'affectation des réserves de risque ou de pension ne peut s'opérer que par le biais d'un rachat (voir 1.5.2.2). Dans ce cas, la valeur de rachat d'un type de réserves est transférée vers un autre type de réserves. L'assureur peut également, pour autant qu'il n'y ait pas d'obstacles juridiques, fiscaux ou de gestion, 'fusionner' certains types de réserves selon leur affectation ou les transférer d'une affectation vers une autre.

1.4.4 Types de réserves selon le mode de placement

1.4.4.1 Modes de placement

Le(s) mode(s) de placement des réserves de pension est (sont) fixé(s) dans les Conditions Particulières, le Certificat Personnel et/ou le Règlement de Gestion. Il y a des modes de placement où l'assureur accorde un intérêt (branche 21) et des modes de placement liés à l'évolution de la valeur d'un fonds d'investissement (branche 23). Un Règlement de Gestion est établi pour le mode de placement lié à l'évolution de la valeur d'un fonds d'investissement (branche 23). Il contient des précisions sur son fonctionnement et ses modalités. Les réserves de risque (voir 1.4.3.1) sont toujours investies dans un mode de placement branche 21 et ne bénéficient d'aucune participation bénéficiaire.

1.4.4.2 Changement de règles de placement et de mode de placement

Sans préjudice des restrictions qui découlent des Conditions Générales, des Conditions Particulières, du Certificat Personnel et/ou du Règlement de Gestion, la (les) personne(s) qui en a (ont) le droit peu(ven)t faire modifier en cours de contrat les modes de placement d'attributions futures aux réserves de pension (changement de règles de placement) et/ou de réserves de pension déjà constituées (changement de mode de placement). Dans le cadre d'un changement de mode de placement, les réserves investies dans un mode de placement déterminé sont, après retenue d'éventuels chargements de changement et impôts, totalement ou partiellement liquidées (flux sortant) et le montant qui en résulte est réinvesti au sein du même compte d'assurance mais dans un ou plusieurs autres modes de placement (flux entrant). Les chargements de changement sont égaux à:

- pour chaque mode de placement branche 21: 5% du montant des réserves brutes liquidées. Ce taux décroît de 1% par an au cours des 5 dernières années du (des) contrat(s) concerné(s).
Une fois par an, dès la deuxième année d'assurance qui suit le premier montant net investi dans le mode de placement concerné, la (les) personne(s) qui en a (ont) le droit peu(ven)t, sans indemnité, liquider jusqu'à 10% des montants nets investis au sein de ce mode de placement pour réinvestir dans un ou plusieurs autres modes de placement, avec un minimum de 500 EUR et à condition que le solde de réserve de pension au sein de ce mode de placement ne soit pas, après liquidation, inférieur à 1.250 EUR;
- sur l'ensemble des modes de placement branche 23 : 0,5% du montant des réserves liquidées avec un maximum de 100 EUR. Une fois par an, dès la deuxième année d'assurance qui suit le premier montant net investi dans ce mode de placement, la (les) personne(s) qui en a (ont) le droit a (ont) la possibilité d'effectuer cette liquidation gratuitement.

Une demande de changement de règles de placement et de mode de placement est introduite par les documents 'demande de changement de règles de placement' et 'demande de changement de mode de placement' que l'assureur met à disposition sur simple demande. L'assureur peut, sans pour autant y être obligé, exécuter une demande formulée d'une autre manière (télécopie, e-mail, ...). Un changement de règles de placement ou de mode de placement n'est effectif que lorsque l'assureur a confirmé l'opération concernée par le biais du Certificat Personnel.

1.4.5 Types de réserves selon le caractère lié

1.4.5.1 Réserves bloquées

Les réserves bloquées sont des réserves dont l'assureur garantit à son propre égard ou à l'égard d'un tiers qu'un nombre déterminé d'unités ne peut diminuer que moyennant son accord ou moyennant l'accord du tiers concerné et/ou dont une soustraction de primes de risque doit ou ne peut s'opérer que pour une couverture de risque bien déterminée, le cas échéant pour un montant assuré (minimal) spécifique. Ceci peut se produire en cas d'octroi d'une avance (le blocage se fait alors au profit de l'assureur) ou de mise en gage du contrat (le blocage se fait alors au profit du créancier gagiste). L'assureur peut ainsi refuser, le cas échéant, une soustraction de primes de risque des réserves bloquées afin de maintenir lesdites réserves bloquées. Il peut en découler une diminution ou cessation prématurée d'une ou plusieurs couvertures de risque.

1.4.5.2 Réserves libres

Les réserves libres sont toutes les réserves qui ne sont pas bloquées.

1.5 Flux sortants ou soustractions

1.5.1 Primes de risque, cotisations de solidarité, chargements et impôts

L'assureur soustrait les primes de risque (et les chargements et éventuelles taxes y afférents) pour les couvertures de risque en cas de décès autres que la couverture 'capital-décès par accident' des réserves qui peuvent y être affectées (voir 1.4.3) et ce, sous réserve d'éventuelles restrictions ou obligations fiscales, juridiques et autres, successivement sur les contrats conjoints suivants (les primes de risque requises pour le financement de la couverture 'capital-décès par accident' et des

couvertures en cas d'incapacité de travail ne sont pas soustraites des réserves, mais sont directement retenues sur les primes payées - voir 1.1.2 et 1.3.1):

- contrat de l'entreprise assurance de groupe;
- contrat de l'entreprise engagement individuel de pension;
- contrat de l'entreprise non-transféré assurance de groupe;
- contrat de l'entreprise non-transféré engagement individuel de pension;
- contrat de l'entreprise transféré assurance de groupe;
- contrat de l'entreprise transféré engagement individuel de pension;
- contrat personnel transféré assurance de groupe;
- contrat personnel transféré engagement individuel de pension;
- contrat pension complémentaire libre des indépendants;
- contrat Inami;
- contrat assurance individuelle avec régime fiscal 'épargne-pension' (art. 145¹, 5° CIR 92).
- contrat assurance individuelle avec régime fiscal 'classique' (art. 145¹, 2° CIR 92);

Les primes de risque à soustraire sont les primes requises pour assurer les couvertures de risque précitées pour une période de chaque fois un mois. Elles sont en principe soustraites au début de chaque mois. S'il y a plusieurs contrats conjoints de même type et/ou lorsqu'une prime de risque peut être soustraite de plusieurs dépôts au sein d'un compte d'assurance, la soustraction est en principe imputée proportionnellement aux comptes d'assurance et dépôts concernés sur la base des valeurs de compte et de dépôt les plus récentes connues à la date d'effet de la soustraction (voir 1.7.1.3). Les chargements et impôts à soustraire sont en principe soustraits des réserves et du (des) contrat(s) auxquels ils se rapportent (le plus).

Les cotisations de solidarité sont soustraites des réserves de pension du contrat 'pension complémentaire libre des indépendants' social, respectivement du contrat Inami (voir 6.9 et 7), selon les modalités fixées dans le Règlement de Solidarité.

1.5.2 Liquidation de réserves

1.5.2.1 Résiliation

Sauf disposition impérative contraire et sauf en ce qui concerne les contrats transférés et non-transférés, la (les) personne(s) qui en a (ont) le droit peu(ven)t résilier le (un) contrat par lettre recommandée datée et signée, adressée à l'assureur:

- soit dans les 30 jours à compter de la date d'entrée en vigueur du contrat;
- soit, si le Formulaire de Souscription indique que le contrat est conclu pour garantir ou reconstituer un crédit sollicité par le preneur d'assurance, dans les 30 jours à compter de la date à laquelle il apprend que le crédit ne lui est pas accordé.

En cas de résiliation, le contrat concerné prend fin et l'assureur rembourse au preneur d'assurance les réserves du compte d'assurance concerné, majorées de tous les chargements imputés (en ce qui concerne les modes de placement de la 'branche 23', uniquement des chargements d'entrée) et la partie non consommée des primes de risque pour la couverture 'capital-décès par accident' et pour les couvertures en cas d'incapacité de travail, mais après imputation d'éventuelles retenues légales et autres sommes qui seraient encore dues à l'assureur ou à des tiers (comme un créancier gagiste) et, dans la première hypothèse susvisée de résiliation, après imputation des frais d'exams médicaux.

1.5.2.2 Rachat

La (les) personne(s) qui en a (ont) le droit peu(ven)t, dans les limites qui découlent de la législation applicable et du contrat, opérer le rachat total ou partiel des réserves sous forme de :

- versement de la valeur de rachat, avec ou sans cessation du contrat (des contrats conjoints);
- transfert des réserves vers un autre compte d'assurance ou vers une autre compagnie d'assurances ou un autre organisme de pension;
- changement d'affectation des réserves de pension ou de risque (voir 1.4.3.3).

La demande de versement de la valeur de rachat est introduite au moyen d'un formulaire de rachat ou de retrait daté et signé que l'assureur met à disposition sur simple demande. Ce formulaire vaut quittance dès que l'assureur a versé la valeur de rachat.

Sauf disposition impérative contraire, l'assureur peut limiter le rachat au montant assuré de la couverture 'capital-décès'. En cas de rachat total des réserves (de tous les contrats conjoints), le(s) contrat(s) (conjoints) prend (prennent) fin. En cas de rachat partiel (y compris le rachat total d'un ou de plusieurs, mais non de tous les contrats conjoints), la couverture 'capital-décès' est diminuée du montant des réserves rachetées. Le montant assuré de cette couverture peut cependant être maintenu si les critères d'acceptation médicale que l'assureur applique en la matière sont remplis et si ce dernier marque son accord écrit.

En cas de rachat, les éventuel(le)s retenues légales, chargements, indemnité de rachat et autres sommes qui seraient encore du(e)s à l'assureur ou à des tiers (comme un créancier gagiste) sont imputé(e)s. Sauf disposition impérative contraire, l'indemnité de rachat, tant en cas de rachat total que partiel, est, par contrat distinct (compte d'assurance), égale à :

- pour les modes de placement branche 21 : 5% du montant des réserves brutes rachetées. Ce taux décroît de 1% par an au cours des 5 dernières années de manière à atteindre 0% au terme du (des) contrat(s) concerné(s); ce taux est fixé à 0% au terme du contrat ou si le rachat a lieu après le 65ème anniversaire de l'assuré et au plus tôt 10 ans après la date d'effet du (des) contrat(s) concerné(e)s).
- pour les modes de placement branche 23 : 1,5% du montant des réserves rachetées. Ce taux est égal à 0% si le rachat a lieu plus de 5 années après la date d'effet du premier versement dans ce mode de placement.

1.5.2.3 Décès

En cas de décès du preneur d'assurance - en ce qui concerne les assurances de groupe, les engagements individuels de pension et les contrats transférés et non-transférés, de l'affilié - le(s) contrat(s) (conjoints) prend (prennent) fin, sauf éventuellement la couverture 'capital en cas de décès successif' (voir 2.1.1.2). Les réserves sont versées totalement ou partiellement au(x) bénéficiaire(s) de la couverture 'capital-décès', après imputation d'éventuel(le)s retenues légales, chargements et autres sommes qui seraient encore du(e)s à l'assureur ou à des tiers (comme un créancier gagiste).

1.5.2.4 Versement au terme (capital-pension)

Au terme (prorogé) éventuel, le contrat concerné prend fin et les réserves sont versées au(x) bénéficiaire(s) de la couverture 'capital-pension', après imputation d'éventuel(le)s retenues légales, chargements et autres sommes qui seraient encore du(e)s à l'assureur ou à des tiers (comme un créancier gagiste).

1.6 Tarifs, chargements et impôts

1.6.1 Primes de risque

Sans préjudice de l'éventuelle application de surprimes pour des risques aggravés, les tarifs utilisés pour le calcul des primes de risque pour les couvertures en cas de décès et d'incapacité de travail sont ceux que l'assureur a déposés auprès de la Commission Bancaire, Financière et des Assurances. Outre les majorations de primes individuelles dans le cadre d'une modification du degré de risque (voir 2.3.4), l'assureur peut cependant, dans le respect des éventuelles restrictions impératives en la matière, pour des raisons justifiées et de manière raisonnable et proportionnée, relever les tarifs pour le calcul des primes de risque à tout moment en cours de contrat dans le cadre d'une révision générale pour la catégorie d'assurances dont relève le contrat, ainsi entre autres :

- si l'assureur y est obligé en vertu de dispositions légales ou réglementaires;
- si une quelconque modification de la législation, une quelconque intervention des autorités de contrôle, une quelconque jurisprudence, etc. étendait la portée de la (des) couverture(s) ou les obligations de l'assureur;
- si l'assureur estime que l'équilibre de son portefeuille d'assurances est mis en péril par une quelconque modification de la législation, par une quelconque intervention des autorités de

contrôle, par une quelconque jurisprudence, etc., ou encore, par un accroissement du degré de risque de l'événement (des événements) assuré(s) concerné(s) au sein de la population, de la population du marché de l'assurance belge ou de son propre portefeuille (ou un segment de celui-ci);

- si une quelconque modification de la législation, une quelconque intervention des autorités de contrôle, une quelconque jurisprudence, etc. interdisait certains critères de segmentation;
- en présence de circonstances qui, selon des dispositions légales ou réglementaires, autorisent l'assureur de procéder à une adaptation tarifaire.

L'assureur peut aussi modifier les chargements et taux d'intérêt intégrés dans le tarif s'il peut démontrer que le coût de gestion des contrats a augmenté depuis la conclusion du contrat ou si le taux d'intérêt appliqué n'est plus conforme aux taux du marché.

1.6.2 Chargements et impôts

1.6.2.1 Chargements standards

Outre les éventuels chargements d'entrée, l'assureur peut également imputer sur certains modes de placement (voir Règlement de gestion) des chargements pour la gestion du (des) contrat(s) et, le cas échéant, pour rémunérer l'intermédiaire. L'assureur ne peut modifier ces chargements en cours de contrat que dans la mesure où il s'agit d'une indexation selon l'indice-santé des prix à la consommation de montants forfaitaires intégrés dans le tarif ou, de manière raisonnable et justifiée, dans le cadre d'une révision générale (de la structure) des chargements pour la catégorie d'assurances dont relève le contrat concerné. Le preneur d'assurance - dans le cadre des contrats transférés et non-transférés, l'affilié - peut demander à l'assureur un aperçu détaillé (de la structure) des chargements.

1.6.2.2 Chargements particuliers

L'assureur peut, en sus des chargements standards, aussi porter en compte des dépenses particulières occasionnées par le preneur d'assurance, l'assuré (les assurés) ou le(s) bénéficiaire(s). L'assureur applique ces chargements de manière raisonnable et justifiée. L'assureur ne peut imputer des chargements particuliers non spécifiquement prévus dans les Conditions Générales ou dans un quelconque autre document que moyennant avis préalable à l'intéressé (aux intéressés). Sans préjudice de l'indexation éventuellement prévue, l'assureur ne peut, en cours de contrat, relever les montants des chargements particuliers convenus que de manière raisonnable et justifiée et dans le cadre d'une révision générale de ceux-ci pour la catégorie d'assurances dont relève le contrat concerné.

1.6.2.3 Fonds dormants

Conformément aux dispositions légales, si le présent contrat venait à être qualifié de dormant, les frais éventuels de vérification et de recherche incombant à l'assureur seraient le cas échéant déduits des prestations dans les limites légales admises.

1.6.2.4 Impôts

L'assureur peut mettre à charge du preneur d'assurance, de l'affilié ou du (des) bénéficiaire(s) tous impôts, cotisations et charges de quelle nature que ce soit qui peuvent grever les primes, les réserves, les revenus des placements ou tout versement.

1.6.3 Certificat Personnel

Sans préjudice de la possibilité pour l'assureur de modifier la structure des chargements et des tarifs (voir 1.6.1 et 1.6.2), les chargements et les primes de risque sont calculés et imputés pendant la durée du (des) contrat(s) (conjoint(s)) selon la même structure que celle sur base de laquelle le Certificat Personnel a été établi. Le Certificat Personnel donne un aperçu des éléments majeurs (montants de primes, couvertures assurées, etc.) du (des) contrat(s) (conjoint(s)).

1.7 Principes de calcul généraux

1.7.1 Conversion de montants monétaires en unités et inversement

1.7.1.1 Généralités

Les opérations qui donnent lieu à un flux entrant (voir 1.3) génèrent la conversion de montants monétaires en unités. Inversement, les opérations qui donnent lieu à un flux sortant (voir 1.5) génèrent la conversion d'unités en montants monétaires. Ces conversions interviennent à certaines dates de valorisation et se font sur la base de la valeur d'unité de la date de valorisation concernée. Chaque jour où une nouvelle valeur d'unité est calculée est une date de valorisation. En ce qui concerne les modes de placement de la branche 23, les Règlements de Gestion fixent la périodicité des dates de valorisation. En ce qui concerne les modes de placement de la branche 21, chaque jour-calendrier est une date de valorisation. Si la valeur d'unité n'est pas encore connue à une date déterminée, l'assureur peut provisoirement rapporter sur la base de la valeur d'unité la plus récente connue.

1.7.1.2 Opérations qui donnent lieu à un flux entrant

La conversion de montants monétaires en unités liées à un mode de placement de la branche 21 s'opère à la troisième date de valorisation située après la date d'effet de l'opération concernée. La conversion de montants monétaires en unités liées à un mode de placement de la branche 23 s'opère à la date de valorisation coïncidant avec le troisième jour ouvrable de l'assureur suivant la date du traitement administratif de l'opération concernée par l'assureur. Les dates d'effet des différentes opérations sont les suivantes :

- paiement de primes : la date valeur de la prime sur le compte bancaire de l'assureur (si, toutefois, le paiement de prime s'effectue d'une autre manière que celle indiquée par l'assureur, la date d'effet du paiement de prime est l'éventuelle date ultérieure à laquelle l'assureur identifie la destination du paiement de prime);
- attributions dans le cadre de la couverture 'exonération de primes en cas d'incapacité de travail' : la date à laquelle l'attribution est due par l'assureur, mais au plus tôt la date à laquelle il n'y pas ou plus de contestation quant à l'intervention de l'assureur;
- participation bénéficiaire : la date fixée par l'assemblée générale des actionnaires de l'assureur.

1.7.1.3 Opérations qui donnent lieu à un flux sortant

La conversion d'unités liées à un mode de placement de la branche 21 en montants monétaires s'opère à la date de valorisation coïncidant avec la date d'effet de l'opération concernée. La conversion d'unités liées à un mode de placement de la branche 23 en montants monétaires s'opère, en cas de décès dans le cadre de la couverture 'capital-décès', sur la base des valeurs d'unités calculées à la date de valorisation qui suit le deuxième jour ouvrable de l'assureur situé après la date de la réception de la déclaration du décès par l'assureur. Pour les autres opérations, la conversion d'unités liées à un mode de placement de la branche 23 en montants monétaires s'opère à la (première) date de valorisation coïncidant avec ou suivant la date du traitement administratif de l'opération concernée par l'assureur, mais au plus tôt le premier jour ouvrable de l'assureur situé après la date d'effet de l'opération concernée et au plus tard à la (première) date de valorisation coïncidant avec ou suivant le troisième jour ouvrable de l'assureur situé après la date d'effet de l'opération concernée. Cependant, en cas de résiliation, de rachat et de versement au terme (prorogé), les unités liées à des opérations visées à l'article 24, § 2, alinéa 2 et § 4 de l'arrêté royal du 14 novembre 2003 relatif à l'activité d'assurance sur la vie sont converties selon les règles qui s'appliquent aux unités liées à un mode de placement de la branche 23. En ce qui concerne les primes de risque et les chargements, l'assureur peut opérer la conversion à une date de valorisation ultérieure. Les dates d'effet des différentes opérations sont les suivantes:

- primes de risque : le premier jour de chaque mois;
- cotisations de solidarité : la date de soustraction de ces cotisations;
- chargements standard : le premier jour de chaque mois;
- chargements particuliers : la date d'exécution par l'assureur du service demandé;
- résiliation : la date de réception par l'assureur de la lettre recommandée valable et des éventuels autres documents jugés nécessaires;

- paiement de la valeur de rachat : la date de réception par l'assureur du formulaire de rachat ou de retrait valable et des éventuels autres documents jugés nécessaires ou la date de rachat ultérieure souhaitée, telle qu'éventuellement mentionnée dans le formulaire de rachat ou de retrait. Pour les contrats souscrits conformément à l'article 6, 2° de l'A.R. du 14 novembre 2003, en couverture ou en reconstitution d'un crédit sollicité par le preneur d'assurance auprès de l'assureur, la valeur de l'unité liée à un mode de placement de la branche 23 est calculée au maximum à la date d'évaluation du 7ème jour ouvrable qui suit la date de la réception du formulaire de rachat par l'assureur;
- rachat par transfert : la date de réception par l'assureur de la demande valable et des éventuels autres documents jugés nécessaires;
- décès : la date du décès;
- versement au terme (prorogé) : le terme (prorogé).

1.7.1.4 Changement de mode de placement

Dans le cadre d'un changement de mode de placement, les réserves investies dans un mode de placement déterminé sont, après retenue d'éventuels chargements de changement (voir 1.4.4.2) et impôts, totalement ou partiellement liquidées (flux sortant) et le montant qui en résulte est réinvesti au sein du même compte d'assurance mais dans un ou plusieurs autres modes de placement (flux entrant).

- En ce qui concerne le flux sortant, les règles du point 1.7.1.3 s'appliquent, avec comme date d'effet la date de réception par l'assureur de la demande valable de changement de mode de placement.
- En ce qui concerne le flux entrant, les règles du point 1.7.1.2 s'appliquent, avec comme date d'effet la date de valorisation du flux sortant. Le flux entrant affecté à des unités liées à un mode de placement de la branche 23 peut cependant également s'effectuer à sa date d'effet ou à la date de valorisation ultérieure à laquelle l'assureur est informé du résultat monétaire du flux sortant.

1.7.2 Indexation

1.7.2.1 Indexation non-forfaitaire

Lorsqu'un montant nominal mentionné dans les éventuelles Conditions Particulières est indexé selon un indice non-forfaitaire (comme l'indice(-santé) des prix à la consommation), l'indexation intervient à chaque date d'adaptation. Le montant indexé s'obtient par application de la formule suivante :

montant nominal indexé à la date d'adaptation¹

est égal au

montant nominal mentionné dans les Conditions Particulières

multiplié par

l'indice concerné à la date d'évaluation^{1 2} précédant la date d'adaptation¹

divisé par

l'indice concerné à la date de référence pour indexation^{1 2}

¹ cette date est mentionnée dans les Conditions Particulières

² lorsque cet indice n'est pas déterminé quotidiennement, l'indice retenu est celui de la période dans laquelle se situe cette date

Lorsqu'un montant assuré nominal d'une couverture choisi par le preneur d'assurance - en ce qui concerne les assurances de groupe, les engagements individuels de pension et les contrats transférés et non-transférés, par l'affilié - ne figurant que sur le seul Certificat Personnel - et n'étant donc pas mentionné dans les éventuelles Conditions Particulières ou n'en découlant pas directement - est indexé selon un indice non-forfaitaire (comme l'indice(-santé) des prix à la consommation), l'indexation intervient à chaque date d'adaptation. Le montant indexé s'obtient par application de la formule suivante :

montant assuré nominal indexé à la date d'adaptation ¹
est égal au
montant assuré à la veille de la date d'adaptation ¹
multiplié par
l'indice concerné du dernier mois d'évaluation ² précédant la date d'adaptation ¹
divisé par
l'indice concerné de l'avant-dernier mois d'évaluation ² précédant la date d'adaptation ¹

¹ cette date est mentionnée dans les Conditions Particulières et/ou sur le Certificat Personnel

² il s'agit du mois dans lequel se situe la date d'évaluation mentionnée dans les Conditions Particulières et/ou sur le Certificat Personnel; à défaut de mention de la date d'évaluation dans ces documents, le mois d'évaluation est le mois précédant le mois dans lequel se situe la date d'adaptation

Lorsqu'un montant nominal visé à l'alinéa précédent prend cours ou est modifié avec effet à une date d'adaptation, la première indexation intervient au plus tôt à la première date d'adaptation suivante.

1.7.2.2 Indexation forfaitaire

Lorsqu'un montant nominal mentionné dans les éventuelles Conditions Particulières est indexé selon un indice forfaitaire (pourcentage fixe), l'indexation se fait par progression géométrique et intervient à chaque date d'adaptation. La formule d'indexation non-forfaitaire (voir 1.7.2.1) s'applique par analogie, en considérant toutefois que l'indice à la date de référence pour indexation est égal à 100 et que la seconde note de bas de page est ici sans objet.

Lorsqu'un montant assuré nominal d'une couverture choisi par le preneur d'assurance - en ce qui concerne les assurances de groupe, les engagements individuels de pension et les contrats transférés et non-transférés, par l'affilié - ne figurant que sur le seul Certificat Personnel - et n'étant donc pas mentionné dans les éventuelles Conditions Particulières ou n'en découlant pas directement - est indexé selon un indice forfaitaire (pourcentage fixe), l'indexation se fait par progression géométrique et intervient à chaque date d'adaptation. Le montant indexé s'obtient par application de la formule suivante :

montant assuré nominal indexé à la date d'adaptation ¹
est égal au
montant assuré à la veille de la date d'adaptation ¹
multiplié par
(1 + facteur d'indexation) ²

¹ cette date est mentionnée dans les Conditions Particulières et/ou sur le Certificat Personnel

² en cas d'indexation forfaitaire de, par exemple, 2% (facteur d'indexation), le facteur de multiplication est de 1,02

Lorsqu'un montant nominal visé à l'alinéa précédent prend cours ou est modifié avec effet à une date d'adaptation, la première indexation intervient au plus tôt à la première date d'adaptation suivante.

Les dispositions susvisées ne valent pas pour l'éventuelle 'indexation après sinistre' d'une rente d'incapacité de travail (voir 2.2.1.4.4).

1.7.2.3 Indexation fiscale

Une éventuelle indexation 'selon la législation fiscale' intervient en principe le 1^{er} janvier de chaque année civile.

1.7.3 Calculs sur base journalière

Les calculs techniques et actuariels sont effectués sur une base journalière. Ainsi :

- l'âge de l'assuré est calculé en années, mois et jours;
- pour le calcul des primes de risque, il est tenu compte d'une période de couverture et de paiement exprimée en jours.

1.8 Avances

L'assureur n'accorde une avance sur la (les) prestation(s) prévue(s) dans le contrat que moyennant la signature d'un acte d'avance qui en détermine les conditions et les modalités. Si, quelle qu'en soit la raison, le solde non apuré de l'avance s'avérait être supérieur à la valeur de rachat ou au versement, le preneur d'avance demeure redevable du solde non apuré de l'avance envers l'assureur.

L'assureur peut refuser une demande d'octroi d'avance si le(s) contrat(s) est (sont) déjà grevé(s) d'une mise en gage et inversement.

2. COUVERTURES EN CAS DE DECES ET D'INCAPACITE DE TRAVAIL

2.1 Couvertures en cas de décès

2.1.1 Types de couvertures en cas de décès

2.1.1.1 Capital-décès

2.1.1.1.1 Description de la couverture

Si l'assuré vient à décéder pendant la période de couverture (voir 2.1.2.1), l'assureur verse le capital convenu au(x) bénéficiaire(s).

2.1.1.1.2 Montant du capital-décès

Le capital à verser est le montant assuré à la date du décès. Le montant sous-jacent des réserves sur la base du nombre d'unités et des valeurs d'unité à la date de valorisation mentionnée en 1.7.1.3 y est pris en considération. Il n'y a pas de participation bénéficiaire en cas de décès.

L'éventuelle différence positive entre le montant assuré du capital-décès et le montant des réserves du (des) contrat(s) (conjoint(s)) est calculée au début de chaque mois sur la base des valeurs d'unité les plus récentes connues. Si il y a une telle différence positive (cette différence est appelée 'couverture décès supplémentaire'), l'assureur soustrait des réserves de pension une prime de risque et ce, en principe au début de chaque mois.

2.1.1.2 Capital en cas de décès successif (dans les 12 mois)

2.1.1.2.1 Description de la couverture

Si les assurés viennent tous deux à décéder soit simultanément, soit dans les 12 mois, l'assureur verse le capital convenu au(x) bénéficiaire(s). Dans ce cadre, il y a couverture si le premier décès survient pendant la période de couverture (voir 2.1.2.1) et si le second décès survient au plus tard 12 mois après le premier.

2.1.1.2.2 Montant du capital en cas de décès successif

Le capital à verser est le montant assuré à la date du premier décès. Il n'y a pas de participation bénéficiaire en cas de décès.

2.1.1.3 Capital-décès par accident

2.1.1.3.1 Description de la couverture

Si l'assuré vient à décéder dans les 12 mois après et en conséquence directe d'un accident et si tant l'accident que le décès surviennent pendant la période de couverture (voir 2.1.2.1), l'assureur verse le capital convenu au(x) bénéficiaire(s).

Un accident est une action soudaine d'une force extérieure sur l'organisme de l'assuré, indépendante de sa volonté, qui occasionne une atteinte à son intégrité physique.

Ne sont pas considérés comme accidents :

- le suicide;
- les maladies et leurs conséquences, l'accident vasculaire cérébral, les crises d'épilepsie ou analogues, quelle qu'en soit la cause;
- les conséquences d'interventions chirurgicales qui n'ont pas été nécessitées par un accident;
- les contaminations, intoxications et empoisonnements, à l'exception d'une septicémie (mais uniquement s'il y a eu une blessure externe et que la septicémie a eu lieu en même temps que la blessure).

Par extension, sont cependant considérées comme accidents :

- l'inhalation involontaire de gaz ou de vapeurs et l'absorption par erreur de substances toxiques;
- les morsures d'animaux et les piqûres d'insectes;
- la noyade;
- la foudre.

2.1.1.3.2 Montant du capital-décès par accident

Le capital à verser est le montant assuré à la date du décès, étant toutefois entendu que les éventuelles augmentations du montant assuré intervenues entre la date de l'accident et celle du décès ne sont pas versées si celles-ci n'avaient pas déjà été convenues avant la date de l'accident. Il n'y a pas de participation bénéficiaire en cas de décès.

Si le Certificat Personnel fait une distinction entre le capital-décès 'par maladie' et 'par accident', seule la différence positive entre le montant assuré 'par accident' et le montant assuré 'par maladie' relève des dispositions concernant la couverture 'capital-décès par accident'. Le montant assuré 'par maladie' forme conjointement avec le montant assuré correspondant 'par accident' la couverture 'capital-décès' (voir 2.1.1.1).

2.1.1.4 Capital-décès additionnel

2.1.1.4.1 Description de la couverture

Si l'assuré vient à décéder pendant la période de couverture (voir 2.1.2.1), mais avant le preneur d'assurance - en ce qui concerne les assurances de groupe, les engagements individuels de pension et les contrats transférés et non-transférés, avant l'affilié - l'assureur verse le capital convenu au(x) bénéficiaire(s).

2.1.1.4.2 Montant du capital-décès additionnel

Le capital à verser est le montant assuré à la date du décès. Il n'y a pas de participation bénéficiaire en cas de décès.

2.1.2 Etendue des couvertures en cas de décès

2.1.2.1 Période de couverture

La période de couverture des couvertures en cas de décès commence et expire au plus tard aux dates respectives indiquées dans les Conditions Particulières ou le Certificat Personnel. Sauf indication contraire dans les Conditions Particulières ou le Certificat Personnel, la période de couverture commence au plus tôt à la date de paiement de la première prime ou de la prime unique, celle-ci étant la date valeur de cette prime sur le compte bancaire de l'assureur. La période de couverture expire toujours au plus tard au terme (éventuellement prorogé; voir 3.6 et 4.6).

Lorsque la période de couverture réfère à un âge ou un seuil d'âge, elle expire au plus tard le premier jour du mois coïncidant avec ou suivant la date à laquelle l'assuré atteint cet âge ou ce seuil d'âge (dans le cadre de la couverture 'capital en cas de décès successif', il s'agit du premier jour du mois coïncidant avec ou suivant la date à laquelle le premier des deux assurés atteint cet âge ou ce seuil d'âge). Si, cependant, cet âge ou ce seuil d'âge correspond au terme normalement

prévu du contrat et si les Conditions Particulières dans le cadre d'une assurance de groupe ou d'un engagement individuel de pension prévoient la prorogation du terme (voir 3.6 et 4.6), la période de couverture des couvertures en cas de décès est elle aussi prorogée tant que l'affilié reste en service en la qualité qui lui donne droit à l'affiliation.

2.1.2.2 Etendue géographique

Les couvertures en cas de décès sont valables dans le monde entier.

2.1.2.3 Risques exclus en cas de décès

L'assureur n'accorde pas de couverture dans le cadre de la 'couverture décès supplémentaire' (voir 2.1.1.1.2) et des couvertures 'capital en cas de décès successif' (voir 2.1.1.2) et 'capital-décès additionnel' (voir 2.1.1.4) si le décès est la conséquence directe ou indirecte :

- du suicide au cours de la première année qui suit le début de la période de couverture ou la remise en vigueur de la couverture concernée; le même délai d'un an vaut pour toute augmentation du montant assuré nominal des couvertures, en ce qui concerne cette augmentation et à compter de sa prise d'effet;
- de l'exécution d'une condamnation judiciaire à la peine de mort;
- d'un crime ou d'un délit intentionnel commis par l'assuré en tant qu'auteur ou coauteur;
- d'un accident d'un appareil de navigation aérienne si l'assuré s'est embarqué en tant que pilote ou s'il s'agit d'un appareil :
 - non autorisé au transport de personnes ou de choses;
 - transportant des produits à caractère stratégique dans des régions en état d'hostilités ou d'insurrection;
 - se préparant ou participant à une épreuve sportive;
 - effectuant des vols d'essais;
 - du type "ultra léger motorisé";
 - militaire ou utilisé par des militaires ou à des fins militaires; toutefois, le décès est couvert s'il s'agit d'un appareil affecté au moment de l'accident au transport de personnes;
- d'une émeute, d'actes de terrorisme, de troubles civils, de tous actes collectifs de violence, d'inspiration politique, idéologique ou sociale accompagnés ou non de rébellion contre l'autorité ou tous pouvoirs institués, si l'assuré y a pris une part active et volontaire. Le(s) bénéficiaire(s) doit (doivent) apporter la preuve que l'assuré n'y a pas pris une part active et volontaire. Par acte de terrorisme, on entend l'action ou menace d'action organisée dans la clandestinité à des fins idéologiques, politiques, ethniques ou religieuses exécutées individuellement ou en groupe, et attentant à des personnes ou détruisant partiellement ou économiquement 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 d'entraver la circulation et le fonctionnement normal d'un service ou d'une entreprise. Si l'assuré n'y a pas activement et volontairement pris part, les prestations dues en cas de décès concernant des dommages causés par le terrorisme sont couvertes dans les termes, limites et délais prévus par la loi du 1er avril 2007 relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme, étant entendu que l'assureur est membre de l'asbl TRIP, personne morale constituée en exécution des dispositions de cette loi;
- d'une guerre ou de tout fait analogue et d'une guerre civile; si le décès de l'assuré survient dans un pays étranger où des hostilités sont en cours, il faut distinguer deux cas :
 - si le conflit éclate durant le séjour de l'assuré, la couverture est accordée pour autant que 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'un supplément de prime et l'accord écrit de l'assureur et pour autant que l'assuré ne participe pas activement aux hostilités;

(dans les deux cas, le(s) bénéficiaire(s) doit (doivent) apporter la preuve que l'assuré ne participait pas activement aux hostilités);

- de tout fait ou succession de faits de même origine, dès lors que ce fait ou ces faits proviennent ou résultent de propriétés radioactives, toxiques, explosives ou autres propriétés dange-

reuses de combustibles nucléaires, produits ou déchets radioactifs, ainsi que les dommages résultant directement ou indirectement de toute source de radiations ionisantes;

- de dommages causés par des armes ou des engins destinés à exploser par une modification de structure du noyau atomique;
- d'une exclusion mentionnée sur le Certificat Personnel quelle qu'en soit l'origine (médicale, professionnelle...);
- d'une maladie ou d'un accident survenu avant la prise d'effet des couvertures ou avant l'augmentation des couvertures (voir 2.3.1).

2.1.2.4 Risques exclus en cas de décès par accident

L'assureur n'accorde pas de couverture dans le cadre de la couverture 'capital-décès par accident' (voir 2.1.1.3) suite à un risque qui serait exclu dans le cadre des autres couvertures en cas de décès conformément au point 2.1.2.3, appliqué tant au décès qu'à l'accident, ou si le décès est causé par un accident qui est lui-même la conséquence directe ou indirecte d'une des circonstances suivantes dans laquelle l'assuré se trouve au moment de l'accident :

- la participation à des méfaits, rixes ou disputes (sauf en cas de légitime défense) et des actes notoirement téméraires (sauf en cas de sauvetage de personnes ou de biens);
- la pratique, en tant que professionnel, d'un sport quelconque et en tant qu'amateur de sports notoirement dangereux, tels qu'équitation, vol à voile, deltaplane, parachutisme, kart, plongée sous-marine avec appareil respiratoire autonome, alpinisme, spéléologie, boxe, catch, lutte, jiu-jitsu et sports analogues, saut à l'élastique, ULM, bobsleigh, skeleton, rugby ou parasailing (cette énumération n'est pas limitative);
- la pratique de sports de combat en club ou en compétition, la participation à des concours de vitesse organisés (y compris en cours d'entraînement pour ceux-ci), la pratique des sports d'hiver en compétition (y compris les entraînements et les essais), de ski hors piste ou lors d'épreuves de vitesse et la participation à des paris et défis;
- l'usage, en compétitions, en tant que professionnel et en tant qu'amateur, comme conducteur ou passager d'un véhicule automoteur à deux ou à plus de deux roues, sauf s'il s'agit d'un véhicule automobile, d'un camion, d'une camionnette ou d'un motorcycle équipé d'un moteur dont la cylindrée ne dépasse pas 50 cc et/ou qui de par sa construction et de par la seule puissance de son moteur ne peut pas dépasser la vitesse de 40 km à l'heure sur une route en palier;
- un état d'ivresse, d'intoxication alcoolique ou d'intoxication analogue résultant de l'utilisation de drogues ou de substances hallucinogènes.

En ce qui concerne la couverture du risque de terrorisme, les dispositions concernées du point 2.1.2.3 s'appliquent ici de la même manière.

2.1.2.5 Prestations en cas de décès suite à un risque exclu

En cas de décès de l'assuré - dans le cadre de la couverture 'capital en cas de décès successif', d'au moins un des deux assurés - suite à un risque exclu, le versement des prestations assurées est limité en fonction de la distinction suivante :

- dans le cadre de la couverture 'capital-décès', au maximum les réserves de pension et les éventuelles réserves de risque-décès additionnel du (des) contrat(s) (conjoint(s)) sur la base du nombre d'unités et des valeurs d'unité à la date de valorisation mentionnée en 1.7.1.3 sont versées au(x) bénéficiaire(s) de cette couverture;
- dans le cadre de la couverture 'capital en cas de décès successif', au maximum les éventuelles réserves de risque-décès successif du (des) contrat(s) (conjoint(s)) sont versées au(x) bénéficiaire(s) de cette couverture;
- dans le cadre de la couverture 'capital-décès par accident', il n'y a aucun versement;
- dans le cadre de la couverture 'capital-décès additionnel', au maximum les éventuelles réserves de risque-décès additionnel du (des) contrat(s) (conjoint(s)) sont versées au(x) bénéficiaire(s) de cette couverture.

2.1.3 Déclaration de sinistre

Le décès de tout assuré et un accident à issue mortelle doivent être déclarés à l'assureur au plus tard dans les 30 jours après le décès par le biais du formulaire destiné à cet effet. En cas de déclaration tardive, l'assureur peut réduire son intervention du montant du préjudice qu'il a subi, sauf s'il est dûment démontré que la déclaration de sinistre a été remise aussi rapidement qu'il était raisonnablement possible de le faire. Cependant, quelle que soit la raison de la déclaration tardive, l'assureur est toujours en droit de réduire son intervention dans le cadre de la couverture 'capital-décès' du préjudice qu'il subit en conséquence d'une éventuelle évolution négative des valeurs d'unité de réserves liées à un mode de placement de la branche 23 (voir les Règlements de Gestion) depuis la date du décès.

La déclaration doit mentionner le lieu, la date et l'heure du décès ainsi que les circonstances dans lesquelles il est survenu. Il en va de même pour l'accident éventuel qui a provoqué le décès, étant entendu que la nature de l'accident et l'identité des témoins éventuels doivent également être communiquées. Il faut également toujours joindre une attestation médicale - selon le modèle dûment complété de l'assureur - qui indique la cause du décès. L'assureur peut exiger toutes pièces complémentaires. Tous les intéressés à l'intervention de l'assureur sont tenus de demander à tous les médecins qui ont administré des soins au défunt de leur communiquer tous les renseignements que l'assureur sollicite et sont tenus de remettre sans délai les renseignements ainsi obtenus au médecin-conseil de l'assureur. Si une de ces obligations n'est pas remplie, l'assureur peut refuser totalement ou partiellement son intervention.

Si de faux certificats sont produits, de fausses déclarations sont effectuées ou si certains faits ou certaines circonstances ayant manifestement de l'importance pour l'appréciation des obligations de l'assureur sont intentionnellement omis ou non signalés, l'assureur peut refuser son intervention et réclamer le remboursement de toutes sommes indûment versées, majorées des intérêts légaux.

2.2 Couvertures en cas d'incapacité de travail

2.2.1 Rentes d'incapacité de travail

2.2.1.1 Description de la couverture et types de rentes d'incapacité de travail

Dans la mesure où l'assuré est atteint d'une incapacité de travail (voir 2.2.1.2) pendant la période de couverture (voir 2.2.2.1) suite à une cause couverte, le bénéficiaire a droit au versement ou à l'attribution intégral(e) ou partiel(le) de la (des) rente(s) d'incapacité de travail et ce, dès le terme du délai de carence, durant la période d'incapacité de travail et au plus tard jusqu'au terme de la période de paiement. Selon la finalité de la couverture, divers types de rentes d'incapacité de travail peuvent être distingués :

- la couverture 'exonération de primes en cas d'incapacité de travail' prévoit un paiement de primes poursuivi à charge de l'assureur; ce paiement de primes poursuivi est, le cas échéant après imputation des retenues nécessaires, directement attribué au(x) contrat(s) qui a (ont) financé cette couverture; si, cependant, quelle qu'en soit la raison, les obligations de l'assureur dans le cadre de cette couverture ne sont établies qu'après la date à laquelle l'attribution est due et si le preneur d'assurance a entre-temps poursuivi le paiement des primes, l'assureur peut également lui rembourser ces paiements de primes poursuivis si et dans la mesure où ils s'avèrent être à charge de l'assureur dans le cadre de cette couverture (remboursement de primes);
- la couverture 'versements en cas d'incapacité de travail' prévoit le versement d'une rente par l'assureur au bénéficiaire; une distinction peut y être faite entre:
 - la couverture 'rente en cas d'incapacité de travail', qui permet au bénéficiaire de maintenir un revenu afin d'assurer sa subsistance matérielle quotidienne;
 - la couverture 'rente de transition en cas d'incapacité de travail', qui permet au bénéficiaire de maintenir un revenu pendant une période transitoire déterminée.

2.2.1.2 Incapacité de travail

Il est question d'incapacité de travail dès que le seuil d'incapacité de travail est atteint.

Le seuil d'incapacité de travail est le degré d'invalidité économique minimal qui doit être constaté pour qu'il puisse être question d'incapacité de travail. Le degré d'invalidité économique pris en considération est le degré d'invalidité économique réel sans tenir compte du degré d'invalidité économique qui découle de ou qui est lié à une cause non couverte (voir 2.2.1.3), un risque exclu et/ou une maladie ou affection préexistante non couverte (voir 2.2.2.3).

Si le seuil d'incapacité de travail est atteint et qu'il est ainsi question d'incapacité de travail, l'intervention de l'assureur est déterminée sur la base du degré d'incapacité de travail, celui-ci étant le plus élevé des degrés d'invalidité économique (sans tenir compte du degré d'invalidité économique qui découle de ou qui est lié à une cause non couverte, un risque exclu et/ou une maladie ou affection préexistante non couverte) et d'invalidité physiologique (sans tenir compte du degré d'invalidité physiologique qui découle de ou qui est lié à une cause non couverte, un risque exclu et/ou une maladie ou affection préexistante non couverte). Si le degré d'incapacité de travail est inférieur à 67%, il est question d'une incapacité de travail partielle. Si le degré d'incapacité de travail atteint au moins 67%, il est question d'une incapacité de travail totale.

Le degré d'invalidité économique représente la mesure de la réduction de l'aptitude au travail de l'assuré, suite à une invalidité physiologique, cette dernière étant une atteinte à son intégrité physique. Le degré d'invalidité économique est déterminé en tenant compte de l'impossibilité totale ou partielle de l'assuré à pouvoir encore exercer une activité professionnelle compatible avec ses connaissances, compétences et antécédents professionnels. Dans ce cadre, il n'est tenu compte ni de la situation économique générale, ni d'autres critères économiques quelconques.

Le degré d'invalidité physiologique représente la mesure dans laquelle l'intégrité physique de l'assuré est réduite. Il est constaté par décision médicale, sur la base du « Barème Officiel Belge des Invalidités » et du « Guide barème européen d'évaluation médicale des atteintes à l'intégrité physique et psychique » et de tout autre document officiel appelé à les compléter. La référence au degré d'invalidité physiologique n'a une influence potentielle que sur le montant de la rente d'incapacité de travail à verser ou à attribuer et n'enlève rien au fait que ces rentes couvrent uniquement l'incapacité de travail et ont, sans porter préjudice à leur caractère forfaitaire, pour objet de prévoir une intervention en cas de perte de revenus.

2.2.1.3 Causes couvertes d'incapacité de travail

L'incapacité de travail couverte peut être la conséquence d'un accident et/ou d'une maladie, selon ce qui a été convenu. En ce qui concerne les accidents, il peut en outre être fait une distinction entre les accidents de la vie privée et les accidents du travail.

2.2.1.3.1 Accident

Pour la portée du terme 'accident', il est renvoyé au point 2.1.1.3.1. Un accident est soit un accident du travail, soit un accident de la vie privée.

- Un accident du travail est un accident tel que défini dans la législation belge sur les accidents du travail, y compris les accidents survenus sur le chemin du travail. La référence à la législation sur les accidents du travail ne tend qu'à définir la notion d'accident du travail.
- Un accident de la vie privée est tout accident qui n'est pas un accident du travail.

2.2.1.3.2 Maladie

Une maladie est toute atteinte à la santé de l'assuré qui est due à une autre cause qu'un accident, tel que décrit ci-dessus.

2.2.1.4 Montant des rentes d'incapacité de travail

2.2.1.4.1 Généralités

Sous réserve des dispositions ci-dessous, le montant des rentes d'incapacité de travail est égal à leur montant assuré au terme du délai de carence. Sauf indication contraire dans les Conditions Particulières et/ou le Certificat Personnel, les rentes d'incapacité de travail sont exprimées en montants annuels. Elles sont versées ou attribuées en tranches mensuelles à la fin de chaque mois. Pour le premier et le dernier mois de la période de paiement effective, les rentes sont calculées au prorata du nombre de jours d'incapacité de travail durant les mois concernés.

2.2.1.4.2 Degré d'incapacité de travail

La (les) rente(s) d'incapacité de travail est (sont) versée(s) ou attribuée(s) proportionnellement au degré d'incapacité de travail pour autant que le seuil d'incapacité de travail soit atteint. Un versement intégral ou une attribution intégrale a lieu si le degré d'incapacité de travail atteint au moins 67%. Si le degré d'incapacité de travail change, le montant de la rente est adapté en fonction du nouveau degré d'incapacité de travail. Dès que le seuil d'incapacité de travail n'est plus atteint, le versement ou l'attribution de la (des) rente(s) d'incapacité de travail prend fin. L'assureur n'effectue pas de versement (majoré) ou d'attribution (majorée) en cas d'augmentation du degré d'incapacité de travail qui survient après la période de couverture (voir 2.2.2.1) et donc pas davantage après que la couverture ait pris fin.

2.2.1.4.3 Profil de progression

Sauf en ce qui concerne la couverture 'exonération de primes en cas d'incapacité de travail', il peut être prévu un profil de progression de la (des) rente(s) d'incapacité de travail durant la première année d'incapacité de travail. Ceci implique que, pendant la période de progression, au maximum le(s) pourcentage(s) de la (des) rente(s) concernée(s) est (sont) versé(s), en tenant compte du degré d'incapacité de travail (voir 2.2.2.1).

2.2.1.4.4 Indexation de la (des) rente(s) d'incapacité de travail en cours

Sauf en ce qui concerne la couverture 'exonération de primes en cas d'incapacité de travail' (voir cependant 2.2.1.4.5), il peut être prévu une indexation de la (des) rente(s) d'incapacité de travail en cours ('indexation après sinistre'). Cette indexation n'est possible que dans le cas où la rente avant sinistre est constante. Dans ce cas, le montant de la (des) rente(s) concernée(s) est majoré annuellement en multipliant son (leur) montant initial par un facteur d'indexation. Ce facteur est égal à $(1 + \text{pourcentage d'indexation})^n$, où 'n' représente le nombre d'années complètes écoulées depuis la date du début de l'incapacité de travail. La première indexation est par conséquent effectuée à partir du treizième mois-calendrier qui suit la date du début de l'incapacité de travail.

Si l'assuré ne se trouve plus en état d'incapacité de travail qui entraîne l'application de la couverture, le montant assuré de la (des) rente(s) d'incapacité de travail est ramené au niveau d'avant la période d'incapacité de travail.

2.2.1.4.5 Couverture 'exonération de primes en cas d'incapacité de travail'

Le montant assuré de la couverture 'exonération de primes en cas d'incapacité de travail' est égal à $((TP - PIT) \times DEP)$, où :

TP = le montant total, sur base annuelle, des primes futures convenues (sans taxes ou prélèvements) pour le(s) contrat(s) (conjoint(s)), à l'exception toutefois du montant de primes versé dans le cadre d'un contrat social 'pension complémentaire libre des indépendants' (voir 6.9) et/ou dans le cadre d'un contrat Inami (voir 7);

PIT = le montant de primes qui est normalement destiné au financement des couvertures en cas d'incapacité de travail;

DEP = le degré d'exonération de primes.

La rente effectivement attribuée dans le cadre de la couverture 'exonération de primes en cas d'incapacité de travail' est égale au montant assuré, en tenant compte du degré d'incapacité de travail (voir 2.2.1.4.2).

S'il était déjà prévu une évolution future des termes 'TP' et/ou 'PIT' dans la formule précitée, la rente d'incapacité de travail attribuée évolue parallèlement selon les paramètres concernés. Il n'est cependant pas tenu compte d'une éventuelle indexation non-forfaitaire de ces termes ou de leur lien éventuel avec (l'évolution de) la rémunération ou le (l'évolution du) revenu professionnel.

Sauf s'il en est convenu autrement, les attributions dans le cadre de cette couverture qui sont affectées aux réserves de pension suivent les mêmes règles de placement que les primes qui sont affectées aux réserves de pension (voir 1.4.3.2 et 1.4.4).

Il est remarqué à cet égard que les couvertures 'rentes d'incapacité de travail' bénéficient d'une exonération de primes 'endogène' pendant la période durant laquelle et dans la mesure où l'assureur verse ou attribue effectivement une rente d'incapacité de travail, ce qui implique que ces couvertures se poursuivent, à concurrence du degré d'incapacité de travail pour lequel l'assureur accorde effectivement son intervention, sans paiement de primes dans leur dernière situation assurée (montant nominal (minimal) éventuellement indexé forfaitairement, périodes de couverture et de paiement, délai de carence, etc., mais sans adaptations ultérieures en fonction de la situation familiale, de la rémunération, etc.).

2.2.1.5 Période de paiement

L'assureur est redevable des rentes d'incapacité de travail - sans rétroactivité - dès l'expiration du délai de carence indiqué dans le Certificat Personnel. Le délai de carence prend cours à la date du début de l'incapacité de travail. Il peut cependant aussi être prévu un délai de carence 'avec rachat', auquel cas les rentes concernées sont versées ou attribuées - rétroactivement - à partir de la date du début de l'incapacité de travail, à la condition que l'assuré soit toujours en état d'incapacité de travail au terme de ce délai de carence avec rachat.

Les rentes d'incapacité de travail sont versées ou attribuées au plus tard jusqu'au terme de la période de paiement indiquée dans le Certificat Personnel ou jusqu'au décès antérieur de l'assuré. Si la période de paiement réfère à un âge (ou un seuil d'âge) et/ou à une durée (exprimée en années), la signification en est la suivante :

- si la période de paiement réfère à un âge ou un seuil d'âge, elle expire au plus tard le premier jour du mois coïncidant avec ou suivant la date à laquelle l'assuré atteint cet âge ou ce seuil d'âge;
- si la période de paiement réfère à une durée, cette durée est calculée à compter de la date du début de l'incapacité de travail (et donc pas à partir de la fin du délai de carence) et elle expire au plus tard lorsque l'assuré atteint l'âge ou le seuil d'âge prévu.

Les rentes d'incapacité ne sont plus versées à la date de prise de cours de la pension ou de la prépension ou tout autre régime pouvant être assimilé.

S'il est prévu un terme (général), la période de paiement expire toujours au plus tard au terme.

2.2.1.6 Rechute

Il est question de rechute lorsqu'une incapacité de travail débute dans les trente jours suivant la fin d'une période d'incapacité de travail précédente et relève de la même cause que cette incapacité de travail précédente.

En cas de rechute, la période d'incapacité de travail précédente est prise en compte pour le calcul du délai de carence. Si une rente d'incapacité de travail en cours augmente (en raison de 'l'indexation après sinistre' ou de l'application d'un 'profil de progression'), la rente à verser ou à attribuer en cas de rechute est calculée comme s'il n'y avait pas eu d'interruption de l'incapacité de travail et où la période intermédiaire est en outre prise en compte pour l'application de l'indexation après sinistre et/ou du profil de progression.

2.2.2 Etendue des couvertures en cas d'incapacité de travail

2.2.2.1 Période de couverture

La période de couverture des couvertures en cas d'incapacité de travail commence et expire au plus tard aux dates respectives indiquées dans les Conditions Particulières ou le Certificat Personnel. Sauf indication contraire dans les Conditions Particulières ou le Certificat Personnel, la période de couverture commence au plus tôt à la date de paiement de la première prime ou de la prime unique, celle-ci étant la date valeur de cette prime sur le compte bancaire de l'assureur. La période de couverture expire toujours au plus tard au terme normalement prévu du contrat. Si la période de couverture réfère à un âge ou un seuil d'âge, elle expire au plus tard le premier jour du mois coïncidant avec ou suivant la date à laquelle l'assuré atteint cet âge ou ce seuil d'âge.

2.2.2.2 Etendue géographique

Les couvertures en cas d'incapacité de travail sont valables dans le monde entier pour autant que l'assuré ait sa résidence habituelle en Belgique et dans la mesure où l'assureur peut, selon sa pro-

pre appréciation, (continuer d') exercer le contrôle médical nécessaire sans difficultés, ni frais exceptionnels. Les rentes d'incapacité seront versées pendant une période de trois mois maximum en cas de séjour de l'assuré en dehors de l'Union Européenne, les prestations reprenant cours dès le retour de l'assuré en Europe.

2.2.2.3 Risques exclus

L'assureur n'accorde pas de couverture et n'effectue donc pas de versement ou d'attribution dans le cadre des couvertures en cas d'incapacité de travail suite à un risque qui serait exclu dans le cadre des diverses couvertures de risque en cas de décès (également par accident) conformément aux points 2.1.2.3 et 2.1.2.4 (appliqué tant à l'incapacité de travail proprement dite qu'à sa cause) ou si l'incapacité de travail proprement dite ou sa cause est la conséquence directe ou indirecte :

- d'une affection non contrôlable par examen médical, d'une affection psychique ou mentale, de troubles subjectifs ou psychiques dont le diagnostic ne repose pas sur des signes organiques;
- d'une tentative de suicide;
- d'une maladie ou d'un accident survenu avant la prise d'effet des couvertures ou avant l'augmentation des couvertures (voir 2.3). Toute incapacité de travail ultérieure ayant la même cause ne pourra jamais donner lieu à l'octroi des prestations;
- une chute d'une hauteur de plus de 4 mètres dans l'exercice d'une activité professionnelle.

En ce qui concerne la couverture du risque de terrorisme, les dispositions concernées du point 2.1.2.3 s'appliquent ici de la même manière.

2.2.3 Déclaration de sinistre et suivi médical

Tout sinistre qui peut donner lieu à une (majoration de l') intervention de l'assureur doit lui être déclaré au plus tard dans les 30 jours au moyen du formulaire destiné à cet effet. En cas de déclaration tardive, l'assureur peut réduire son intervention du montant du préjudice qu'il a subi, sauf s'il est dûment démontré que la déclaration de sinistre a été remise aussi rapidement qu'il était raisonnablement possible de le faire.

La déclaration doit être accompagnée de tous les documents, certificats et rapports originaux qui peuvent démontrer l'existence et la gravité du sinistre. L'assureur peut exiger tous documents complémentaires à cette fin. Tous les intéressés à l'intervention de l'assureur sont tenus de :

- apporter toute collaboration possible afin que les examens et les contrôles jugés utiles par l'assureur puissent être effectués le plus rapidement possible;
- demander à tous les médecins qui administrent ou qui ont administré des soins à l'assuré de leur communiquer tous les renseignements que l'assureur sollicite (tout ceci tant lors de la survenance de l'incapacité de travail que dans le cadre du suivi médical ultérieur);
- remettre sans délai les renseignements ainsi obtenus au médecin-conseil de l'assureur.

Toutes les mesures visant à accélérer la guérison doivent être prises le plus rapidement possible et les traitements médicaux prescrits doivent être suivis. Si une de ces obligations n'est pas remplie, l'assureur peut refuser ou interrompre totalement ou partiellement son intervention.

En cas d'attribution ou de versement d'une rente d'incapacité de travail, tant l'assuré que l'assureur a toujours le droit de soumettre le degré d'incapacité de travail à une révision. Toute modification de l'état de santé de l'assuré qui entraîne ou qui pourrait entraîner une diminution du degré d'incapacité de travail doit être communiquée spontanément à l'assureur dans les 15 jours. Sinon, l'assureur exige le remboursement de toutes sommes versées ou attribuées indûment, majorées des intérêts légaux.

Si de faux certificats sont produits, de fausses déclarations sont effectuées ou si certains faits ou certaines circonstances ayant manifestement de l'importance pour l'appréciation des obligations de l'assureur sont intentionnellement omis ou non signalés, l'assureur peut refuser son intervention ou y mettre fin et réclamer le remboursement de toutes sommes versées ou attribuées indûment, majorées des intérêts légaux.

2.3 Dispositions générales

2.3.1 Communication de renseignements corrects

Lors de la conclusion, l'augmentation ou la remise en vigueur des couvertures, le preneur d'assurance et l'assuré (les assurés) doivent communiquer à l'assureur, en toute sincérité et sans omission, tous les éléments dont ils ont connaissance et qu'ils doivent raisonnablement considérer comme des éléments d'appréciation des risques par l'assureur. Il s'agit entre autres de l'activité professionnelle, de sports et autres activités pratiqués, ainsi que des maladies et affections déjà diagnostiquées ou dont au moins les symptômes se sont déjà manifestés.

En cas de communication inexacte de la date de naissance de l'assuré (d'un assuré), l'assureur peut adapter les primes de risque et/ou toute prestation d'assurance (le cas échéant, rétroactivement) sur la base des éléments tarifaires en fonction de la date de naissance exacte. En cas d'omissions involontaires ou de déclarations inexactes involontaires autres que celle portant sur la date de naissance, les dispositions légales y relatives s'y appliquent durant la première année après, respectivement, la conclusion, l'entrée en vigueur d'une augmentation non prévue initialement (en ce qui concerne cette augmentation) ou la remise en vigueur des couvertures 'capital-décès', 'capital-décès additionnel' et 'capital en cas de décès successif' et, sauf disposition impérative contraire, pendant toute la durée du contrat en ce qui concerne les autres couvertures de risque (assurances complémentaires).

Dans le cadre spécifique des couvertures en cas d'incapacité de travail (voir 2.2), l'assuré doit, non seulement lors de la conclusion, l'augmentation ou la remise en vigueur de la (des) couverture(s) concernée(s), mais aussi simplement pendant la durée de cette (ces) couverture(s), informer immédiatement l'assureur de toute diminution de ses revenus professionnels ou du fait qu'il a conclu ou conclut une assurance auprès d'une autre compagnie d'assurances qui couvre les mêmes risques ou des risques semblables ou qu'il bénéficie auprès d'un (autre) organisme de pension d'une telle couverture (voir aussi 2.3.3).

Conformément à la loi, toute fraude, omission volontaire ou déclaration inexacte volontaire entraîne la nullité de la (des) couverture(s) concernée(s). Les primes échues au moment où l'assureur en prend connaissance lui reviennent. L'attention est attirée sur le fait que la loi prévoit aussi des sanctions en cas d'omissions involontaires ou de déclarations inexactes involontaires qui, selon les cas, peuvent mener jusqu'au refus de l'assureur d'accorder son intervention.

2.3.2 Acceptation des couvertures de risque par l'assureur et maladies et affections préexistantes

Les couvertures de risque et toute augmentation de leur montant assuré nominal sont soumises aux critères d'acceptation généraux que l'assureur applique pour des raisons juridiques et fiscales et de technique des assurances (possibilité de financement structurel des couvertures eu égard au budget de primes et au montant des réserves constituées, résultat favorable de formalités médicales et/ou d'examen médicaux, caractère complémentaire de certaines couvertures de risque, couvertures maximales, sur-assurance, anti-sélection, limitations fiscales, disposition des éléments de calcul nécessaires, etc.). L'assureur peut subordonner l'acceptation des couvertures à une justification des revenus et / ou des frais ou charges démontrables. Les couvertures de risque ne sont assurées que si elles sont mentionnées sur le Certificat Personnel ou si l'assureur en a donné confirmation écrite sous une autre forme.

Si des déclarations du preneur d'assurance ou de l'assuré, des formalités médicales et/ou des examens médicaux à l'occasion de la conclusion, l'augmentation ou la remise en vigueur des couvertures de risque mentionnent, révèlent ou rendent sur la base de symptômes probable une maladie ou affection existante, celle-ci est couverte, sauf contre-avis écrit de l'assureur avec mention de la maladie ou affection pour laquelle (l'augmentation de) la couverture n'est pas accordée.

Si l'assureur impute une surprime pour une couverture et/ou refuse totalement ou partiellement (par exemple pour une maladie ou affection déterminée) une couverture, cette surprime et/ou ce refus s'applique(nt) également à toute augmentation ultérieure de la (des) couverture(s) concernée(s), sauf s'il en est convenu autrement.

2.3.3 Détermination et modification des couvertures de risque par l'assureur

L'assureur peut à tout moment diminuer le montant assuré souhaité ou effectif des couvertures de risque s'il apparaît, eu égard au budget de primes ou à son éventuelle quotité maximale qui peut y être affectée et au montant des réserves concernées, qu'elles ne peuvent pas ou plus être financées. L'assureur diminue dans ce cas le montant des couvertures de risque concernées, étant toutefois entendu qu'il est en principe donné priorité à la conclusion ou au maintien des couvertures de risque (minimales) obligatoires et que le cas échéant, seule(s) est (sont) réduite(s) la (les) couverture(s) à laquelle (auxquelles) ne peut être affectée qu'une quotité maximale du budget de primes. L'assureur peut éventuellement aussi réduire les paramètres (délai de carence, indexation annuelle, etc.) des couvertures de risque. Il en va de même pour l'assurance d'éventuels standards et d'éventuelles options standard, étant toutefois entendu qu'il est en principe donné priorité à la conclusion ou au maintien des couvertures de risque (minimales) obligatoires précitées.

De manière plus générale, l'assureur peut modifier le montant et les paramètres des couvertures pour des raisons fondées liées aux critères généraux qu'il applique pour des raisons juridiques et fiscales et de technique des assurances (caractère complémentaire de certaines couvertures de risque, couvertures maximales, sur-assurance, anti-sélection, limitations fiscales, maintien de réserves bloquées, etc.). Dans ce cadre il est songé en particulier à la possibilité pour l'assureur de diminuer le montant assuré de la (des) couverture(s) en cas d'incapacité de travail (voir 2.2) ou même de mettre fin à cette (ces) couverture(s) en cas de diminution des revenus professionnels de l'assuré où s'il s'avère que l'assuré est également couvert auprès d'une autre compagnie d'assurances ou d'un autre organisme de pension pour les mêmes risques ou des risques semblables (voir aussi 2.3.1).

En cas de diminution de couvertures de risque déjà effectivement assurées (ou de réduction de leurs paramètres) sur initiative de l'assureur (voir ci-dessus), il en avertit le preneur d'assurance - en ce qui concerne les assurances de groupe, les engagements individuels de pension et les contrats transférés et non-transférés, (également) l'affilié (concerné). A cette occasion, il est également remis un Certificat Personnel modifié avec mention des montants assurés (et des paramètres) adaptés des couvertures de risque. Si, dans le cadre des couvertures en cas d'incapacité de travail (voir 2.2), l'assuré a omis d'informer conformément au point 2.3.1 l'assureur d'une diminution de ses revenus professionnels ou du fait qu'il est également couvert auprès d'une autre compagnie d'assurances ou d'un autre organisme de pension pour les mêmes risques ou des risques semblables, l'assureur peut réduire ou même refuser son intervention en cas de sinistre.

2.3.4 Modification du degré de risque

Si un document quelconque laisse apparaître que, lors de l'acceptation d'une couverture de risque par l'assureur ou pour le calcul du tarif d'une couverture de risque, il a été tenu compte de caractéristiques particulières de l'assuré (tabagisme, activité professionnelle, statut social, sports pratiqués, domicile, etc.), toute modification de ces éléments doit être signalée par écrit dans les 30 jours à l'assureur. Cette obligation ne vaut pas en cas de diminution du risque concerné.

Si l'aggravation ou la diminution du risque concerné était de telle nature que l'assureur aurait accordé cette couverture sous d'autres conditions, il propose, dans le mois à compter de l'avis précité, d'adapter les conditions de la couverture avec effet à la date de l'aggravation du risque ou à la date à laquelle l'assureur a eu connaissance de la diminution du risque.

Si, en cas d'aggravation du risque, la proposition de l'assureur est refusée ou n'est pas acceptée dans un délai d'un mois à compter de la réception de cette proposition, l'assureur peut résilier la couverture par lettre recommandée dans les 15 jours. Si, cependant, l'assureur peut fournir la preuve qu'il n'aurait pas accordé la couverture dans les circonstances modifiées, il peut résilier la couverture par lettre recommandée dans un délai d'un mois à compter de la date à laquelle il a eu connaissance de l'aggravation du risque.

Si le fait de ne pas avoir communiqué l'aggravation du risque peut être reproché et si un sinistre survient avant que l'aggravation du risque ait été communiquée à l'assureur, le versement est réglé sur la base des prestations qui auraient été assurées avec la prime réellement payée, en tenant compte des caractéristiques modifiées du risque. Si, cependant, l'assureur peut fournir la preuve qu'il n'aurait pas accordé la couverture dans les circonstances modifiées, il peut limiter la prestation au remboursement de toutes les primes payées pour le risque concerné. Si le fait de ne

pas communiquer l'aggravation du risque relève d'une intention frauduleuse, l'assureur peut refuser toute prestation et toutes les primes échues au moment où il prend connaissance de l'omission frauduleuse lui reviennent à titre de dédommagement.

Les dispositions du présent point ne s'appliquent pas au changement de l'état de santé de l'assuré et ne valent, en ce qui concerne les couvertures en cas d'incapacité de travail, que sous respect des restrictions légales impératives spécifiques concernant les 'assurances maladie'.

2.3.5 Poursuite des couvertures de risque

Si une couverture de risque prend fin dans des circonstances visées aux points 3.13, 4.12, 5.3, 5.4, 6.5, 7.5 et 8.5, l'assuré a le droit de poursuivre l'assurance à titre individuel jusqu'au terme initialement prévu. Il a aussi la possibilité de faire poursuivre l'assurance par une autre partie (société, nouvel employeur, ...).

Cette poursuite doit cependant s'inscrire dans la gamme de produits de l'assureur et doit être fixée dans un nouveau contrat d'assurance qui entre en vigueur dans les 105 jours après la cessation de la couverture de risque concernée.

S'il est ainsi conclu une nouvelle assurance qui poursuit l'assurance initiale, l'assureur n'applique pas de conditions d'acceptation médicale supplémentaires pour l'acceptation de ce risque et pas de délais d'attente.

En ce qui concerne la poursuite de la (des) couverture(s) en cas d'incapacité de travail dans le cadre d'une assurance de groupe ou d'un engagement individuel de pension (voir 3 et 4), il est renvoyé au cadre légal spécifique repris aux articles 138*bis*-8 et suivants de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre.

2.3.6 Secret médical

L'assuré (les assurés) et les tiers intéressés libèrent tous médecins du secret médical vis-à-vis (du médecin-conseil) de l'assureur afin de remplir toutes les obligations prévues par les Conditions Générales, aussi après un décès. L'assuré (les assurés) donne(nt) expressément autorisation à tous médecins de transmettre au médecin-conseil de l'assureur une déclaration dûment complétée - selon le modèle établi par l'assureur - relative à la cause du décès.

3. FONCTIONNEMENT DE L'ASSURANCE DE GROUPE

3.1 Affiliation

Les Conditions Particulières indiquent qui (catégorie) est affilié à l'assurance de groupe et à partir de quand (date d'affiliation). Seules des personnes physiques peuvent être affiliées.

L'affiliation est obligatoire. Cependant, les personnes qui relèvent déjà de la catégorie lors de l'instauration de l'assurance de groupe peuvent, sauf disposition impérative contraire, refuser leur affiliation ou, si c'est prévu dans les Conditions Particulières, reporter leur affiliation à une date ultérieure sur demande écrite. Sauf si l'affiliation à l'assurance de groupe est refusée ou reportée, elle intervient à la date d'affiliation, mais au plus tôt à la date d'effet de l'assurance de groupe. En cas de report de l'affiliation, l'intéressé doit introduire son éventuelle demande d'affiliation ultérieure auprès de l'assureur par l'intermédiaire du preneur d'assurance. Dans ce cas, l'affiliation intervient - sans aucun paiement de primes rétroactif - le 1^{er} janvier qui suit la date à laquelle le preneur d'assurance a reçu la demande écrite d'affiliation.

3.2 Contrat de l'entreprise

L'assurance de groupe se compose pour chaque affilié d'un contrat de l'entreprise, alimenté par des primes à charge du preneur d'assurance, appelées primes de l'entreprise.

3.3 Assurés

Les assurés des couvertures sont :

- pour la couverture 'capital en cas de décès successif': l'affilié et l'autre assuré mentionné sur le Certificat Personnel;
- pour la couverture 'capital-décès additionnel' (aussi appelé 'capital partenaire') : le partenaire de l'affilié mentionné dans les Conditions Particulières;
- pour toutes les autres couvertures : l'affilié.

3.4 Bénéficiaires

Les bénéficiaires des différentes couvertures sont mentionnés dans les Conditions Particulières.

En ce qui concerne les couvertures 'capital-décès', 'capital en cas de décès successif' et 'capital-décès par accident', l'affilié peut cependant faire modifier l'ordre de priorité des bénéficiaires indiqué dans les Conditions Particulières sur demande écrite, adressée à l'assureur. Si, en ce qui concerne les couvertures 'capital-décès' et 'capital-décès par accident', la demande de modification de l'ordre de priorité entraîne la réduction ou la suppression des droits du conjoint de l'affilié, l'accord écrit de ce dernier est également requis. Lorsqu'un affilié se marie et qu'il avait précédemment désigné un autre bénéficiaire que son conjoint et fait changer l'ordre de priorité dans le cadre de la (des) couverture(s) 'capital-décès' et/ou 'capital-décès par accident', son conjoint - si et aussi longtemps que ce dernier est considéré comme partenaire de l'affilié selon les Conditions Particulières - prend place dans l'ordre de priorité avant le bénéficiaire désigné précédemment par l'affilié, sauf demande écrite contraire de l'affilié, avec l'accord écrit de son conjoint. En ce qui concerne la couverture 'capital en cas de décès successif', ni le conjoint ni le partenaire de l'affilié défini dans les Conditions Particulières ne peut être désigné comme bénéficiaire.

Tout bénéficiaire peut accepter le bénéfice de la couverture 'capital-pension' et/ou de toute couverture en cas de décès dès avant leur exigibilité, moyennant un avenant au Certificat Personnel signé par lui, le preneur d'assurance, l'affilié et l'assureur. L'acceptation du bénéfice a, sauf dans les cas où la législation autorise la révocation, entre autres pour effet que la révocation et la modification de la désignation bénéficiaire, le rachat, l'obtention d'une avance, la mise en gage et la cession des droits requièrent l'accord écrit du bénéficiaire acceptant.

3.5 Paiement des primes

Sauf s'il en est convenu autrement, les primes périodiques sont dues pour chaque affilié à partir de la date d'affiliation (normalement prévue ou reportée) (voir 3.1) et au plus tard jusqu'au terme (éventuellement prorogé) (voir 3.6) ou jusqu'au décès antérieur de l'affilié. D'éventuelles primes uniques sont dues à la (aux) date(s) convenue(s). Le paiement des primes se fait directement sur le compte bancaire indiqué par l'assureur avec mention des références communiquées ou par domiciliation, selon ce qui a été convenu.

Si la date d'affiliation (normalement prévue ou reportée) ou la date de reprise du paiement des primes après suspension (voir 3.13.1) se situe entre deux échéances de primes périodiques, seul un prorata de prime est dû jusqu'à l'échéance suivante, si ce n'est que la date à laquelle ce prorata de prime est effectivement dû est le premier jour du mois coïncidant avec ou suivant la date d'affiliation effective ou la date de reprise du paiement des primes après suspension. Dans tous les cas où il est mis fin au paiement des primes (comme en cas de départ - voir 3.13.2) avant la date à laquelle le prorata de prime précité est dû, ce prorata de prime reste dû le premier jour du mois suivant la date de cessation de paiement des primes. En cas d'augmentation intermédiaire des primes, cette augmentation est également calculée au prorata jusqu'à l'échéance de primes suivante.

3.6 Prorogation du terme

Si, au terme, un affilié relève toujours de la catégorie mentionnée dans les Conditions Particulières, il peut être prévu une prorogation du terme. C'est le cas lorsque les mots 'avec prorogation' sont repris après le terme dans les Conditions Particulières. Dans ce cas, les couvertures en cas d'incapacité de travail prennent automatiquement fin au terme initialement prévu. Le budget de primes prévu dans les Conditions Particulières continue cependant d'être payé et les éventuelles couvertures en cas de décès sont maintenues jusqu'à ce que l'affilié ne relève plus de la catégorie (voir aussi 2.1.2.1). A la date à laquelle l'affilié ne relève plus de la catégorie, les réserves de pension lui reviennent à titre de capital-pension (voir aussi 1.5.2.4).

3.7 Possibilités de choix pour les affiliés

3.7.1 Concernant les couvertures de risque

Les Conditions Particulières peuvent offrir aux affiliés la possibilité de choisir eux-mêmes le montant assuré nominal d'une couverture ou de choisir un autre montant (nominal) que le montant standard ou un montant (nominal) plus élevé que le montant minimal (le montant minimal tient lieu de standard). Le montant choisi par l'affilié peut également, à sa demande, être indexé de manière forfaitaire ou non-forfaitaire ou être lié à l'évolution de sa rémunération. Les Conditions Particulières peuvent également offrir aux affiliés des possibilités de choix concernant les paramètres des couvertures (période de couverture, délai de carence, etc.). Enfin, les Conditions Particulières peuvent prévoir des options (groupées). Le choix s'opère toujours dans les limites du budget de primes défini dans les Conditions Particulières ou de son éventuelle quotité maximale qui peut être affectée aux couvertures concernées. Le choix se fait lors de l'affiliation ou ultérieurement et peut être revu par la suite.

Lorsque l'affilié peut choisir librement le montant d'une couverture ou lorsqu'un montant minimal ou standard s'applique à une couverture, l'affilié est, à défaut ou dans l'attente d'un (autre) choix, respectivement supposé ne pas vouloir prendre cette couverture, ne pas vouloir être assuré pour un montant supérieur au minimum ou ne pas vouloir être assuré pour un autre montant que le montant standard. La même chose vaut en ce qui concerne les paramètres des couvertures (période de couverture, délai de carence, etc.). Lorsque l'affilié peut effectuer un choix parmi des options concernant une couverture ou un ensemble de couvertures, il est, à défaut ou dans l'attente d'un (autre) choix, supposé vouloir être assuré pour l'option standard. L'affilié peut toujours demander de relever le niveau des couvertures aux standards et/ou aux options standard en cas de changement de fait de sa composition familiale qui entraîne une augmentation de ses charges familiales (présence d'un partenaire, enfant supplémentaire à charge, ...). Si cette demande est introduite auprès de l'assureur dans les 3 mois qui suivent l'événement concerné avec mention de la nature et de la date du changement de fait susvisé de la composition familiale, les critères d'acceptation de la (des) couverture(s) concernée(s) sont les mêmes que ceux appliqués aux standards et/ou aux options standard à l'occasion de l'affiliation à l'assurance de groupe.

Les possibilités de choix et les options (groupées) (y compris les standards et les options standard) dont bénéficie l'affilié, sont soumises aux critères d'acceptation généraux que l'assureur applique pour des raisons juridiques et fiscales et de technique des assurances (possibilité de financement structurel des couvertures eu égard au budget de primes et au montant des réserves constituées, résultat favorable de formalités médicales et/ou d'examen médicaux, caractère complémentaire de certaines couvertures de risque, couvertures maximales, sur-assurance, anti-sélection, possibilités de gestion, limitations fiscales, maintien de réserves bloquées, etc.) et aux (autres) restrictions éventuelles qui découlent du Règlement de Pension. Les couvertures (y compris les standards, les options standard et les montants minimaux) ne sont assurées que si elles sont mentionnées sur le Certificat Personnel ou si l'assureur en a donné confirmation écrite sous une autre forme.

Les possibilités de choix et les options (groupées) dont bénéficie l'affilié ne relèvent en rien d'un quelconque 'engagement' de la part du preneur d'assurance, qui n'assume donc, sauf disposition impérative contraire, aucune responsabilité ou obligation supplémentaire à cet égard, même si l'assureur refusait totalement ou partiellement d'accepter les couvertures de risque ou n'acceptait celles-ci que moyennant l'imputation d'une surprime (d'éventuelles surprimes sont, sous la réserve susvisée, imputées sur le budget de primes précité).

3.7.2 Concernant les modes de placement

Les Conditions Particulières peuvent offrir aux affiliés la possibilité de choisir eux-mêmes le(s) mode(s) de placement des primes de l'entreprise qui sont affectées aux réserves de pension.

Ce choix pour un (des) mode(s) de placement qui déroge(nt) au(x) standard(s) ou à l'option (aux options) standard peut se faire lors de l'affiliation ou ultérieurement, en ce qui concerne les attributions futures (changement de règles de placement - voir 1.4.4.2). Un choix initial peut également être revu par la suite, concernant les attributions futures.

Si la possibilité de choix précitée est prévue, l'affilié peut également faire transférer le(s) mode(s) de placement des réserves de pension déjà constituées vers un autre (d'autres) mode(s) de pla-

nement autorisé(s) (changement de mode de placement - voir 1.4.4.2). Si, cependant, les Conditions Particulières prévoient une quotité minimale ou maximale concernant l'affectation des primes d'un contrat à un mode de placement, l'accord du preneur d'assurance est requis pour tout changement de mode de placement entraînant un flux sortant d'un mode de placement auquel s'applique une quotité minimale et/ou un flux entrant vers un mode de placement auquel s'applique une quotité maximale, tant que l'affilié est au service du preneur d'assurance.

Les choix de modes de placement alternatifs et leurs modifications ultérieures ne sont effectifs que lorsqu'ils ont été confirmés par l'assureur via le Certificat Personnel.

3.8 Mutations

Lorsque les Conditions Particulières lient un montant à la rémunération, à un plafond de salaire légal en matière de sécurité sociale, à l'âge, à l'ancienneté et/ou à la situation familiale, le montant est calculé sur la base des paramètres concernés tels qu'ils se présentent à la date d'affiliation (normalement prévue ou reportée) (voir 3.1) et ensuite à chaque date d'évaluation. Une éventuelle modification du montant qui en découle prend effet, sous réserve des critères d'acceptation de l'assureur, à la première date d'adaptation qui s'ensuit. Lorsqu'un paramètre ou un élément de celui-ci ne peut être déterminé à la date d'évaluation, il est tenu compte de la donnée la plus récente connue en la matière qui précède la date d'évaluation.

Lorsqu'un montant assuré nominal d'une couverture choisi par un affilié, ne figurant que sur le seul Certificat Personnel - et n'étant donc pas mentionné dans les éventuelles Conditions Particulières ou n'en découlant pas directement - est lié à l'évolution de sa rémunération, la modification du montant intervient, sous réserve des critères d'acceptation de l'assureur, à chaque date d'adaptation et ce, pour la première fois, à la date d'adaptation à laquelle les deux rémunérations dont il est question dans la formule ci-dessous sont disponibles. Le montant adapté s'obtient par application de la formule suivante :

montant assuré nominal adapté à la date d'adaptation ¹

est égal au

montant assuré à la veille de la date d'adaptation ¹

multiplié par

la rémunération² à la dernière date d'évaluation¹ précédant la date d'adaptation¹

divisé par

la rémunération² à l'avant-dernière date d'évaluation¹ précédant la date d'adaptation¹

¹ cette date est mentionnée dans les Conditions Particulières

² cette notion est définie dans les Conditions Particulières

3.9 Flux d'informations

3.9.1 Lors de l'affiliation

Le preneur d'assurance communique à l'assureur, au plus tard à la date d'affiliation (normalement prévue ou reportée) (voir 3.1), toutes les données nécessaires concernant les affiliés (et leurs choix éventuels en matière de couvertures de risque et/ou de modes de placement).

Le preneur d'assurance remet une copie du Règlement de Pension (y compris les Règlements de Gestion) à chaque affilié qui en fait la demande. L'assureur émet pour chaque affilié un Certificat Personnel qui leur est remis directement ou par l'intermédiaire du preneur d'assurance (le dernier Certificat délivré remplace toujours le précédent). L'affilié est supposé marquer intégralement son accord sur le contenu de son Certificat Personnel et de ses versions ultérieures, sauf s'il a communiqué par écrit ses remarques à l'assureur - en principe par l'intermédiaire du preneur d'assurance - dans les 30 jours après que l'assureur l'ait délivré.

3.9.2 En cours d'affiliation active

Chaque affilié communique immédiatement et spontanément au preneur d'assurance toute modification de sa situation personnelle (comme sa situation familiale) qui est pertinente pour la gestion, l'adaptation et l'exécution de l'assurance de groupe. Le preneur d'assurance transmet immédiatement ces informations à l'assureur.

Le preneur d'assurance fournit, pour sa part, immédiatement et spontanément à l'assureur tous les renseignements nécessaires pour la gestion, l'adaptation et l'exécution de l'assurance de groupe, comme la modification de la rémunération, les choix ou les modifications de choix des affiliés en matière de couvertures de risque et de modes de placement, etc.

En particulier, le preneur d'assurance communique à l'assureur, en vue du contrôle des limitations fiscales et en vue de l'appréciation par l'assureur si le montant assuré de l'éventuelle (des éventuelles) couverture(s) en cas d'incapacité de travail peut être maintenu (voir 2.3.1 et 2.3.3), toute modification de l'état civil et de la rémunération ou du mode de rémunération (comme sa périodicité) de l'affilié. A défaut de communication, l'assureur considère que la rémunération est suffisante ou a suffisamment augmenté au regard de ces limitations fiscales et que le mode de rémunération et l'état civil sont demeurés inchangés.

Au moins une fois par an, l'assureur émet une 'fiche de pension' avec des données actualisées pour chaque affilié, sauf pour les bénéficiaires de rente. Elles leur sont remises directement par l'assureur ou par l'intermédiaire du preneur d'assurance.

Lorsqu'un affilié veut exercer un droit que le Règlement de Pension lui accorde, toute demande en ce sens est en principe introduite auprès de l'assureur par l'intermédiaire du preneur d'assurance.

3.9.3 En cas de départ, de décès, ...

Dès qu'il en a connaissance, le preneur d'assurance informe l'assureur du départ d'un affilié, de la fin d'appartenance à la catégorie définie dans les Conditions particulières ou du décès d'un affilié. Dans ce cadre, l'attention est en particulier aussi portée sur l'obligation qu'a le preneur d'assurance (ou en cas de faillite ou de liquidation, le curateur ou le liquidateur du preneur d'assurance) en vertu de l'article 138*bis*-8 de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre, d'informer l'affilié au plus tard dans les 30 jours suivant la perte de la (des) couverture(s), avec indication du moment précis de la perte de la (des) couverture(s), du délai de 30 jours dont dispose l'affilié pour exercer son droit de poursuite individuelle (avec la possibilité d'encore rallonger ce délai de 30 jours supplémentaires moyennant avis à l'assureur) et des coordonnées de l'assureur.

3.9.4 Information tardive, incomplète ou incorrecte

L'affilié et le preneur d'assurance assument l'entière responsabilité de toutes les conséquences de la communication tardive, incomplète ou incorrecte des données nécessaires à l'assureur.

3.10 Financement de biens immobiliers

L'affilié peut faire affecter le contrat de l'entreprise en garantie du financement de biens immobiliers, dans le respect de la législation fiscale belge en la matière. Cette législation dispose plus précisément qu'une avance et/ou une mise en gage (y compris une cession de droits à un tiers) ne peu(ven)t être consentie(s) que pour permettre à l'affilié d'acquérir, de construire, d'améliorer, de restaurer ou de transformer des biens immobiliers situés dans l'Espace économique européen qui génèrent des revenus imposables. En outre, les avances et les emprunts doivent être remboursés dès que les biens précités quittent le patrimoine de l'affilié.

Tant que l'affilié est au service du preneur d'assurance, l'accord écrit de ce dernier est requis pour les opérations précitées. L'affilié peut obtenir les conditions, les limitations et les modalités y relatives auprès de l'assureur par l'intermédiaire du preneur d'assurance. L'attention est attirée sur le fait que l'affectation de l'assurance de groupe au financement de biens immobiliers peut impliquer que les réserves acquises (en cas de départ) ne peuvent être transférées et/ou rachetées par l'affilié et que les éventuelles possibilités de choix de l'affilié en matière de couvertures de risque et de modes de placement s'en trouvent limitées, voire même que l'assureur modifie des couvertures de risque et des modes de placement.

3.11 Liquidation en rente viagère

Le capital-pension (éventuellement prorogé), le versement de la valeur de rachat qui revient à l'affilié, ainsi que les capitaux des différentes couvertures en cas de décès peuvent, après imputation des éventuel(le)s retenues légales, chargements, indemnités et autres sommes qui seraient encore du(e)s à l'assureur ou à des tiers (comme un créancier gagiste), être convertis en une rente viagère sur demande écrite du (des) bénéficiaire(s), mais uniquement si le montant annuel de la rente initiale pour le bénéficiaire concerné excède le seuil fixé par la loi. A défaut de seuil légal, le seuil tel que fixé dans la législation relative aux pensions complémentaires pour les affiliés au statut de travailleur salarié s'applique. L'assureur se charge des éventuelles obligations légales de notification de ce droit à l'intéressé (aux intéressés).

Sans préjudice de l'application de dispositions impératives en la matière, le montant de la rente est fixé sur la base des tarifs (garantis ou non) que l'assureur applique en la matière à la date à laquelle la rente prend cours, en tenant compte d'une indexation annuelle de 2% par progression géométrique et, en ce qui concerne le capital-pension ou le versement de la valeur de rachat qui revient à l'affilié, d'une réversibilité de cette rente. La réversibilité indique que lors du décès de l'affilié après la date à laquelle la rente a pris cours, son paiement se poursuit à titre viager à concurrence de 80% en faveur du partenaire de l'affilié défini dans les Conditions Particulières (qui était déjà son partenaire à la date à laquelle la rente initiale a pris cours).

L'assureur verse les rentes viagères, après imputation des éventuelles retenues légales et ce, après réception de tous les documents sollicités par lui et d'une quittance de liquidation dûment complétée et signée par le bénéficiaire (et par l'éventuel bénéficiaire de la réversibilité).

En cas de demande de conversion d'un capital en rente viagère comme indiqué ci-dessus, l'assureur a toutefois le droit de transférer ce capital à un autre organisme de pension qui prend à sa charge toutes les obligations de rente et ce, dans le respect des éventuelles dispositions impératives en la matière. Le preneur d'assurance marque son accord sur cette possibilité de transfert. En cas d'un tel transfert, l'assureur est délié de toute obligation afférente à la rente et à son versement.

3.12 Fonds de financement

Dans le cadre de l'assurance de groupe, il est créé un fonds de financement qui est géré par l'assureur. Il comprend des réserves qui ne se rapportent ni aux contrats de l'entreprise, ni aux éventuels autres contrats des affiliés. Si l'assurance de groupe compte plusieurs preneurs d'assurance, un fonds de financement séparé est géré par preneur d'assurance.

Le preneur d'assurance peut effectuer dans ce fonds des versements à titre définitif. Ces versements se font selon un plan de financement. Ce plan de financement et ses modifications ultérieures éventuelles font partie intégrante du Règlement de Pension. Outre les versements précités du preneur d'assurance, le fonds de financement recueille les montants qui y sont éventuellement affectés en vertu du Règlement de Pension.

Les avoirs du fonds de financement sont investis dans le(s) mode(s) de placement convenu(s) entre le preneur d'assurance et l'assureur. A défaut de convention, Les avoirs du fonds de financement sont investis dans un mode de placement branche 21.

Les avoirs du fonds de financement ne peuvent pas réintégrer le patrimoine du preneur d'assurance, mais le preneur d'assurance peut bien les affecter au financement des primes de l'entreprise et pour tout autre but éventuel qui est mentionné dans le Règlement de Pension. Si, cependant, les primes de l'entreprise ne sont pas payées à temps et si le preneur d'assurance n'a pas adressé d'avis écrit de cessation de (paiement des primes pour) l'assurance de groupe à l'assureur, ce dernier peut puiser ces primes dans le fonds de financement. Le preneur d'assurance en est informé. Si le preneur d'assurance adresse un avis écrit de cessation de (paiement des primes pour) l'assurance de groupe à l'assureur, ce dernier peut encore apurer les primes déjà échues à ce moment par le biais du fonds de financement. A condition que les réserves acquises des affiliés et les exigences prudentielles se rapportant à l'assurance de groupe continuent d'être respectées à tout moment, le preneur d'assurance peut aussi affecter les avoirs

sur compte qui ne sont plus nécessaires à l'assurance de groupe au financement d'éventuels autres engagements de pension du preneur d'assurance.

En ce qui concerne les situations spécifiquement régies par la législation (comme en cas d'abrogation définitive du régime de pension ou de disparition du preneur d'assurance sans reprise des obligations par un tiers, en cas de licenciement collectif, etc.), il est renvoyé aux dispositions légales concernées en matière de liquidation totale ou partielle du fonds de financement.

3.13 Départ / cessation / rachat

3.13.1 Fin d'appartenance à la catégorie

Il est immédiatement mis fin au paiement des primes de l'entreprise lorsqu'un affilié, bien qu'il reste actif auprès du preneur d'assurance comme dirigeant d'entreprise indépendant, ne relève plus de la catégorie mentionnée dans les Conditions Particulières.

Dès la première échéance impayée, il est automatiquement mis fin à la couverture 'capital-décès par accident' et aux couvertures en cas d'incapacité de travail (voir cependant 2.3.5 et 3.13.4). A défaut d'autre choix autorisé de l'affilié et confirmé par écrit par l'assureur et sans préjudice d'éventuelles restrictions qui découlent de la présence de réserves bloquées (voir 1.4.5.1), les primes de risque nécessaires au maintien des couvertures en cas de décès autres que la couverture 'capital-décès par accident' dans leur dernière situation assurée (montant nominal (minimal) éventuellement indexé et période de couverture, le cas échéant encore adaptées ultérieurement en fonction de la situation familiale, mais sans adaptations ultérieures en fonction de la rémunération, etc.), continuent d'être soustraites des réserves de risque et de pension (libres) concernées du (des) contrat(s) (conjoint(s)) jusqu'à épuisement respectif de celles-ci. Après épuisement des réserves (libres) concernées, il est mis fin aux couvertures de risque concernées (voir cependant 2.3.5).

Dès la date à laquelle l'affilié relève de nouveau de la catégorie mentionnée dans les Conditions Particulières, le paiement des primes est repris et les modalités concernant les possibilités de choix dont dispose l'affilié, ainsi que les critères d'acceptation de l'assureur relatifs aux couvertures de risque qui ont pris fin sont les mêmes que pour une nouvelle affiliation.

3.13.2 Départ

Il est immédiatement mis fin au paiement des primes de l'entreprise en cas de départ d'un affilié (quelle qu'en soit la raison) avant le terme normalement prévu. Par départ, il faut entendre la cessation de l'activité de l'affilié comme dirigeant d'entreprise indépendant du preneur d'assurance. Les réserves sont acquises à l'affilié. Les Conditions Particulières peuvent cependant disposer que les réserves du contrat de l'entreprise ne sont pas acquises si le départ intervient dans l'année qui suit la date d'affiliation (normalement prévue ou reportée). Ces réserves sont versées dans le fonds de financement.

Dès la date de cessation de paiement des primes, les contrats dont les réserves sont acquises par l'affilié continuent d'être gérés sous forme de contrats non-transférés (voir 5).

3.13.3 Modification et cessation de l'assurance de groupe

3.13.3.1 Droit conditionnel de modification et de cessation

L'assurance de groupe est conclue par le preneur d'assurance pour une durée indéterminée. Le preneur d'assurance peut cependant modifier l'assurance de groupe ou y mettre fin dans le respect des dispositions légales (dans la mesure où elles s'appliquent aux couvertures concernées et vis-à-vis des affiliés) et des autres conventions et engagements éventuels y afférents. Il ne peut cependant en aucun cas être porté atteinte au caractère acquis des réserves constituées par les primes déjà payées jusqu'au moment de la modification ou de la cessation de l'assurance de groupe et des primes déjà échues à ce moment.

Bien que le paiement des primes ne soit pas obligatoire dans les rapports entre le preneur d'assurance et l'assureur et sans préjudice de l'application des dispositions précédentes, la diminution ou la cessation unilatérale de l'assurance de groupe par le preneur d'assurance vis-à-vis des affiliés concernés à ce moment n'est en outre possible que si au moins l'une des circonstances

ces suivantes se produisent :

- en cas d'instauration de nouvelles dispositions légales, directives des autorités de contrôle ou autres mesures, en cas de développements jurisprudentiels et/ou en présence de toute situation de fait qui engendrent directement ou indirectement une augmentation du coût de l'assurance de groupe pour le preneur d'assurance;
- lorsque la législation en matière de sécurité sociale, dont l'assurance de groupe constitue un complément, subirait de profondes modifications;
- lorsque, suite à une réorganisation, une restructuration, une fusion, une reprise, une scission ou toute autre modification importante de la structure du preneur d'assurance, le maintien de l'assurance de groupe (sous sa forme inchangée) deviendrait fort difficile, voire impossible;
- lorsque, suite à des évolutions économiques internes ou externes à l'entreprise, le maintien de l'assurance de groupe (sous sa forme inchangée) ne serait, selon l'avis motivé du preneur d'assurance, plus compatible avec une gestion saine de son entreprise.

Toute modification apportée au Règlement de Pension requiert en principe l'accord de l'assureur. Le preneur d'assurance remet le texte des modifications apportées aux Conditions Particulières à chaque affilié concerné.

3.13.3.2 Cessation de (paiement des primes pour) l'assurance de groupe

Lorsque le preneur d'assurance met fin à (au paiement des primes pour) l'assurance de groupe par un avis écrit remis à l'assureur, le preneur d'assurance en informe immédiatement tous les affiliés concernés. L'assureur peut également en informer directement les affiliés. Si des arriérés de paiement sont constatés sans que le preneur d'assurance n'ait adressé d'avis écrit de cessation de (paiement des primes pour) l'assurance de groupe à l'assureur, ce dernier envoie une mise en demeure recommandée au preneur d'assurance. Au plus tard 3 mois après la première échéance de primes impayée, l'assureur en informe tous les affiliés.

A défaut d'autre choix autorisé de l'affilié et confirmé par écrit par l'assureur et sans préjudice d'éventuelles restrictions qui découlent de la présence de réserves bloquées (voir 1.4.5.1), les primes de risque nécessaires au maintien des couvertures en cas de décès autres que la couverture 'capital-décès par accident' dans leur dernière situation assurée (montant nominal (minimal) éventuellement indexé et période de couverture, le cas échéant encore adaptées ultérieurement en fonction de la situation familiale, mais sans adaptations ultérieures en fonction de la rémunération, etc.), continuent, dès la première échéance impayée, d'être soustraites des réserves de risque et de pension (libres) concernées du (des) contrat(s) (conjoints) jusqu'à épuisement respectif de celles-ci. Après épuisement des réserves (libres) concernées, il est mis fin aux couvertures de risque concernées, mais au plus tôt 30 jours après l'envoi de la mise en demeure recommandée susvisée ou à la date de réception de l'avis du preneur d'assurance à l'assureur de cessation de (paiement des primes pour) l'assurance de groupe (voir cependant 2.3.5). Il est mis fin à la couverture 'capital-décès par accident' et aux couvertures en cas d'incapacité de travail 30 jours après l'envoi de la mise en demeure recommandée susvisée ou à la date de réception de l'avis du preneur d'assurance à l'assureur de cessation de (paiement des primes pour) l'assurance de groupe (voir cependant 2.3.5).

Les dispositions qui précèdent ne s'appliquent pas lorsque la cessation de (paiement des primes pour) l'assurance de groupe est la conséquence d'un changement de preneur d'assurance qui reprend les obligations de cette assurance de groupe (comme dans le cadre d'une fusion, d'une scission, d'une absorption, d'un transfert ou d'un apport de branche d'activité, etc.).

3.13.4 Exonération de primes

Dans la mesure où l'affilié bénéficie d'une attribution dans le cadre de la couverture 'exonération de primes en cas d'incapacité de travail', cette attribution est, à défaut d'autre choix autorisé, affectée par priorité au maintien du financement des couvertures de risque et à la poursuite de l'alimentation des réserves de risque en vue du maintien des couvertures de risque concernées dans leur dernière situation assurée (montant nominal (minimal) éventuellement indexé, périodes de couverture et de paiement, délai de carence, etc., le cas échéant encore adaptées ultérieurement en fonction de la situation familiale, mais sans adaptations ultérieures en fonction de la rémunération, etc.). Les dispositions précédentes concernant la fin d'appartenance à la catégorie, le départ et la modification/cessation de l'assurance de groupe doivent donc être lues dans cette pers-

pective, ainsi que dans la perspective de l'exonération de primes 'endogène' pour les couvertures 'rentes d'incapacité de travail' (voir 2.2.1.4.5).

3.13.5 Rachat des réserves

3.13.5.1 Versement de la valeur de rachat à l'affilié

Dans le respect des dispositions légales y afférentes et sans préjudice des éventuelles restrictions qui découlent de la présence de réserves bloquées (voir 1.4.5.1), l'affilié peut opérer le rachat total ou partiel des réserves acquises du contrat de l'entreprise sous forme de versement de la valeur de rachat à partir de la date du départ.

3.13.5.2 Versement de la valeur de rachat à un tiers

Lorsque le droit de rachat est cédé à un tiers dans le cadre de l'affectation de l'assurance de groupe au financement de biens immobiliers (voir 3.10), les modalités en sont fixées dans l'acte d'avance ou dans l'avenant de mise en gage.

3.13.5.3 Rachat par le preneur d'assurance

Dans le respect des dispositions légales y afférentes et sans préjudice des éventuelles restrictions qui découlent de la présence de réserves bloquées (voir 1.4.5.1), le preneur d'assurance peut racheter les réserves des contrats de l'entreprise au profit des affiliés dans le but de transférer ces réserves vers un autre organisme de pension agréé. L'indemnité de rachat est calculée selon les dispositions du point 1.5.2.2 et ne peut être directement ou indirectement mise à charge des (réserves acquises des) affiliés. En cas de transfert des réserves du fonds de financement, il y est appliqué une indemnité de rachat égale à 5% des réserves brutes.

3.14 Réserves transférées

Il se peut qu'un affilié souhaite transférer vers l'assureur des réserves acquises provenant d'un plan de prévoyance dont il bénéficiait en raison d'une activité professionnelle antérieure auprès d'une autre entreprise. Ces réserves transférées sont gérées sous forme de contrats transférés (voir 5), le cas échéant conjoints avec le contrat de l'entreprise (voir 1.2).

3.15 Législation applicable et dispositions fiscales

L'assurance de groupe est régie par la législation belge relative aux assurances-vie et aux assurances complémentaires en général et aux assurances de groupe en particulier. Si le preneur d'assurance est établi en dehors de la Belgique, les parties optent expressément, si la loi l'autorise ainsi, pour l'application du droit belge.

L'assureur considère toujours que le preneur d'assurance a, lors de l'instauration, de l'application, de l'exécution, de la modification ou de la cessation de l'assurance de groupe, respecté toutes les conditions, formalités et procédures légales y afférentes dans ses rapports avec les affiliés et les tiers. De manière plus générale, l'assureur peut se faire indemniser par le preneur d'assurance de toute forme de dommage et de tous les frais qu'il encourt pour cause de non-respect de la législation applicable par le preneur d'assurance.

Pour l'application des limitations fiscales en matière d'octroi d'avantages fiscaux sur les primes de l'entreprise en fonction du montant du capital-pension, il est tenu compte de toutes les années de service prestées (et y assimilées) par les affiliés auprès du preneur d'assurance et de son (ses) prédécesseur(s) en droit éventuel(s), le cas échéant, sauf indication contraire, majorées du nombre maximal admis sur le plan fiscal d'années non prestées (et y assimilées) dans l'entreprise.

3.16 Bonne foi et équité

Le preneur d'assurance règle - dans le respect de la législation éventuellement applicable - les questions qui se posent dans ses rapports avec les affiliés et qui ne sont pas explicitement traitées par le Règlement de Pension ou qui seraient sujettes à interprétation. Si l'assureur est une partie intéressée dans ce cadre, cela se passe toujours en concertation avec lui. Le règlement de questions de ce type doit toujours intervenir dans les limites et dans le respect de la bonne foi, de l'équité, du raisonnable et de l'esprit du Règlement de Pension.

4. FONCTIONNEMENT DE L'ENGAGEMENT INDIVIDUEL DE PENSION

4.1 Entrée en vigueur et affiliation

Les Conditions Particulières indiquent qui est affilié à l'engagement individuel de pension et en quelle qualité.

L'engagement individuel de pension (et l'affiliation y afférente) entre en vigueur à la date d'effet indiquée dans les Conditions Particulières. La date de paiement d'une prime est la date valeur de cette prime sur le compte bancaire de l'assureur.

4.2 Contrat de l'entreprise

L'engagement individuel de pension se compose du contrat de l'entreprise, alimenté par des primes à charge du preneur d'assurance, appelées primes de l'entreprise.

4.3 Assurés

Les assurés des couvertures sont :

- pour la couverture 'capital en cas de décès successif': l'affilié et l'autre assuré mentionné sur le Certificat Personnel;
- pour la couverture 'capital-décès additionnel' (aussi appelé 'capital partenaire') : le partenaire de l'affilié mentionné dans les Conditions Particulières;
- pour toutes les autres couvertures : l'affilié.

4.4 Bénéficiaires

Les bénéficiaires des différentes couvertures sont mentionnés dans les Conditions Particulières.

Le preneur d'assurance cède à l'affilié, selon les modalités décrites ci-dessous, le droit de faire modifier, sur demande écrite adressée à l'assureur, l'ordre de priorité des bénéficiaires indiqué dans les Conditions Particulières des couvertures 'capital-décès', 'capital en cas de décès successif' et 'capital-décès par accident'. Si, en ce qui concerne les couvertures 'capital-décès' et 'capital-décès par accident', la demande de modification de l'ordre de priorité entraîne la réduction ou la suppression des droits du conjoint de l'affilié, l'accord écrit de ce dernier est également requis. Lorsqu'un affilié se marie et qu'il avait précédemment désigné un autre bénéficiaire que son conjoint et fait changer l'ordre de priorité dans le cadre de la (des) couverture(s) 'capital-décès' et/ou 'capital-décès par accident', son conjoint - si et aussi longtemps que ce dernier est considéré comme partenaire de l'affilié selon les Conditions Particulières - prend place dans l'ordre de priorité avant le bénéficiaire désigné précédemment par l'affilié, sauf demande écrite contraire de l'affilié, avec l'accord écrit de son conjoint. En ce qui concerne la couverture 'capital en cas de décès successif', ni le conjoint ni le partenaire de l'affilié défini dans les Conditions Particulières ne peut être désigné comme bénéficiaire.

Tout bénéficiaire peut accepter le bénéfice des couvertures 'capital-décès', 'capital en cas de décès successif' et 'capital-décès par accident' dès avant leur exigibilité, moyennant un avenant au Certificat Personnel signé par lui, le preneur d'assurance, l'affilié et l'assureur. En ce qui concerne les autres couvertures, où l'affilié est désigné comme bénéficiaire selon les Conditions Particulières, la signature des Conditions Particulières par toutes les parties tient lieu d'acceptation de cette désignation bénéficiaire. L'acceptation du bénéfice a, sauf dans les cas où la législation autorise la révocation, entre autres pour effet que la révocation et la modification de la désignation bénéficiaire, le rachat, l'obtention d'une avance, la mise en gage et la cession des droits requièrent l'accord écrit du bénéficiaire acceptant.

4.5 Paiement des primes

Sauf s'il en est convenu autrement, les primes périodiques sont dues à partir de la date d'effet de l'engagement individuel de pension (voir 4.1) et au plus tard jusqu'au terme (éventuellement prorogé) (voir 4.6) ou jusqu'au décès antérieur de l'affilié. D'éventuelles primes uniques sont dues à la (aux) date(s) convenue(s). Le paiement des primes se fait directement sur le compte bancaire indi-

qué par l'assureur avec mention des références communiquées ou par domiciliation, selon ce qui a été convenu.

Si la date d'effet de l'engagement individuel de pension ou la date de reprise du paiement des primes après suspension (voir 4.12.1) se situe entre deux échéances de primes périodiques, seul un prorata de prime est dû jusqu'à l'échéance suivante, si ce n'est que la date à laquelle ce prorata de prime est effectivement dû est le premier jour du mois coïncidant avec ou suivant la date d'effet effective ou la date de reprise du paiement des primes après suspension. Dans tous les cas où il est mis fin au paiement des primes (comme en cas de départ - voir 4.12.2) avant la date à laquelle le prorata de prime précité est dû, ce prorata de prime reste dû le premier jour du mois suivant la date de cessation de paiement des primes. En cas d'éventuelle augmentation intermédiaire des primes, cette augmentation est aussi calculée au prorata jusqu'à l'échéance de primes suivante.

4.6 Prorogation du terme

Si, au terme, l'affilié a toujours la qualité mentionnée dans les Conditions Particulières en vertu de laquelle il est affilié, il peut être prévu une prorogation du terme. C'est le cas lorsque les mots 'avec prorogation' sont repris après le terme dans les Conditions Particulières. Dans ce cas, les couvertures en cas d'incapacité de travail prennent automatiquement fin au terme initialement prévu. Le budget de primes prévu dans les Conditions Particulières continue cependant d'être payé et les éventuelles couvertures en cas de décès sont maintenues jusqu'à ce que l'affilié n'ait plus la qualité susvisée (voir aussi 2.1.2.1). A la date à laquelle l'affilié n'a plus la qualité susvisée, les réserves de pension lui reviennent à titre de capital-pension (voir aussi 1.5.2.4).

4.7 Possibilités de choix pour l'affilié

4.7.1 Concernant les couvertures de risque

Les Conditions Particulières peuvent offrir à l'affilié la possibilité de choisir lui-même le montant assuré nominal d'une couverture ou de choisir un autre montant (nominal) que le montant standard ou un montant (nominal) plus élevé que le montant minimal. Le montant choisi par l'affilié peut également, à sa demande, être indexé de manière forfaitaire ou non-forfaitaire ou être lié à l'évolution de sa rémunération. Les Conditions Particulières peuvent également offrir à l'affilié des possibilités de choix concernant les paramètres des couvertures (période de couverture, délai de carence, etc.). Le choix s'opère toujours dans les limites du budget de primes défini dans les Conditions Particulières ou de son éventuelle quotité maximale qui peut être affectée aux couvertures concernées. Le choix se fait lors de l'affiliation ou ultérieurement et peut être revu par la suite.

Lorsque l'affilié peut choisir librement le montant d'une couverture ou lorsqu'un montant minimal ou standard s'applique à une couverture, l'affilié est, à défaut ou dans l'attente d'un (autre) choix, respectivement supposé ne pas vouloir prendre cette couverture, ne pas vouloir être assuré pour un montant supérieur au minimum ou ne pas vouloir être assuré pour un autre montant que le montant standard. La même chose vaut en ce qui concerne les paramètres des couvertures (période de couverture, délai de carence, etc.).

Les possibilités de choix dont bénéficie l'affilié sont soumises aux critères d'acceptation généraux que l'assureur applique pour des raisons juridiques et fiscales et de technique des assurances (possibilité de financement structurel des couvertures eu égard au budget de primes et au montant des réserves constituées, résultat favorable de formalités médicales et/ou d'examen médicaux, caractère complémentaire de certaines couvertures de risque, couvertures maximales, sur-assurance, anti-sélection, possibilités de gestion, limitations fiscales, maintien de réserves bloquées, etc.) et aux (autres) restrictions éventuelles qui découlent de la Convention de Pension. Les couvertures (y compris les standards et les montants minimaux) ne sont assurées que si elles sont mentionnées sur le Certificat Personnel ou si l'assureur en a donné confirmation écrite sous une autre forme.

Les possibilités de choix dont bénéficie l'affilié ne relèvent en rien d'un quelconque 'engagement' de la part du preneur d'assurance, qui n'assume donc, sauf disposition impérative contraire, aucune responsabilité ou obligation supplémentaire à cet égard, même si l'assureur refusait totalement ou partiellement d'accepter les couvertures de risque ou n'acceptait celles-ci que moyennant

l'imputation d'une surprime (d'éventuelles surprimes sont, sous la réserve susvisée, imputées sur le budget de primes précité).

4.7.2 Concernant les modes de placement

Les Conditions Particulières peuvent offrir à l'affilié la possibilité de choisir lui-même le(s) mode(s) de placement des primes de l'entreprise qui sont affectées aux réserves de pension.

Ce choix pour un (des) mode(s) de placement qui déroge(nt) au(x) standard(s) ou à l'option (aux options) standard peut se faire lors de l'affiliation ou ultérieurement, en ce qui concerne les attributions futures (changement de règles de placement - voir 1.4.4.2). Un choix initial peut également être revu par la suite, concernant les attributions futures.

Si la possibilité de choix précitée est prévue, l'affilié peut également faire transférer le(s) mode(s) de placement des réserves de pension déjà constituées vers un autre (d'autres) mode(s) de placement autorisé(s) (changement de mode de placement - voir 1.4.4.2). Si, cependant, les Conditions Particulières prévoient une quotité minimale ou maximale concernant l'affectation des primes d'un contrat à un mode de placement, l'accord du preneur d'assurance est requis pour tout changement de mode de placement entraînant un flux sortant d'un mode de placement auquel s'applique une quotité minimale et/ou un flux entrant vers un mode de placement auquel s'applique une quotité maximale, tant que l'affilié est au service du preneur d'assurance.

Les choix de modes de placement alternatifs et leurs modifications ultérieures ne sont effectifs que lorsqu'ils ont été confirmés par l'assureur via le Certificat Personnel.

4.8 Mutations

Lorsque les Conditions Particulières lient un montant à la rémunération, à un plafond de salaire légal en matière de sécurité sociale, à l'âge, à l'ancienneté et/ou à la situation familiale, le montant est calculé sur la base des paramètres concernés tels qu'ils se présentent à la date d'effet de l'engagement individuel de pension (voir 4.1) et ensuite à chaque date d'évaluation. Une éventuelle modification du montant qui en découle prend effet, sous réserve des critères d'acceptation de l'assureur, à la première date d'adaptation qui s'ensuit. Lorsqu'un paramètre ou un élément de celui-ci ne peut être déterminé à la date d'évaluation, il est tenu compte de la donnée la plus récente connue en la matière qui précède la date d'évaluation.

Lorsqu'un montant assuré nominal d'une couverture choisi par l'affilié, ne figurant que sur le seul Certificat Personnel - et n'étant donc pas mentionné dans les éventuelles Conditions Particulières ou n'en découlant pas directement - est lié à l'évolution de sa rémunération, la modification du montant intervient, sous réserve des critères d'acceptation de l'assureur, à chaque date d'adaptation et ce, pour la première fois, à la date d'adaptation à laquelle les deux rémunérations dont il est question dans la formule ci-dessous sont disponibles. Le montant adapté s'obtient par application de la formule suivante :

montant assuré nominal adapté à la date d'adaptation ¹

est égal au

montant assuré à la veille de la date d'adaptation ¹

multiplié par

la rémunération² à la dernière date d'évaluation¹ précédant la date d'adaptation¹

divisé par

la rémunération² à l'avant-dernière date d'évaluation¹ précédant la date d'adaptation¹

¹ cette date est mentionnée dans les Conditions Particulières

² cette notion est définie dans les Conditions Particulières

4.9 Flux d'informations

4.9.1 Lors de l'affiliation

Le preneur d'assurance communique à l'assureur, au plus tard à la date d'effet de l'engagement individuel de pension (voir 4.1), toutes les données nécessaires concernant l'affilié (et ses choix éventuels en matière de couvertures de risque et/ou de modes de placement).

L'affilié reçoit, en qualité de partie signataire, un exemplaire original des Conditions Particulières. Le preneur d'assurance remet à l'affilié sur simple demande un exemplaire des Conditions Générales (y compris les Règlements de Gestion). L'assureur émet pour l'affilié un Certificat Personnel qui lui est remis directement ou par l'intermédiaire du preneur d'assurance (le dernier Certificat délivré remplace toujours le précédent). L'affilié est supposé marquer intégralement son accord sur le contenu de son Certificat Personnel et de ses versions ultérieures, sauf s'il a communiqué par écrit ses remarques à l'assureur - en principe par l'intermédiaire du preneur d'assurance - dans les 30 jours après que l'assureur l'ait délivré.

4.9.2 En cours d'affiliation active

L'affilié communique immédiatement et spontanément au preneur d'assurance toute modification de sa situation personnelle (comme sa situation familiale) qui est pertinente pour la gestion, l'adaptation et l'exécution de l'engagement individuel de pension. Le preneur d'assurance transmet immédiatement ces informations à l'assureur.

Le preneur d'assurance fournit, pour sa part, immédiatement et spontanément à l'assureur tous les renseignements nécessaires pour la gestion, l'adaptation et l'exécution de l'engagement individuel de pension, comme la modification de la rémunération, les choix ou les modifications de choix de l'affilié en matière de couvertures de risque et de modes de placement, etc.

En particulier, le preneur d'assurance communique à l'assureur, en vue du contrôle des limitations fiscales et en vue de l'appréciation par l'assureur si le montant assuré de l'éventuelle (des éventuelles) couverture(s) en cas d'incapacité de travail peut être maintenu (voir 2.3.1 et 2.3.3), toute modification de l'état civil et de la rémunération ou du mode de rémunération (comme sa périodicité) de l'affilié. A défaut de communication, l'assureur considère que la rémunération est suffisante ou a suffisamment augmenté au regard de ces limitations fiscales et que le mode de rémunération et l'état civil sont demeurés inchangés.

Au moins une fois par an, l'assureur émet une 'fiche de pension' avec des données actualisées pour l'affilié, sauf s'il est bénéficiaire de rente. Elle lui est remise directement par l'assureur ou par l'intermédiaire du preneur d'assurance.

Lorsque l'affilié veut exercer un droit que le Règlement de Pension lui accorde, toute demande en ce sens est en principe introduite auprès de l'assureur par l'intermédiaire du preneur d'assurance.

4.9.3 En cas de départ, de décès, ...

Dès qu'il en a connaissance, le preneur d'assurance informe l'assureur du départ de l'affilié, du fait que l'affilié n'a plus la qualité mentionnée dans les Conditions Particulières ou du décès de l'affilié. Dans ce cadre, l'attention est en particulier aussi portée sur l'obligation qu'a le preneur d'assurance (ou en cas de faillite ou de liquidation, le curateur ou le liquidateur du preneur d'assurance) en vertu de l'article 138*bis*-8 de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre, d'informer l'affilié au plus tard dans les 30 jours suivant la perte de la (des) couverture(s) en cas d'incapacité de travail de son droit de poursuite individuelle de cette (ces) couverture(s), avec indication du moment précis de la perte de la (des) couverture(s), du délai de 30 jours dont dispose l'affilié pour exercer son droit de poursuite individuelle (avec la possibilité d'encore rallonger ce délai de 30 jours supplémentaires moyennant avis à l'assureur) et des coordonnées de l'assureur.

4.9.4 Information tardive, incomplète ou incorrecte

L'affilié et le preneur d'assurance assument l'entière responsabilité de toutes les conséquences de la communication tardive, incomplète ou incorrecte des données nécessaires à l'assureur.

4.10 Financement de biens immobiliers

Le preneur d'assurance cède à l'affilié le droit de faire affecter le contrat de l'entreprise en garantie du financement de biens immobiliers, dans le respect de la législation fiscale belge en la matière. Cette législation dispose plus précisément qu'une avance et/ou une mise en gage (y compris une cession de droits à un tiers) ne peu(ven)t être consentie(s) que pour permettre à l'affilié d'acquérir, de construire, d'améliorer, de restaurer ou de transformer des biens immobiliers situés dans l'Espace économique européen qui génèrent des revenus imposables. En outre, les avances et les emprunts doivent être remboursés dès que les biens précités quittent le patrimoine de l'affilié.

Tant que l'affilié est au service du preneur d'assurance, l'accord écrit de ce dernier est requis pour les opérations précitées. L'affilié peut obtenir les conditions, les limitations et les modalités y relatives auprès de l'assureur par l'intermédiaire du preneur d'assurance. L'attention est attirée sur le fait que l'affectation de l'engagement individuel de pension au financement de biens immobiliers peut impliquer que les réserves acquises (en cas de départ) ne peuvent être transférées et/ou rachetées par l'affilié et que les éventuelles possibilités de choix de l'affilié en matière de couvertures de risque et de modes de placement s'en trouvent limitées, voire même que l'assureur modifie des couvertures de risque et des modes de placement.

4.11 Liquidation en rente viagère

Le capital-pension (éventuellement prorogé), le versement de la valeur de rachat qui revient à l'affilié, ainsi que les capitaux des différentes couvertures en cas de décès peuvent, après imputation des éventuel(le)s retenues légales, chargements, indemnités et autres sommes qui seraient encore du(e)s à l'assureur ou à des tiers (comme un créancier gagiste), être convertis en une rente viagère sur demande écrite du (des) bénéficiaire(s), mais uniquement si le montant annuel de la rente initiale pour le bénéficiaire concerné excède le seuil fixé par la loi. A défaut de seuil légal, le seuil tel que fixé dans la législation relative aux pensions complémentaires pour les affiliés au statut de travailleur salarié s'applique. L'assureur se charge des éventuelles obligations légales de notification de ce droit à l'intéressé (aux intéressés).

Sans préjudice de l'application de dispositions impératives en la matière, le montant de la rente est fixé sur la base des tarifs (garantis ou non) que l'assureur applique en la matière à la date à laquelle la rente prend cours, en tenant compte d'une indexation annuelle de 2% par progression géométrique et, en ce qui concerne le capital-pension ou le versement de la valeur de rachat qui revient à l'affilié, d'une réversibilité de cette rente. La réversibilité indique que lors du décès de l'affilié après la date à laquelle la rente a pris cours, son paiement se poursuit à titre viager à concurrence de 80% en faveur du partenaire de l'affilié défini dans les Conditions Particulières (qui était déjà son partenaire à la date à laquelle la rente initiale a pris cours).

L'assureur verse les rentes viagères, après imputation des éventuelles retenues légales et ce, après réception de tous les documents sollicités par lui et d'une quittance de liquidation dûment complétée et signée par le bénéficiaire (et par l'éventuel bénéficiaire de la réversibilité).

En cas de demande de conversion d'un capital en rente viagère comme indiqué ci-dessus, l'assureur a toutefois le droit de transférer ce capital à un autre organisme de pension qui prend à sa charge toutes les obligations de rente et ce, dans le respect des éventuelles dispositions impératives en la matière. Le preneur d'assurance marque son accord sur cette possibilité de transfert. En cas d'un tel transfert, l'assureur est délié de toute obligation afférente à la rente et à son versement.

4.12 Départ / cessation / rachat

4.12.1 Perte de qualité

Il est immédiatement mis fin au paiement des primes de l'entreprise lorsque l'affilié, bien qu'il reste actif auprès du preneur d'assurance comme dirigeant d'entreprise n'a plus la qualité mentionnée dans les Conditions Particulières.

Dès la première échéance impayée, il est automatiquement mis fin à la couverture 'capital-décès par accident' et aux couvertures en cas d'incapacité de travail (voir cependant 2.3.5 et 4.12.4). A défaut d'autre choix autorisé de l'affilié et confirmé par écrit par l'assureur et sans préjudice

d'éventuelles restrictions qui découlent de la présence de réserves bloquées (voir 1.4.5.1), les primes de risque nécessaires au maintien des couvertures en cas de décès autres que la couverture 'capital-décès par accident' dans leur dernière situation assurée (montant nominal (minimal) éventuellement indexé et période de couverture, le cas échéant encore adaptées ultérieurement en fonction de la situation familiale, mais sans adaptations ultérieures en fonction de la rémunération, etc.), continuent d'être soustraites des réserves de risque et de pension (libres) concernées du (des) contrat(s) (conjoint(s)) jusqu'à épuisement respectif de celles-ci. Après épuisement des réserves (libres) concernées, il est mis fin aux couvertures de risque concernées (voir cependant 2.3.5).

Dès la date à laquelle l'affilié acquiert de nouveau la qualité mentionnée dans les Conditions Particulières, le paiement des primes est repris et les modalités concernant les possibilités de choix dont dispose l'affilié, ainsi que les critères d'acceptation de l'assureur relatifs aux couvertures de risque qui ont pris fin sont les mêmes que pour une nouvelle affiliation.

4.12.2 Départ

Il est immédiatement mis fin au paiement des primes de l'entreprise en cas de départ de l'affilié (quelle qu'en soit la raison) avant le terme normalement prévu. Par départ, il faut entendre la cessation de l'activité de l'affilié comme dirigeant d'entreprise indépendant du preneur d'assurance. Les réserves sont acquises à l'affilié. Dès la date de cessation de paiement des primes, le contrat continue d'être géré sous forme d'un contrat non-transféré (voir 5).

4.12.3 Modification et cessation de l'engagement individuel de pension

4.12.3.1 Droit conditionnel de modification et de cessation

Le preneur d'assurance peut modifier l'engagement individuel de pension ou y mettre fin dans le respect des dispositions légales (dans la mesure où elles s'appliquent aux couvertures concernées et vis-à-vis de l'affilié) et des autres conventions et engagements éventuels y afférents.

Bien que le paiement des primes ne soit pas obligatoire dans les rapports entre le preneur d'assurance et l'assureur et sans préjudice de l'application des dispositions précédentes et des dispositions générales qui suivent, la diminution ou la cessation unilatérale de l'engagement individuel de pension par le preneur d'assurance vis-à-vis de l'affilié n'est en outre possible que si au moins l'une des circonstances suivantes se produit :

- en cas d'instauration de nouvelles dispositions légales, directives des autorités de contrôle ou autres mesures, en cas de développements jurisprudentiels et/ou en présence de toute situation de fait qui engendre(nt) directement ou indirectement une augmentation du coût de l'engagement individuel de pension pour le preneur d'assurance;
- lorsque la législation en matière de sécurité sociale, dont l'engagement individuel de pension constitue un complément, subira de profondes modifications;
- lorsque, suite à des évolutions économiques internes ou externes à l'entreprise, le maintien de l'engagement individuel de pension (sous sa forme inchangée) ne serait, selon l'avis motivé du preneur d'assurance, plus compatible avec une gestion saine de son entreprise.

Le preneur d'assurance informe toujours préalablement l'affilié de toute modification ou de la cessation de l'engagement individuel de pension. Toute modification apportée à la Convention de Pension requiert en principe l'accord de l'assureur.

La modification ou la cessation de l'engagement individuel de pension ne peut jamais porter atteinte au caractère acquis des réserves constituées par les primes déjà payées jusqu'au moment de la modification ou de la cessation et des primes déjà échues à ce moment.

4.12.3.2 Cessation de (paiement des primes pour) l'engagement individuel de pension

Lorsque le preneur d'assurance met fin à (au paiement des primes pour) l'engagement individuel de pension par un avis écrit remis à l'assureur, le preneur d'assurance en informe immédiatement l'affilié. L'assureur peut également en informer directement l'affilié. Si des arriérés de paiement sont constatés sans que le preneur d'assurance n'ait adressé d'avis écrit de cessation de (paiement des primes pour) l'engagement individuel de pension à l'assureur, ce dernier envoie une mise en demeure recommandée au preneur d'assurance. Au plus tard 3 mois après la première échéance de primes impayée, l'assureur en informe l'affilié.

A défaut d'autre choix autorisé de l'affilié et confirmé par écrit par l'assureur et sans préjudice d'éventuelles restrictions qui découlent de la présence de réserves bloquées (voir 1.4.5.1), les primes de risque nécessaires au maintien des couvertures en cas de décès autres que la couverture 'capital-décès par accident' dans leur dernière situation assurée (montant nominal (minimal) éventuellement indexé et période de couverture, le cas échéant encore adaptées ultérieurement en fonction de la situation familiale, mais sans adaptations ultérieures en fonction de la rémunération, etc.), continuent, dès la première échéance impayée, d'être soustraites des réserves de risque et de pension (libres) concernées du (des) contrat(s) (conjoint(s)) jusqu'à épuisement respectif de celles-ci. Après épuisement des réserves (libres) concernées, il est mis fin aux couvertures de risque concernées, mais au plus tôt 30 jours après l'envoi de la mise en demeure recommandée susvisée ou à la date de réception de l'avis du preneur d'assurance à l'assureur de cessation de (paiement des primes pour) l'engagement individuel de pension (voir cependant 2.3.5). Il est mis fin à la couverture 'capital-décès par accident' et aux couvertures en cas d'incapacité de travail 30 jours après l'envoi de la mise en demeure recommandée susvisée ou à la date de réception de l'avis du preneur d'assurance à l'assureur de cessation de (paiement des primes pour) l'engagement individuel de pension (voir cependant 2.3.5).

Les dispositions qui précèdent ne s'appliquent pas lorsque la cessation de (paiement des primes pour) l'engagement individuel de pension est la conséquence d'un changement de preneur d'assurance qui reprend les obligations de cet engagement individuel de pension (comme dans le cadre d'une fusion, d'une scission, d'une absorption, d'un transfert ou d'un apport de branche d'activité, etc.).

4.12.4 Exonération de primes

Dans la mesure où l'affilié bénéficie d'une attribution dans le cadre de la couverture 'exonération de primes en cas d'incapacité de travail', cette attribution est, à défaut d'autre choix autorisé, affectée par priorité au maintien du financement des couvertures de risque et à la poursuite de l'alimentation des réserves de risque en vue du maintien des couvertures de risque concernées dans leur dernière situation assurée (montant nominal (minimal) éventuellement indexé, périodes de couverture et de paiement, délai de carence, etc., le cas échéant encore adaptées ultérieurement en fonction de la situation familiale, mais sans adaptations ultérieures en fonction de la rémunération, etc.). Les dispositions précédentes concernant la perte de qualité, le départ et la modification/cessation de l'engagement individuel de pension doivent donc être lues dans cette perspective, ainsi que dans la perspective de l'exonération de primes 'endogène' pour les couvertures 'rentes d'incapacité de travail' (voir 2.2.1.4.5).

4.12.5 Rachat des réserves

4.12.5.1 Versement de la valeur de rachat à l'affilié

Sans préjudice de l'application d'éventuelles restrictions impératives concernant l'exercice du droit de rachat et sans préjudice des éventuelles restrictions qui découlent de la présence de réserves bloquées (voir 1.4.5.1), le preneur d'assurance cède à l'affilié avec effet à la date du départ le droit de rachat total ou partiel des réserves du contrat de l'entreprise sous forme de versement de la valeur de rachat.

4.12.5.2 Versement de la valeur de rachat à un tiers

Lorsque le droit de rachat est cédé à un tiers dans le cadre de l'affectation de l'engagement individuel de pension au financement de biens immobiliers (voir 4.10), les modalités en sont fixées dans l'acte d'avance ou dans l'avenant de mise en gage.

4.12.5.3 Rachat par le preneur d'assurance

Dans le respect des dispositions légales y afférentes et sans préjudice des éventuelles restrictions qui découlent de la présence de réserves bloquées (voir 1.4.5.1), le preneur d'assurance peut racheter les réserves du contrat de l'entreprise au profit de l'affilié dans le but de transférer ces réserves vers un autre organisme de pension agréé. L'indemnité de rachat est calculée selon les dispositions du point 1.5.2.2 et ne peut être directement ou indirectement mise à charge (des réserves acquises) de l'affilié.

4.13 Réserves transférées

Il se peut que l'affilié souhaite transférer vers l'assureur des réserves acquises provenant d'un plan de prévoyance dont il bénéficiait en raison d'une activité professionnelle antérieure auprès d'une autre entreprise. Ces réserves transférées sont gérées sous forme de contrats transférés (voir 5), le cas échéant conjoints avec le contrat de l'entreprise (voir 1.2).

4.14 Législation applicable et dispositions fiscales

L'engagement individuel de pension est régi par la législation belge relative aux assurances-vie et aux assurances complémentaires en général et aux engagements individuels de pension en particulier. Si le preneur d'assurance est établi en dehors de la Belgique, les parties optent expressément, si la loi l'autorise ainsi, pour l'application du droit belge.

L'assureur considère toujours que le preneur d'assurance a, lors de l'instauration, de l'application, de l'exécution, de la modification ou de la cessation de l'engagement individuel de pension, respecté toutes les conditions, formalités et procédures légales y afférentes dans ses rapports avec l'affilié et les tiers. De manière plus générale, l'assureur peut se faire indemniser par le preneur d'assurance de toute forme de dommage et de tous les frais qu'il encourt pour cause de non-respect de la législation applicable par le preneur d'assurance.

Pour l'application des limitations fiscales en matière d'octroi d'avantages fiscaux sur les primes de l'entreprise en fonction du montant du capital-pension, il est tenu compte de toutes les années de service prestées (et y assimilées) par l'affilié auprès du preneur d'assurance et de son (ses) pré-décédé(s) en droit éventuel(s), le cas échéant, sauf indication contraire, majorées du nombre maximal admis sur le plan fiscal d'années non prestées (et y assimilées) dans l'entreprise.

4.15 Bonne foi et équité

Le preneur d'assurance règle - dans le respect de la législation éventuellement applicable - les questions qui se posent dans ses rapports avec l'affilié et qui ne sont pas explicitement traitées par la Convention de Pension ou qui seraient sujettes à interprétation. Si l'assureur est une partie intéressée dans ce cadre, cela se passe toujours en concertation avec lui. Le règlement de questions de ce type doit toujours intervenir dans les limites et dans le respect de la bonne foi, de l'équité, du raisonnable et de l'esprit de la Convention de Pension.

5. FONCTIONNEMENT DES CONTRATS TRANSFERES ET NON-TRANSFERES

5.1 Contexte

Le point 5 s'applique :

- au contrat de l'entreprise transféré assurance de groupe;
- au contrat de l'entreprise transféré engagement individuel de pension;
- au contrat personnel transféré assurance de groupe;
- au contrat personnel transféré engagement individuel de pension;
- au contrat de l'entreprise non-transféré assurance de groupe;
- au contrat de l'entreprise non-transféré engagement individuel de pension.

Le(s) contrat(s) transféré(s) est (sont) le(s) contrat(s) dont les réserves sont acquises par l'affilié du chef d'une activité professionnelle antérieure auprès d'une autre entreprise, dans le cadre d'un plan de prévoyance dont il y bénéficiait et qu'il a décidé de transférer vers l'assureur. Ces contrats sont subdivisés selon leur origine (assurance de groupe ou engagement individuel de pension; contrat de l'entreprise ou contrat personnel selon que les réserves concernées ont été constituées par des primes ou cotisations à charge de l'ancienne entreprise ou à charge de l'affilié).

Le(s) contrat(s) non-transféré(s) est (sont) le(s) contrat(s) de l'assurance de groupe et/ou de l'engagement individuel de pension conclu avec l'assureur, pour le(s)quel(s) le paiement des primes a pris fin suite au départ de l'affilié auprès du preneur d'assurance avant le terme normalement prévu et dont les réserves sont acquises par l'affilié. Ces contrats sont également subdivisés selon leur origine (assurance de groupe ou engagement individuel de pension; contrat de

l'entreprise uniquement puisque les réserves concernées ont été constituées par des primes à charge du preneur d'assurance).

Les assurés des couvertures dans le cadre des contrats transférés et non-transférés sont :

- pour la couverture 'capital en cas de décès successif': l'affilié et l'autre assuré mentionné sur le Certificat Personnel;
- pour la couverture 'capital-décès additionnel' (appelé également 'capital partenaire') : le partenaire de l'affilié mentionné sur le Certificat Personnel;
- pour toutes les autres couvertures: l'affilié.

5.2 Contrats transférés

5.2.1 Entrée en vigueur/constitution de réserves de pension/modes de placement

Un contrat transféré entre en vigueur à la date du transfert, celle-ci étant la date valeur des réserves transférées sur le compte bancaire de l'assureur.

Les réserves transférées sont, après retenue d'éventuels chargements d'entrée (sauf si une disposition impérative s'y opposait), affectées à la constitution de réserves de pension.

A défaut ou dans l'attente d'un autre choix de l'affilié, les réserves transférées sont investies dans un mode de placement branche 21. Les choix de modes de placement alternatifs et leurs modifications ultérieures ne sont effectifs que lorsqu'ils ont été confirmés par l'assureur via le Certificat Personnel.

5.2.2 Couvertures

Sauf s'il en est convenu autrement, les contrats transférés ne sont pas conjoints (ni entre eux, ni avec d'autres contrats) et les réserves de pension sont affectées aux couvertures suivantes :

- capital-pension : versement des réserves de pension à l'affilié s'il est en vie au terme;
- capital-décès : versement des réserves de pension au(x) bénéficiaire(s) en cas de décès de l'affilié avant le terme.

Sauf s'il en est convenu autrement, le terme du (des) contrat(s) transféré(s) est le terme de l'assurance de groupe ou de l'engagement individuel de pension dont l'affilié bénéficie auprès de l'assureur. Si l'affilié y bénéficie tant d'une assurance de groupe que d'un engagement individuel de pension et si les termes sont différents, le terme de l'assurance de groupe est retenu comme terme du (des) contrat(s) transféré(s), sauf s'il en est convenu autrement.

Sauf écrit valable divergent émanant de l'affilié, le(s) bénéficiaire(s) du capital-décès dans le cadre du (des) contrat(s) transféré(s) est (sont) le(s) même(s) que le(s) bénéficiaire(s) du capital-décès dans le cadre de l'assurance de groupe ou de l'engagement individuel de pension dont l'affilié bénéficie auprès de l'assureur, tel(s) qu'il(s) est (sont) désigné(s) lors de l'affiliation de l'affilié à l'assurance de groupe ou à l'engagement individuel de pension. Si l'affilié bénéficie auprès de l'assureur tant d'une assurance de groupe que d'un engagement individuel de pension et si le(s) bénéficiaire(s) du capital-décès est (sont) différent(s), le(s) bénéficiaire(s) de l'assurance de groupe est (sont) retenu(s) comme bénéficiaire(s) du (des) contrat(s) transféré(s), sauf écrit valable divergent émanant de l'affilié.

Tout bénéficiaire peut accepter le bénéfice de la couverture 'capital-décès' dès avant son exigibilité, moyennant un avenant au Certificat Personnel signé par lui, l'affilié et l'assureur. L'acceptation du bénéfice a, sauf dans les cas où la législation autorise la révocation, entre autres pour effet que la révocation et la modification de la désignation bénéficiaire, le rachat, l'obtention d'une avance, la mise en gage et la cession des droits requièrent l'accord écrit du bénéficiaire acceptant.

5.3 Contrats non-transférés

Dès la date de cessation de paiement des primes suite au départ de l'affilié avant le terme normalement prévu dans le cadre de l'assurance de groupe ou de l'engagement individuel de pension (voir 3.13.2 et 4.12.2), la gestion des contrats concernés se poursuit de manière standard sous

forme de contrats non-transférés 'sans modification de l'engagement de pension'. Ceci implique les éléments suivants :

- Il n'est porté en compte aucun frais et aucune indemnité à l'occasion de la transformation en contrat non-transféré.
- Les contrats de l'entreprise non-transférés provenant respectivement de l'assurance de groupe et de l'engagement individuel de pension restent conjoints, le cas échéant également avec d'autres contrats avec lesquels ils étaient déjà conjoints avant leur gestion sous forme de contrats non-transférés.
- Sans préjudice des éventuelles restrictions qui découlent de la présence de réserves bloquées (voir 1.4.5.1), les primes de risque nécessaires au maintien des couvertures en cas de décès autres que la couverture 'capital-décès par accident' dans leur dernière situation assurée dans le cadre respectif de l'assurance de groupe et de l'engagement individuel de pension (montant nominal (minimal) éventuellement indexé et période de couverture, le cas échéant encore adaptées ultérieurement en fonction de la situation familiale, mais sans adaptations ultérieures en fonction de la rémunération, etc.), continuent d'être soustraites des réserves de risque et de pension (libres) concernées du (des) contrat(s) (conjoints) jusqu'à épuisement respectif de celles-ci. Après épuisement des réserves (libres) concernées, il est mis fin aux couvertures de risque concernées (voir cependant 2.3.5). Il est automatiquement mis fin à la couverture 'capital-décès par accident' et aux couvertures en cas d'incapacité de travail dès la première échéance impayée (voir cependant 2.3.5). Cependant, dans la mesure où l'affilié bénéficie d'une attribution dans le cadre de la couverture 'exonération de primes en cas d'incapacité de travail' provenant respectivement de l'assurance de groupe et de l'engagement individuel de pension, cette attribution est, à défaut d'autre choix autorisé, affectée par priorité au maintien du financement des couvertures de risque et à la poursuite de l'alimentation des réserves de risque en vue du maintien des couvertures de risque concernées dans leur dernière situation assurée dans le cadre respectif de l'assurance de groupe et de l'engagement individuel de pension (montant nominal (minimal) éventuellement indexé, périodes de couverture et de paiement, délai de carence, etc., le cas échéant encore adaptées ultérieurement en fonction de la situation familiale, mais sans adaptations ultérieures en fonction de la rémunération, etc.) (voir également 2.2.1.4.5 en ce qui concerne l'exonération de primes 'endogène' pour les couvertures 'rentes d'incapacité de travail'). Des modifications de la situation familiale qui donnent lieu à une adaptation d'une couverture sont communiquées directement par écrit par l'affilié à l'assureur.
- Les bénéficiaires des couvertures qui sont maintenues demeurent inchangés.
- Les réserves (résiduelles) sont versées à l'affilié comme capital-pension s'il est en vie au terme (inchangé).
- Le(s) mode(s) de placement demeure(nt) inchangé(s).
- La structure des chargements et des tarifs demeure inchangée.

Les dispositions concernant les bénéficiaires dans le cadre respectif de l'assurance de groupe et de l'engagement individuel de pension restent applicables aux contrats non-transférés, si ce n'est que la signature par le preneur d'assurance respectif de l'assurance de groupe et de l'engagement individuel de pension de l'éventuel avenant d'acceptation de la désignation bénéficiaire n'est plus requise.

Sans préjudice des éventuelles restrictions qui découlent de la présence de réserves bloquées (voir 1.4.5.1), l'affilié a la possibilité de faire modifier les couvertures (sous réserve des critères d'acceptation de l'assureur et dans les limites des réserves (libres) constituées) et/ou de choisir d'autres modes de placement qu'offre l'assureur. Les éventuelles restrictions (minima, maxima, ...) qui figurent dans les Conditions Particulières respectives de l'assurance de groupe et de l'engagement individuel de pension concernant les règles de placement ainsi que le montant et les paramètres des couvertures, ne s'appliquent plus aux contrats non-transférés.

5.4 Epuisement des réserves

Si, quelle qu'en soit la raison, l'assureur constate que les réserves (libres) sont devenues insuffisantes pour continuer de soustraire les primes de risque nécessaires à la (aux) couverture(s) de risque concernée(s), il est mis prématurément fin à cette (ces) couverture(s) (voir cependant 2.3.5).

5.5 Transfert vers un autre organisme de pension

Sans préjudice des éventuelles restrictions qui découlent de la présence de réserves bloquées (voir 1.4.5.1), l'affilié qui a été affilié respectivement à l'assurance de groupe ou à l'engagement individuel de pension peut, après son départ qui a donné lieu à la gestion poursuivie du (des) contrat(s) de l'entreprise sous forme de contrat(s) non-transféré(s), racheter les réserves de ce(s) contrat(s) non-transféré(s) ainsi que celles du (des) contrat(s) transféré(s), sous forme de transfert vers un autre organisme de pension et ce, sous les conditions à convenir avec l'assureur.

Lors de son départ, l'affilié est informé par écrit des diverses possibilités de choix qui s'offrent à lui, de la procédure à suivre et des délais éventuels à respecter pour formuler son choix. L'affilié informe directement l'assureur de son choix par écrit.

5.6 Versement de la valeur de rachat

Sauf disposition impérative contraire et sans préjudice des éventuelles restrictions qui découlent de la présence de réserves bloquées (voir 1.4.5.1), l'affilié peut opérer le rachat total ou partiel des réserves du (des) contrat(s) transféré(s) et/ou non-transféré(s) sous forme de versement de la valeur de rachat. Lorsque le droit de rachat est cédé à un tiers dans le cadre de l'affectation du (des) contrat(s) concerné(s) au financement de biens immobiliers (voir 5.7), les modalités en sont fixées dans l'acte d'avance ou dans l'avenant de mise en gage.

5.7 Financement de biens immobiliers

L'affilié peut faire affecter le(s) contrat(s) transféré(s) et/ou non-transféré(s) en garantie du financement de biens immobiliers, dans le respect de la législation fiscale belge en la matière. Cette législation dispose plus précisément qu'une avance et/ou une mise en gage (y compris une cession de droits à un tiers) ne peut(vent) être consentie(s) que pour permettre à l'affilié d'acquérir, de construire, d'améliorer, de restaurer ou de transformer des biens immobiliers situés dans l'Espace économique européen qui génèrent des revenus imposables. En outre, les avances et les emprunts doivent être remboursés dès que les biens précités quittent le patrimoine de l'affilié.

L'affilié peut obtenir les conditions, les limitations et les modalités y relatives auprès de l'assureur. L'attention est attirée sur le fait que l'affectation du (des) contrat(s) transféré(s) et/ou non-transféré(s) au financement de biens immobiliers peut impliquer que les réserves du (des) contrat(s) concerné(s) ne peuvent être transférées et/ou rachetées par l'affilié (voir 5.5 et 5.6) et que la possibilité pour l'affilié de faire modifier les couvertures de risque et les modes de placement s'en trouvent limitées, voire même que l'assureur modifie ces couvertures de risque et des modes de placement.

5.8 Liquidation en rente viagère

Le capital-pension, le versement de la valeur de rachat qui revient à l'affilié, ainsi que les capitaux des différentes couvertures en cas de décès peuvent, après imputation des éventuel(le)s retenues légales, chargements, indemnités et autres sommes qui seraient encore du(e)s à l'assureur ou à des tiers (comme un créancier gagiste), être convertis en une rente viagère sur demande écrite du (des) bénéficiaire(s), mais uniquement si le montant annuel de la rente initiale pour le bénéficiaire concerné excède le seuil fixé par la loi. A défaut de seuil légal, le seuil tel que fixé dans la législation relative aux pensions complémentaires pour les affiliés au statut de travailleur salarié s'applique. L'assureur se charge des éventuelles obligations légales de notification de ce droit à l'intéressé (aux intéressés).

Sans préjudice de l'application de dispositions impératives en la matière, le montant de la rente est fixé sur la base des tarifs (garantis ou non) que l'assureur applique en la matière à la date à laquelle la rente prend cours, en tenant compte d'une indexation annuelle de 2% par progression géométrique et, en ce qui concerne le capital-pension ou le versement de la valeur de rachat qui revient à l'affilié, d'une réversibilité de cette rente. La réversibilité indique que lors du décès de l'affilié après la date à laquelle la rente a pris cours, son paiement se poursuit à titre viager à concurrence de 80% en faveur du partenaire de l'affilié défini dans les Conditions Particulières (qui était déjà son partenaire à la date à laquelle la rente initiale a pris cours). Est considéré comme partenaire:

- pour les contrats non-transférés : le partenaire défini dans les Conditions Particulières respectives de l'assurance de groupe et de l'engagement individuel de pension dont proviennent les contrats non-transférés;
- pour les contrats transférés : la personne avec qui l'affilié est marié et non séparé de corps et de biens ou, à défaut, la personne avec qui l'affilié 'cohabite légalement' selon les articles 1475 et suivants du code civil ou selon une législation étrangère similaire.

L'assureur verse les rentes viagères, après imputation des éventuelles retenues légales et ce, après réception de tous les documents sollicités par lui et d'une quittance de liquidation dûment complétée et signée par le bénéficiaire (et par l'éventuel bénéficiaire de la réversibilité).

En cas de demande de conversion d'un capital en rente viagère comme indiqué ci-dessus, l'assureur a toutefois le droit de transférer ce capital à un autre organisme de pension qui prend à sa charge toutes les obligations de rente et ce, dans le respect des éventuelles dispositions impératives en la matière. En cas d'un tel transfert, l'assureur est délié de toute obligation afférente à la rente et à son versement.

5.9 Certificat Personnel et fiche de pension annuelle

L'assureur établit lors de l'entrée en vigueur et lors de toute modification du (des) contrat(s) transféré(s) et/ou non-transféré(s) un Certificat Personnel (actualisé) qu'il remet à l'affilié (le dernier Certificat délivré remplace toujours le précédent). L'assureur émet aussi annuellement une 'fiche de pension' qu'il remet à l'affilié, sauf s'il est bénéficiaire de rente. En cas de jonction avec une assurance de groupe et/ou un engagement individuel de pension (voir 1.2), les données du (des) contrat(s) transféré(s) sont cependant intégrées dans le Certificat Personnel et les fiches de pension de cette assurance de groupe et/ou de cet engagement individuel de pension qui sont remis directement à l'affilié ou par l'intermédiaire du preneur d'assurance de l'assurance de groupe et/ou de l'engagement individuel de pension. L'affilié est supposé marquer intégralement son accord sur le contenu de son Certificat Personnel et ses fiches de pension, sauf s'il a communiqué par écrit ses remarques à l'assureur dans les 30 jours après que l'assureur l'ait délivré.

5.10 Législation applicable

Les contrats transférés et non-transférés sont régis par la législation belge relative aux assurances-vie et aux assurances complémentaires en général et aux contrats transférés et non-transférés en particulier.

6. FONCTIONNEMENT DE LA PENSION COMPLEMENTAIRE LIBRE DES INDEPENDANTS

6.1 Contexte

Le point 6 s'applique au contrat 'pension complémentaire libre des indépendants' (appelé également 'contrat PCLI') au sens de la section 4 de la loi-programme (I) du 24 décembre 2002 et des arrêtés d'exécution y afférents, dont l'affilié, qui en est également le preneur d'assurance, a le statut social d'indépendant.

Les assurés des couvertures sont :

- pour la couverture 'capital en cas de décès successif': l'affilié et l'autre assuré mentionné sur le Certificat Personnel;
- pour la couverture 'capital-décès additionnel' (appelé également 'capital partenaire') : le partenaire de l'affilié mentionné sur le Certificat Personnel;
- pour toutes les autres couvertures : l'affilié.

6.2 Entrée en vigueur et paiement des primes

Le contrat entre en vigueur à la date indiquée dans le Certificat Personnel. La date de paiement d'une prime est la date valeur de cette prime sur le compte bancaire de l'assureur. Le paiement de prime se fait directement sur le compte bancaire indiqué par l'assureur avec mention des références communiquées ou par domiciliation, selon ce qui a été convenu. Le paiement de prime n'est

pas obligatoire, sauf si l'affilié s'y est obligé par un autre engagement que le contrat (comme un emprunt ou un crédit).

Par le paiement des primes, l'affilié confirme qu'il a accès au régime susvisé de la 'pension complémentaire libre des indépendants'. Le montant de primes annuel global pour les couvertures 'capital-décès', 'capital-décès par accident' et 'capital-pension' est exprimé dans le Certificat Personnel en un pourcentage du revenu professionnel communiqué par l'affilié, comme ce revenu est défini dans la législation susvisée, en tenant compte des seuils et limites qui y sont fixés. Le montant de primes annuel s'élève toujours au moins à 600,00 EUR. Dès qu'il en a connaissance, mais au plus tard dans le courant du mois de mars de chaque année, l'affilié communique par écrit à l'assureur le nouveau montant du revenu professionnel susvisé pour l'année en cours. A défaut de communication du nouveau revenu professionnel, l'assureur considère que le revenu professionnel a augmenté selon l'indice-santé des prix à la consommation ou, si la prime pour l'année écoulée était égale à la prime maximale dans le régime de la 'pension complémentaire libre des indépendants', que le revenu professionnel pour l'année suivante est suffisant ou a suffisamment augmenté pour justifier la nouvelle prime maximale pour l'année concernée. L'affilié assume l'entière responsabilité de toutes les conséquences de la communication tardive, incomplète ou incorrecte des données nécessaires à l'assureur.

6.3 Droits de l'affilié

Sans préjudice de l'application de restrictions légales et conventionnelles, comme celles qui découlent de la présence de réserves bloquées (voir 1.4.5.1), l'affilié peut :

- désigner et modifier le(s) bénéficiaire(s) des prestations d'assurance;
- résilier le contrat ou opérer le rachat total ou partiel des réserves, sous forme soit de versement de la valeur de rachat à partir de l'âge de 60 ans ou à partir de la retraite antérieure, soit de transfert des réserves vers une autre compagnie d'assurances ou un autre organisme de pension où il a conclu un contrat PCLI;
- obtenir une avance sur les prestations assurées, dans les limites décrites ci-dessous;
- mettre les droits découlant du contrat en gage ou les céder à un tiers, dans les limites décrites ci-dessous.

L'affilié peut faire affecter le contrat en garantie du financement de biens immobiliers, dans le respect de la législation susvisée en la matière. Cette législation dispose plus précisément qu'une avance et/ou une mise en gage (y compris une cession de droits à un tiers) ne peut(vent) être consentie(s) que pour permettre à l'affilié d'acquies, de construire, d'améliorer, de réparer ou de transformer des biens immobiliers situés en Union européenne qui génèrent des revenus imposables. En outre, les avances et les emprunts doivent être remboursés dès que les biens précités quittent le patrimoine de l'affilié. L'affilié peut obtenir les conditions, les limitations et les modalités y relatives auprès de l'assureur. L'attention est attirée sur le fait que l'affectation du contrat au financement de biens immobiliers peut impliquer que les réserves du contrat ne peuvent être rachetées par l'affilié et que la possibilité pour l'affilié de faire modifier les couvertures de risque et les modes de placement s'en trouvent limitées, voire même que l'assureur modifie des couvertures de risque et des modes de placement. Lorsque le droit de rachat est cédé à un tiers dans le cadre de l'affectation du contrat au financement de biens immobiliers, les modalités en sont fixées dans l'acte d'avance ou dans l'avenant de mise en gage.

6.4 Acceptation de la désignation bénéficiaire

Tout bénéficiaire peut accepter le bénéfice des couvertures dès avant leur exigibilité, moyennant un avenant au Certificat Personnel signé par lui, l'affilié et l'assureur. L'acceptation du bénéfice a, sauf dans les cas où la législation autorise la révocation, entre autres pour effet que la résiliation, la révocation et la modification de la désignation bénéficiaire, le rachat, l'obtention d'une avance, la mise en gage et la cession des droits requièrent l'accord écrit du bénéficiaire acceptant.

6.5 Non-paiement des primes / épuisement des réserves

A défaut d'autre choix autorisé de l'affilié et confirmé par écrit par l'assureur et sans préjudice d'éventuelles restrictions qui découlent de la présence de réserves bloquées (voir 1.4.5.1), les primes de risque nécessaires au maintien des couvertures en cas de décès autres que la couverture

'capital-décès par accident' dans leur dernière situation assurée (montant nominal (minimal) éventuellement indexé et période de couverture), continuent, dès la première échéance impayée, d'être soustraites des réserves de risque et de pension (libres) concernées du (des) contrat(s) (conjoints) jusqu'à épuisement respectif de celles-ci. Après épuisement des réserves (libres) concernées, il est mis fin aux couvertures de risque concernées, mais au plus tôt 30 jours après que l'assureur en ait informé l'affilié par lettre recommandée (voir cependant 2.3.5). Il est mis fin à la couverture 'capital-décès par accident' et aux couvertures en cas d'incapacité de travail 30 jours après que l'assureur en ait informé l'affilié par lettre recommandée (voir cependant 2.3.5).

Dans la mesure où l'affilié bénéficie d'une attribution dans le cadre de la couverture 'exonération de primes en cas d'incapacité de travail', cette attribution est, sauf s'il en est convenu autrement, affectée par priorité au maintien du financement des couvertures de risque et à la poursuite de l'alimentation des réserves de risque en vue du maintien des couvertures de risque concernées dans leur dernière situation assurée (montant nominal (minimal) éventuellement indexé, périodes de couverture et de paiement, délai de carence, etc.) (voir également 2.2.1.4.5 en ce qui concerne l'exonération de primes 'endogène' pour les couvertures 'rentes d'incapacité de travail').

Si, quelle qu'en soit la raison, l'assureur constate que les réserves (libres) sont devenues insuffisantes pour continuer de soustraire les primes de risque nécessaires pour la (les) couverture(s) de risque concernée(s), il peut mettre fin prématurément à cette (ces) couverture(s). Cette cessation anticipée intervient cependant au plus tôt 30 jours après que l'assureur en ait informé l'affilié par lettre recommandée (voir cependant 2.3.5).

6.6 Liquidation en rente viagère

Le capital-pension, le versement de la valeur de rachat qui revient à l'affilié, ainsi que le capital-décès et le capital-décès par accident peuvent, après imputation des éventuel(le)s retenues légales, chargements, indemnités et autres sommes qui seraient encore du(e)s à l'assureur ou à des tiers (comme un créancier gagiste), être convertis en une rente viagère sur demande écrite du (des) bénéficiaire(s), mais uniquement si le montant annuel de la rente initiale pour le bénéficiaire concerné excède le seuil fixé par la loi.

Sans préjudice de l'application de dispositions impératives en la matière, le montant de la rente est fixé sur la base des tarifs (garantis ou non) que l'assureur applique en la matière à la date à laquelle la rente prend cours, en tenant compte d'une indexation annuelle de 2% par progression géométrique et, en ce qui concerne le capital-pension ou le versement de la valeur de rachat qui revient à l'affilié, d'une réversibilité de cette rente. La réversibilité indique que lors du décès de l'affilié après la date à laquelle la rente a pris cours, son paiement se poursuit à titre viager à concurrence de 80% en faveur du partenaire de l'affilié (qui était déjà son partenaire à la date à laquelle la rente initiale a pris cours). Est considérée comme partenaire, la personne avec qui l'affilié est marié et non séparé de corps et de biens ou, à défaut, la personne avec qui l'affilié 'cohabite légalement' selon les articles 1475 et suivants du code civil ou selon une législation étrangère similaire.

L'assureur verse les rentes viagères, après imputation des éventuelles retenues légales et ce, après réception de tous les documents sollicités par lui et d'une quittance de liquidation dûment complétée et signée par le bénéficiaire (et par l'éventuel bénéficiaire de la réversibilité).

En cas de demande de conversion d'un capital en rente viagère comme indiqué ci-dessus, l'assureur a toutefois le droit de transférer ce capital à un autre organisme de pension qui prend à sa charge toutes les obligations de rente et ce, dans le respect des éventuelles dispositions impératives en la matière. En cas d'un tel transfert, l'assureur est délié de toute obligation afférente à la rente et à son versement.

6.7 Certificat Personnel et fiche de pension annuelle

L'assureur établit lors de l'entrée en vigueur et lors de toute modification du contrat PCLI un Certificat Personnel (actualisé) qu'il remet à l'affilié (le dernier Certificat délivré remplace toujours le précédent). L'assureur émet aussi annuellement une 'fiche de pension' qu'il remet à l'affilié, sauf s'il est bénéficiaire de rente. En cas de jonction avec une assurance de groupe et/ou un engagement individuel de pension (voir 1.2), les données du contrat PCLI sont cependant intégrées dans le Certificat Personnel et les fiches de pension de cette assurance de groupe et/ou de cet enga-

gement individuel de pension qui sont remis directement à l'affilié (qui est également preneur d'assurance du contrat PCLI) ou par l'intermédiaire du preneur d'assurance de l'assurance de groupe et/ou de l'engagement individuel de pension. L'affilié est supposé marquer intégralement son accord sur le contenu de son Certificat Personnel et ses fiches de pension, sauf s'il a communiqué par écrit ses remarques à l'assureur dans les 30 jours après que l'assureur l'ait délivré.

6.8 Législation applicable

Le contrat est régi par la législation belge relative aux assurances-vie individuelles et aux assurances complémentaires en général et, en ce qui concerne les couvertures 'capital-décès', 'capital-décès par accident' et 'capital-pension', relative au régime de la 'pension complémentaire libre des indépendants' en particulier (les éventuelles autres couvertures ne relèvent pas de la législation susvisée relative à la 'pension complémentaire libre des indépendants'). Si l'affilié est établi en dehors de la Belgique, les parties optent expressément, si la loi l'autorise ainsi, pour l'application du droit belge relatif aux assurances-vie individuelles et aux assurances complémentaires.

6.9 Contrat 'pension complémentaire libre des indépendants' social

Lorsqu'un 'Régime de solidarité' tel que visé à l'article 46 de la loi-programme (I) du 24 décembre 2002 est lié à un contrat PCLI, il est question d'un contrat PCLI 'social'. Le fait qu'il s'agit d'un contrat PCLI social est attesté par la mention sur le Certificat Personnel que le contrat a été conclu en application de l'article susvisé. L'organisateur du Régime de Solidarité est l'assureur. Le fonctionnement du Régime de Solidarité et la nature et l'étendue des prestations de solidarité qu'il offre sont fixés dans le 'Règlement de Solidarité' (dont le texte est communiqué à l'affilié sur simple demande) et les dispositions y afférentes du Certificat Personnel.

Pour un contrat PCLI social, le montant de primes annuel susvisé, exprimé en un pourcentage du revenu professionnel communiqué par l'affilié, comprend la cotisation pour les prestations de solidarité contenues dans le Régime de Solidarité. Cette 'cotisation de solidarité' se monte à 10% du montant annuel de primes susvisé et est soustraite en principe le 31 décembre de chaque année des réserves de pension (voir le Règlement de Solidarité pour d'autres précisions).

Sauf indication contraire, les dispositions des présentes Conditions Générales ne s'appliquent pas au Régime de Solidarité. Lorsqu'un contrat PCLI social est conjoint avec un ou plusieurs autres contrats (voir 1.2), cette jonction ne porte jamais sur le Régime de solidarité.

7. FONCTIONNEMENT DES CONTRATS INAMI

7.1 Contexte

Le point 7 s'applique aux contrats Inami, notamment les contrats qui répondent aux conditions légales concernant les contrats 'pension complémentaire libre des indépendants' sociaux (voir 6.9) et qui sont exclusivement financés par une intervention de l'Inami pour certains praticiens de 'professions médicales' (actuellement, il s'agit de médecins, praticiens de l'art dentaire, pharmaciens et kinésithérapeutes) et ce, en application de l'article 54 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

L'intervention Inami peut uniquement être affectée aux couvertures 'capital-décès', 'capital-décès par accident', 'rente en cas d'incapacité de travail' et 'capital-pension', ainsi qu'aux prestations de solidarité contenues dans le Régime de Solidarité qui est toujours adossé aux contrats Inami (voir 7.8). Le preneur d'assurance et l'assuré de toutes les couvertures et prestations de solidarité est l'affilié.

7.2 Entrée en vigueur et paiement des primes

Le contrat entre en vigueur à la date indiquée dans le Certificat Personnel. La date de paiement d'une prime est la date valeur de cette prime sur le compte bancaire de l'assureur. Le paiement des primes se fait directement par l'Inami à l'assureur.

7.3 Droits de l'affilié

Sans préjudice de l'application de restrictions légales et conventionnelles, comme celles qui découlent de la présence de réserves bloquées (voir 1.4.5.1), l'affilié peut :

- désigner et modifier le(s) bénéficiaire(s) des prestations d'assurance;
- résilier le contrat ou opérer le rachat total ou partiel des réserves, sous forme soit de versement de la valeur de rachat à partir de l'âge de 60 ans ou à partir de la retraite antérieure, soit de transfert des réserves vers une autre compagnie d'assurances ou un autre organisme de pension où il a conclu un contrat Inami;
- obtenir une avance sur les prestations assurées, dans les limites décrites ci-dessous;
- mettre les droits découlant du contrat en gage ou les céder à un tiers, dans les limites décrites ci-dessous.

L'affilié peut faire affecter le contrat en garantie du financement de biens immobiliers, dans le respect de la législation susvisée en la matière. Cette législation dispose plus précisément qu'une avance et/ou une mise en gage (y compris une cession de droits à un tiers) ne peut être consentie(s) que pour permettre à l'affilié d'acquiescer, de construire, d'améliorer, de réparer ou de transformer des biens immobiliers situés en Union européenne qui génèrent des revenus imposables. En outre, les avances et les emprunts doivent être remboursés dès que les biens précités quittent le patrimoine de l'affilié. L'affilié peut obtenir les conditions, les limitations et les modalités y relatives auprès de l'assureur. L'attention est attirée sur le fait que l'affectation du contrat au financement de biens immobiliers peut impliquer que les réserves du contrat ne peuvent être rachetées par l'affilié et que la possibilité pour l'affilié de faire modifier les couvertures de risque et les modes de placement s'en trouvent limitées, voire même que l'assureur modifie des couvertures de risque et des modes de placement. Lorsque le droit de rachat est cédé à un tiers dans le cadre de l'affectation du contrat au financement de biens immobiliers, les modalités en sont fixées dans l'acte d'avance ou dans l'avenant de mise en gage.

7.4 Acceptation de la désignation bénéficiaire

Tout bénéficiaire peut accepter le bénéfice des couvertures dès avant leur exigibilité, moyennant un avenant au Certificat Personnel signé par lui, l'affilié et l'assureur. L'acceptation du bénéfice a, sauf dans les cas où la législation autorise la révocation, entre autres pour effet que la résiliation, la révocation et la modification de la désignation bénéficiaire, le rachat, l'obtention d'une avance, la mise en gage et la cession des droits requièrent l'accord écrit du bénéficiaire acceptant.

7.5 Non-paiement des primes / épuisement des réserves

A défaut d'autre choix autorisé de l'affilié et confirmé par écrit par l'assureur et sans préjudice d'éventuelles restrictions qui découlent de la présence de réserves bloquées (voir 1.4.5.1), les primes de risque nécessaires au maintien de la couverture 'capital-décès' dans sa dernière situation assurée (montant nominal (minimal) éventuellement indexé et période de couverture), continuent, à défaut de poursuite de paiement de primes, d'être soustraites des réserves (libres) du (des) contrat(s) (conjoint(s)) jusqu'à épuisement de celles-ci. Après épuisement de ces réserves (libres), il est mis fin à la 'couverture décès supplémentaire', mais au plus tôt 30 jours après que l'assureur en ait informé l'affilié par lettre recommandée (voir cependant 2.3.5). Il est mis fin aux couvertures 'capital-décès par accident' et 'rente en cas d'incapacité de travail' 30 jours après que l'assureur en ait informé l'affilié par lettre recommandée (voir cependant 2.3.5).

Si, quelle qu'en soit la raison, l'assureur constate que les réserves (libres) sont devenues insuffisantes pour continuer de soustraire les primes de risque nécessaires à la 'couverture décès supplémentaire', il peut mettre fin prématurément à cette couverture. Cette cessation anticipée intervient cependant au plus tôt 30 jours après que l'assureur en ait informé l'affilié par lettre recommandée (voir cependant 2.3.5).

7.6 Liquidation en rente viagère

Le capital-pension, le versement de la valeur de rachat qui revient à l'affilié, ainsi que le capital-décès et le capital-décès par accident peuvent, après imputation des éventuel(le)s retenues légales, chargements, indemnités et autres sommes qui seraient encore du(e)s à l'assureur ou à des

tiers (comme un créancier gagiste), être convertis en une rente viagère sur demande écrite du (des) bénéficiaire(s), mais uniquement si le montant annuel de la rente initiale pour le bénéficiaire concerné excède le seuil fixé par la loi.

Sans préjudice de l'application de dispositions impératives en la matière, le montant de la rente est fixé sur la base des tarifs (garantis ou non) que l'assureur applique en la matière à la date à laquelle la rente prend cours, en tenant compte d'une indexation annuelle de 2% par progression géométrique et, en ce qui concerne le capital-pension ou le versement de la valeur de rachat qui revient à l'affilié, d'une réversibilité de cette rente. La réversibilité indique que lors du décès de l'affilié après la date à laquelle la rente a pris cours, son paiement se poursuit à titre viager à concurrence de 80% en faveur du partenaire de l'affilié (qui était déjà son partenaire à la date à laquelle la rente initiale a pris cours). Est considérée comme partenaire, la personne avec qui l'affilié est marié et non séparé de corps et de biens ou, à défaut, la personne avec qui l'affilié 'cohabite légalement' selon les articles 1475 et suivants du code civil ou selon une législation étrangère similaire.

L'assureur verse les rentes viagères, après imputation des éventuelles retenues légales et ce, après réception de tous les documents sollicités par lui et d'une quittance de liquidation dûment complétée et signée par le bénéficiaire (et par l'éventuel bénéficiaire de la réversibilité).

En cas de demande de conversion d'un capital en rente viagère comme indiqué ci-dessus, l'assureur a toutefois le droit de transférer ce capital à un autre organisme de pension qui prend à sa charge toutes les obligations de rente et ce, dans le respect des éventuelles dispositions impératives en la matière. En cas d'un tel transfert, l'assureur est délié de toute obligation afférente à la rente et à son versement.

7.7 Certificat Personnel et fiche de pension annuelle

L'assureur établit lors de l'entrée en vigueur et lors de toute modification du contrat Inami un Certificat Personnel (actualisé) qu'il remet à l'affilié (le dernier Certificat délivré remplace toujours le précédent). L'assureur émet aussi annuellement une 'fiche de pension' qu'il remet à l'affilié, sauf s'il est bénéficiaire de rente. En cas de jonction avec une assurance de groupe et/ou un engagement individuel de pension (voir 1.2), les données du contrat Inami sont cependant intégrées dans le Certificat Personnel et les fiches de pension de cette assurance de groupe et/ou de cet engagement individuel de pension qui sont remis directement à l'affilié (qui est également preneur d'assurance du contrat Inami) ou par l'intermédiaire du preneur d'assurance de l'assurance de groupe et/ou de l'engagement individuel de pension. L'affilié est supposé marquer intégralement son accord sur le contenu de son Certificat Personnel et ses fiches de pension, sauf s'il a communiqué par écrit ses remarques à l'assureur dans les 30 jours après que l'assureur l'ait délivré.

7.8 Régime de solidarité

Les contrats Inami sont toujours accompagnés d'un 'Régime de Solidarité' tel que visé à l'article 46 de la loi-programme (I) du 24 décembre 2002. L'organisateur du Régime de Solidarité est l'assureur. Le fonctionnement du Régime de Solidarité et la nature et l'étendue des prestations de solidarité qu'il offre sont fixés dans le 'Règlement de solidarité' (dont le texte est communiqué à l'affilié sur simple demande) et les dispositions y afférentes du Certificat Personnel.

Les prestations de solidarité sont financées par une 'cotisation de solidarité' qui s'élève à 10% de l'intervention Inami (ou, en présence d'une couverture 'rente en cas d'incapacité de travail', à 10% de la partie de l'intervention Inami qui n'est pas affectée à cette couverture) et qui est soustraite en principe le 31 décembre de chaque année aux réserves de pension (voir le Règlement de Solidarité pour de plus amples précisions).

Sauf indication contraire, les dispositions des présentes Conditions Générales ne s'appliquent pas au Régime de Solidarité. Lorsqu'un contrat Inami est conjoint avec un ou plusieurs autres contrats (voir 1.2), cette jonction ne porte jamais sur le Régime de solidarité.

7.9 Législation applicable

Le contrat est régi par la législation belge relative aux assurances-vie individuelles et aux assurances complémentaires en général et relative aux contrats Inami qui répondent aux conditions léga-

les concernant les contrats 'pension complémentaire libre des indépendants' sociaux en particulier. Si l'affilié est établi en dehors de la Belgique, les parties optent expressément, si la loi l'autorise ainsi, pour l'application du droit belge relatif aux assurances-vie individuelles et aux assurances complémentaires.

8. FONCTIONNEMENT DE L'ASSURANCE INDIVIDUELLE

8.1 Contexte

Le point 8 s'applique :

- au contrat assurance individuelle avec régime fiscal 'classique' (art. 145¹, 2° CIR 92);
- au contrat assurance individuelle avec régime fiscal 'épargne-pension' (art. 145¹, 5° CIR 92).

Les assurés des couvertures sont :

- pour la couverture 'capital en cas de décès successif' : le preneur d'assurance et l'autre assuré mentionné sur le Certificat Personnel;
- pour la couverture 'capital-décès additionnel' : l'assuré mentionné sur le Certificat Personnel, autre que le preneur d'assurance;
- pour toutes les autres couvertures : le preneur d'assurance.

8.2 Entrée en vigueur et paiement des primes

Le contrat entre en vigueur à la date indiquée dans le Certificat Personnel. La date de paiement d'une prime est la date valeur de cette prime sur le compte bancaire de l'assureur. Le paiement de prime se fait directement sur le compte bancaire indiqué par l'assureur avec mention des références communiquées ou par domiciliation, selon ce qui a été convenu. Le paiement de prime n'est pas obligatoire, sauf si le preneur d'assurance s'y est obligé par un autre engagement que le contrat (comme un emprunt ou un crédit).

Sans préjudice de l'application de limitations fiscales dans le cadre du régime fiscal de l'épargne-pension et pour autant que le Certificat Personnel l'autorise de manière explicite, des primes complémentaires peuvent être versées sur le compte bancaire indiqué par l'assureur en sus de la (des) prime(s) convenue(s) et ce, selon les modalités convenues.

8.3 Droits du preneur d'assurance

Sans préjudice de l'application de restrictions légales et conventionnelles, comme celles qui découlent de la présence de réserves bloquées (voir 1.4.5.1), le preneur d'assurance peut

- désigner et modifier le(s) bénéficiaire(s) des prestations d'assurance;
- faire opérer un changement de règles ou de mode de placement;
- résilier le contrat ou opérer le rachat total ou partiel des réserves sous forme de versement de la valeur de rachat;
- mettre les droits découlant du contrat en gage ou les céder à un tiers.

8.4 Acceptation de la désignation bénéficiaire

Tout bénéficiaire peut accepter le bénéfice des couvertures dès avant leur exigibilité, moyennant un avenant au Certificat Personnel signé par lui, le preneur d'assurance et l'assureur. L'acceptation du bénéfice a, sauf dans les cas où la législation autorise la révocation, entre autres pour effet que la résiliation, la révocation et la modification de la désignation bénéficiaire, le rachat, l'obtention d'une avance, la mise en gage et la cession des droits requièrent l'accord écrit du bénéficiaire acceptant.

8.5 Non-paiement des primes / épuisement des réserves

En cas de non-paiement des primes prévues, le preneur d'assurance est averti des conséquences du non-paiement par une lettre de rappel ordinaire.

A défaut d'autre choix autorisé du preneur d'assurance et confirmé par écrit par l'assureur et sans préjudice d'éventuelles restrictions qui découlent de la présence de réserves bloquées (voir 1.4.5.1), les primes de risque nécessaires au maintien des couvertures en cas de décès autres que la couverture 'capital-décès par accident' dans leur dernière situation assurée (montant nominal (minimal) éventuellement indexé et période de couverture), continuent, dès la première échéance impayée, d'être soustraites des réserves de risque et de pension (libres) concernées du (des) contrat(s) (conjoint) jusqu'à épuisement respectif de celles-ci. Après épuisement des réserves (libres) concernées, il est mis fin aux couvertures de risque concernées, mais au plus tôt 30 jours après que l'assureur en ait informé le preneur d'assurance par lettre recommandée (voir cependant 2.3.5). Il est mis fin à la couverture 'capital-décès par accident' et aux couvertures en cas d'incapacité de travail 30 jours après que l'assureur en ait informé le preneur d'assurance par lettre recommandée (voir cependant 2.3.5).

Dans la mesure où l'assureur fait une attribution dans le cadre de la couverture 'exonération de primes en cas d'incapacité de travail', cette attribution est, sauf s'il en est convenu autrement, affectée par priorité au maintien du financement des couvertures de risque et à la poursuite de l'alimentation des réserves de risque en vue du maintien des couvertures de risque concernées dans leur dernière situation assurée (montant nominal (minimal) éventuellement indexé, périodes de couverture et de paiement, délai de carence, etc.) (voir également 2.2.1.4.5 en ce qui concerne l'exonération de primes 'endogène' pour les couvertures 'rentes d'incapacité de travail').

Si, quelle qu'en soit la raison, l'assureur constate que les réserves (libres) sont devenues insuffisantes pour continuer de soustraire les primes de risque nécessaires pour la (les) couverture(s) de risque concernée(s), il peut mettre fin prématurément à cette (ces) couverture(s). Cette cessation anticipée intervient cependant au plus tôt 30 jours après que l'assureur en ait informé le preneur d'assurance par lettre recommandée (voir cependant 2.3.5).

8.6 Certificat Personnel et fiche de pension annuelle

L'assureur établit lors de l'entrée en vigueur et lors de toute modification du contrat 'assurance individuelle' un Certificat Personnel (actualisé) qu'il remet au preneur d'assurance (le dernier Certificat délivré remplace toujours le précédent). L'assureur émet aussi annuellement une 'fiche de pension' qu'il remet au preneur d'assurance. En cas de jonction avec une assurance de groupe et/ou un engagement individuel de pension (voir 1.2), les données du contrat 'assurance individuelle' sont cependant intégrées dans le Certificat Personnel et les fiches de pension de cette assurance de groupe et/ou de cet engagement individuel de pension qui sont remis directement à l'affilié (qui est également preneur d'assurance du contrat 'assurance individuelle') ou par l'intermédiaire du preneur d'assurance de l'assurance de groupe et/ou de l'engagement individuel de pension. Le preneur d'assurance est supposé marquer intégralement son accord sur le contenu de son Certificat Personnel et ses fiches de pension, sauf s'il a communiqué par écrit ses remarques à l'assureur dans les 30 jours après que l'assureur l'ait délivré.

8.7 Législation applicable

Le contrat est régi par la législation belge relative aux assurances-vie individuelles et aux assurances complémentaires. Si le preneur d'assurance est établi en dehors de la Belgique, les parties optent expressément, si la loi l'autorise ainsi, pour l'application du droit belge.

9. DISPOSITIONS COMMUNES

9.1 Nature juridique des couvertures

La couverture 'capital-décès', le(s) contrat(s) (conjoint) concerné(s), ainsi que les éventuelles couvertures 'capital-décès additionnel' et 'capital en cas de décès successif' forment ensemble le contrat principal. Toutes les autres couvertures sont des assurances complémentaires au contrat principal. Ceci implique entre autres que :

- le preneur d'assurance - dans le cadre des contrats transférés et non-transférés, l'affilié - a, dans ses rapports avec l'assureur, le droit de mettre fin aux assurances complémentaires à tout moment et indépendamment du sort du contrat principal;

- les dispositions des conditions générales relatives au contrat principal s'appliquent également aux assurances complémentaires, sauf s'il y est dérogé ou si le contexte laisse apparaître qu'elles ne s'appliquent qu'au seul contrat principal;
- la résiliation ou le rachat total du contrat principal entraîne de plein droit la cessation des assurances complémentaires;
- la cessation du paiement des primes pour le contrat principal implique de plein droit la cessation du paiement des primes pour les assurances complémentaires.

Les assurances complémentaires n'ont ni valeur de rachat ni valeur de réduction ou de conversion.

9.2 Remise en vigueur

Lorsqu'il est mis fin au paiement des primes pour un contrat, le preneur d'assurance - dans le cadre des contrats transférés et non-transférés, l'affilié - peut en demander la remise en vigueur sur demande écrite dans les 3 ans. Ceci vaut également, sauf en ce qui concerne les contrats auxquels les dispositions légales en matière de remise en vigueur ne sont pas applicables, en cas de rachat, si ce n'est que dans ce cas le délai est ramené à 3 mois et que les réserves rachetées doivent en outre être reversées (sans nouveaux chargements d'entrée) à l'assureur. L'assureur subordonne la remise en vigueur des couvertures de risque à ses critères d'acceptation (voir 2.3.2). La remise en vigueur prend effet à la date mentionnée sur le nouveau Certificat Personnel.

9.3 Versements

L'assureur peut subordonner tout paiement (aussi en cas de résiliation, de rachat et d'avance) à la présentation des documents qu'il juge nécessaires. L'assureur verse les sommes dues, après imputation d'éventuel(le)s retenues légales, chargements, indemnités et autres sommes qui seraient encore du(e)s à l'assureur ou à des tiers (comme un créancier gagiste), dans les 30 jours après réception des documents demandés et, si la demande en est faite, après réception d'une quittance de règlement signée.

Lorsqu'un montant est dû à plusieurs personnes, l'assureur peut exiger que les intéressés désignent une personne pourvue de procurations dûment authentifiées l'autorisant à recevoir le versement conjointement en leur nom.

L'assureur ne peut être tenu d'effectuer un quelconque versement en cas de décès à un bénéficiaire qui a intentionnellement provoqué le décès de l'assuré ou un des assurés ou qui y a instigué. Dans ce cas, l'assureur peut agir comme si cette personne n'était pas bénéficiaire.

L'assureur ne bonifie pas d'intérêts pour un retard de paiement suite à une circonstance indépendante de sa volonté.

9.4 Correspondance et preuve

Sauf si les dispositions qui précèdent ou si des dispositions impératives l'indiquaient autrement, tout avis d'une partie à l'autre peut se faire par lettre ordinaire. L'assureur peut, sans pour autant y être obligé, considérer comme valable tout avis formulé d'une autre manière (télécopie, e-mail, ...).

Tout avis et toute correspondance entre parties se fait valablement à la dernière adresse (de correspondance) qu'elles se sont mutuellement communiquée. L'envoi d'une lettre recommandée se prouve par la production du récépissé de la poste. L'existence et le contenu de tout document et de toute correspondance se prouvent par la production de l'original ou, à défaut, de sa copie dans les dossiers de l'assureur.

9.5 Modification des conditions générales

L'assureur peut modifier les Conditions Générales pour des raisons justifiées (par exemple dans le cadre d'une modification de la législation), dans le respect des éventuelles restrictions impératives en la matière, dans les limites de la bonne foi et sans porter atteinte aux caractéristiques essentielles du (des) contrat(s). L'assureur en informe par écrit le preneur d'assurance - dans le cadre des contrats transférés et non transférés, l'affilié - et lui communique la nature et les raisons des modifications apportées, ainsi que la date à laquelle les nouvelles Conditions Générales prennent effet.

9.6 Clauses non valables

Une clause éventuellement contraire à une disposition impérative n'affecte pas la validité du (des) contrat(s). Cette clause est alors remplacée par la disposition impérative méconnue et sera censée avoir été établie dès la conclusion du (des) contrat(s) en conformité avec cette disposition impérative.

9.7 Régime fiscal applicable

En ce qui concerne le régime fiscal applicable, il est renvoyé au document « Informations fiscales » remis au preneur d'assurance à la conclusion du contrat. Pour de plus amples renseignements concernant le régime fiscal applicable, les intéressés peuvent s'adresser à l'assureur. La responsabilité de l'assureur ne peut cependant aucunement être engagée si certains avantages fiscaux escomptés n'étaient ou ne pouvaient être obtenus ou si une pression (para)fiscale inattendue grevait le(s) contrat(s).

Le preneur d'assurance et l'assureur se réservent le droit de limiter l'affectation des primes à la constitution de réserves de risque et de pension et/ou de limiter la soustraction ou la retenue de primes de risque si des limitations fiscales étaient transgressées.

9.8 Paiement des prestations - Prévention du blanchiment des capitaux

Les prestations dues par l'assureur sont payées au(x) bénéficiaire(s) après remise du contrat et de ses avenants.

Si le paiement résulte de la vie de l'assuré, les documents suivants doivent être ajoutés :

- un certificat de vie à l'échéance mentionnant la date de naissance de l'assuré;
- une copie de la carte d'identité de chacun des bénéficiaires ou si le preneur d'assurance est une personne morale, une copie des statuts de la société ainsi qu'une copie des cartes d'identité des mandataires, des administrateurs ou des personnes qui ont le pouvoir de représenter la société.

Si le paiement résulte du décès de l'assuré, les documents suivants doivent être ajoutés :

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

Le preneur d'assurance personne morale transmettra à l'assureur la liste de ses actionnaires-personnes physiques détenant au moins 25% des actions, des droits ou des biens de la société qui conclut le contrat. Si l'actionnaire principal du preneur d'assurance est une personne morale, la liste des actionnaires-personnes physiques de cette société sera jointe au Formulaire de Souscription. Si les titres de la société sont au porteur ou dématérialisés, l'actionnaire détenant au moins 25% des actions doit conformément à l'article 515bis du code des sociétés, communiquer au preneur d'assurance l'état de sa participation. La même liste est requise en cas de rachat.

9.9 Protection de la vie privée

Les données à caractère personnel communiquées à l'assureur servent exclusivement pour les finalités suivantes: évaluation des risques assurés, gestion de la relation commerciale, du contrat d'assurance et des sinistres garantis par le contrat, surveillance du portefeuille, prévention des abus et des fraudes. A ces seules fins, elles peuvent, si nécessaire, être transmises à un réassureur, un expert ou à un conseil. Ces données sont accessibles par les services d'acceptation et de gestion sinistres ainsi que par le Service juridique et de Compliance dans le cadre d'un éventuel litige ou d'un contrôle et par le Service Audit interne dans le cadre strict des missions qui lui sont confiées.

L'assuré donne par la présente son consentement quant au traitement des données relatives à sa santé par le Service médical et par les destinataires précités lorsqu'il est nécessaire à la gestion du contrat ou d'un sinistre.

L'assuré accepte que le preneur d'assurance et l'intermédiaire puissent avoir connaissance du contenu du contrat et de ses éventuelles clauses d'exclusion.

Le défaut de communiquer les données requises peut entraîner pour l'assureur, selon le cas, l'impossibilité pour elle ou son refus d'engager une relation commerciale, de poursuivre une telle relation ou d'exécuter une opération que la personne concernée aurait sollicitée.

Toute personne justifiant de son identité a le droit d'obtenir communication des données que le fichier contient à son sujet en adressant une demande datée et signée au service :

Protection de la Vie Privée, Allianz Belgium s.a, Rue de Laeken 35 à 1000 Bruxelles.

Cette demande sera accompagnée d'une copie de sa carte d'identité et mentionnera le nom et l'adresse du médecin auquel notre médecin conseil pourra communiquer les éventuelles données relatives à sa santé. Cette personne a, par ailleurs, le droit d'obtenir sans frais la rectification ou la suppression de ses données en cas d'inexactitude, ainsi que de s'opposer au traitement à des fins de marketing direct en en faisant la mention expresse à côté de sa signature sur le présent document.

9.10 Plaintes et litiges

Toute plainte au sujet du contrat peut être adressée :

- à l'Ombudsman des Assurances, Square de Meeüs 35 à 1000 Bruxelles, fax : 02/547.59.75, info@ombudsman.as, ou
- au service Médiation Clientèle de la compagnie Allianz Belgium s.a, Rue de Laeken 35 à 1000 Bruxelles, fax : 02/214.61.71, Mediation@allianz.be

sans préjudice de la possibilité pour l'intéressé d'intenter une action en justice.

9.11 Avertissement

Toute escroquerie ou tentative d'escroquerie envers l'assureur entraîne non seulement la résiliation du contrat d'assurance, mais fait également l'objet de poursuites pénales sur base de l'article 496 du Code pénal.

Allianz Belgium s.a.
Rue de Laeken 35
1000 Bruxelles

Tél. : +32 2 214.61.11
Fax : +32 2 214.62.74

Entreprise d'assurances agréée sous
le numéro de code 0097 pour pratiquer
les branches «Vie» et «non Vie»
A.R. 04/07/79 - M.B. 14/07/79
A.R. 19/05/95 - M.B. 16/06/95
Branche 26 (CBFA 22/08/06 - M.B. 28/08/06)

www.allianz.be

IBAN : BE74 3100 1407 6507
BIC Code : BBRUBEBB
TVA : BE 0403.258.197
RPM Bruxelles

