

CONDITIONS GENERALES

Partie 1 : Dispositions communes

Article 1 : Dans ce contrat on entend par

La Compagnie : la Compagnie d'assurances auprès de laquelle le contrat est souscrit, Belfius Insurance SA, Avenue Avenue Galilée 5, 1210 Bruxelles, entreprise d'assurances agréée sous le n°0037.

L'agence : l'agence bancaire auprès de laquelle le contrat a été établi ou vers laquelle il a été transféré.

Le souscripteur : le preneur d'assurance qui conclut le contrat avec la Compagnie.

L'assuré : la personne sur la tête de laquelle l'assurance est conclue.

Le(s) bénéficiaire(s) : la (les) personne(s) en faveur de laquelle (desquelles) sont stipulées les prestations assurées.

Les primes: les montants versés par le souscripteur. Ces montants ne comprennent pas la taxe annuelle sur les opérations d'assurance visée à l'article 10.

Les primes nettes : les primes diminuées des frais d'entrée.

La réserve : le produit du nombre total d'unités acquises dans le(s) fonds de placement interne(s) par la valeur de chaque unité du fonds de placement interne.

Le jour de valorisation : date à laquelle la valeur d'inventaire est déterminée. La valeur d'inventaire est calculée tous les jours ouvrables bancaires, sauf circonstances exceptionnelles comme stipulé à l'article 5 des présentes conditions générales.

Une unité: la partie élémentaire du fonds de placement interne.

La valeur d'inventaire : la valeur d'une unité.

Terrorisme : une action ou une menace d'action, telle que définie par la loi du 1er avril 2007 relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme. Conformément à cette loi, seul le Comité décide si un événement répond à la définition du terrorisme.

Branche 23 : contrat d'assurance vie lié à des fonds de placement internes sans rendement garanti.

La clé de répartition : la proportion selon laquelle les primes nettes sont investies dans les différents fonds de placements internes.

BI : l'abréviation de « Belfius Invest », tant dans les conditions générales que les conditions particulières, la fiche d'information financière ou le règlement de gestion.

Objectif de remboursement : chaque fonds de placement interne relatif au Belfius Invest Target Income a pour objectif de rembourser annuellement une partie (un pourcentage) des primes nettes versées dans l'assurance Branche 23. Cet objectif annuel de remboursement dépend du fonds de placement interne choisi et du moment du versement de la prime. Chaque prime versée dans votre contrat Belfius Invest Target Income peut donc avoir un objectif annuel de remboursement différent. La gestion des fonds de placement internes est alignée pour essayer d'atteindre cet objectif, mais cet objectif de remboursement ne représente pas une garantie. Des situations de marché peuvent affecter cet objectif de remboursement .

Références : ces conditions générales portent la référence 841001709F.

Article 2 : Le concept «Belfius Invest Target Income»

Le contrat Belfius Invest Target Income est un contrat d'assurance vie lié à des fonds de placement internes où le souscripteur choisit librement la date et le montant des primes qu'il verse. Les primes nettes seront investies dans un fonds de placement interne, sans garantie de rendement, ni de capital, avec une durée déterminée.

Le contrat Belfius Invest Target Income prévoit également une assurance complémentaire dépendance dont les modalités sont décrites dans la seconde partie des conditions générales.

Le montant initial minimal de la prime s'élève à 25.000 EUR. Pour les primes complémentaires, ce montant minimum s'élève à 2.500 EUR.

Article 3 : Quand le contrat prend-il effet et quelle est sa durée ?

Le contrat prend effet dès la signature par le souscripteur des conditions particulières et dès réception du paiement de la première prime par la Compagnie.

Le souscripteur a le droit de demander la résiliation de son contrat dans les trente jours suivant sa date d'effet moyennant la restitution des documents qui lui ont été remis ou adressés. Dans ce cas, la Compagnie remboursera un montant correspondant au produit du nombre total d'unités acquises par fonds de placement interne par la valeur de chaque unité, augmenté des frais d'entrée prélevés. La valeur des unités est déterminée le deuxième jour de valorisation suivant la réception par la Compagnie des documents de demande signés ou endéans les trois jours ouvrables bancaires suivants. La Compagnie peut résilier le contrat dans les trente jours de la réception du contrat présigné. Dans ce cas, la Compagnie remboursera un montant correspondant au produit du nombre total d'unités acquises par la valeur de chaque unité de chaque fonds de placement interne, augmenté des frais d'entrée prélevés. La valeur des unités est déterminée le deuxième jour de valorisation qui suit l'envoi de la notification de résiliation ou endéans les trois jours ouvrables bancaires suivants. La conversion en unités s'effectue conformément aux délais déterminés dans les règlements de gestion des fonds de placement internes. La durée du contrat est déterminée. Le contrat prend fin à la date d'échéance mentionnée dans les conditions particulières, en cas de rachat total ou en cas de décès de l'assuré, et ne prendra pas effet si aucune prime n'est payée dans le cadre du présent contrat endéans les douze mois suivant la date de souscription.

Article 4 : Comment les primes sont-elles investies ?

Le souscripteur choisit librement dans quel fonds de placement interne ses primes nettes seront investies. Le souscripteur ne peut choisir qu'un fonds de placement interne par contrat. Le fonds de placement interne choisi par le souscripteur est mentionné dans les conditions particulières. La prime nette est affectée à l'acquisition d'unités du fonds de placement interne.

La conversion en unités s'effectue le deuxième jour de valorisation qui suit la date de réception de la prime par la Compagnie, ou endéans les trois jours ouvrables bancaires suivants. Le nombre d'unités acquises sera arrondi à trois décimales. La valeur du contrat d'assurance s'obtient en effectuant le produit du nombre total d'unités de chaque fonds de placements interne par la valeur de chaque unité.

La politique d'investissement de la Compagnie concernant les fonds de placement internes est décrite dans les rapports qu'elle établit régulièrement. Au lancement du produit, un seul fonds de placement interne est disponible mais d'autres fonds pourraient être disponibles dans le futur.

Article 5 : La Compagnie peut-elle suspendre le calcul de la valeur des unités ?

La Compagnie est autorisée à suspendre provisoirement le calcul de la valeur des unités, et de ce fait également les opérations d'investissement et de rachat

- lorsqu'il existe une situation grave telle que la Compagnie ne peut pas évaluer correctement les avoirs et/ou engagements du fonds de placement interne, ne peut pas normalement en disposer ou ne peut pas le faire sans porter un préjudice grave aux intérêts des souscripteurs ou du (des) bénéficiaire(s) des contrats liés à ce fonds de placement interne;
- lorsque la Compagnie est incapable de transférer des fonds ou de réaliser des opérations à des prix ou à des taux de change normaux ou que des restrictions sont imposées aux marchés des changes ou aux marchés financiers ;
- lorsqu'une bourse ou un marché sur lequel une part substantielle de l'actif du fonds de placement interne est cotée ou se négocie, ou un marché des changes important sur lequel sont cotées ou négociées les devises dans lesquelles la valeur des actifs nets est exprimée, est fermé, pour une raison autre que pour congé régulier ou lorsque les opérations y sont suspendues ou soumises à des restrictions ;
- lors d'un retrait substantiel du fonds de placement interne qui est supérieur à 80 % de la valeur du fonds de placement interne ou à 1.250.000 EUR indexé.

Si cette suspension se prolonge, la Compagnie informera les souscripteurs par la presse ou par tout autre moyen jugé approprié.

Les opérations ainsi suspendues seront exécutées au plus tard le huitième jour ouvrable bancaire après la fin de cette suspension. Les fonds de placement internes sont gérés dans l'intérêt exclusif du souscripteur et/ou des bénéficiaires.

Les souscripteurs peuvent exiger le remboursement des primes effectués durant cette période, diminués des montants utilisés pour couvrir les garanties prévues dans le contrat.

Article 6 : Que se passe-t-il si un fonds de placement interne est liquidé ?

En cas de liquidation d'un fonds de placement interne, le souscripteur sera averti par la Compagnie et pourra communiquer son choix quant au sort des unités qu'il avait acquises dans ce fonds de placement interne:

- soit une conversion gratuite dans un des autres fonds de placement internes proposés par la Compagnie;
- soit le rachat sans frais des unités concernées sur base de leur valeur unitaire acquise à la date de liquidation d'un fonds de placement interne ;
- soit le transfert sans frais vers un nouveau contrat respectant la stratégie d'investissement du souscripteur. Ce transfert sera sans aucune attribution de valeur de rachat.

Si le souscripteur ne fait aucun choix dans un délai d'un mois après réception du courrier mentionnant les alternatives proposées par la Compagnie, celle-ci exécutera automatiquement l'alternative proposée par défaut, telle que détaillée dans le courrier envoyé par la Compagnie.

Article 7 : Quels sont les paiements prévus à la demande du souscripteur ?

7.1 Rachat total

Le rachat total est l'opération par laquelle le souscripteur résilie son contrat avec paiement par la Compagnie de la réserve, le cas échéant diminué des frais de sortie.

Le souscripteur peut, à tout moment, demander le rachat total par un formulaire daté et signé, introduit en agence. Le contrat prend fin en cas de rachat total.

Le rachat total s'effectue conformément à ce formulaire de demande par le souscripteur, le deuxième jour de valorisation ou endéans les trois jours ouvrables bancaires suivants, après réception par la Compagnie du document de demande signé. Le versement sera obligatoirement effectué sur un compte bancaire.

En cas de bénéficiaire(s) acceptant(s), la demande de rachat doit être signée par le souscripteur et par le(s) bénéficiaire(s) acceptant(s).

7.2 Rachats partiels

7.2.1 Généralités

Le souscripteur peut à tout moment demander un rachat partiel par un formulaire daté et signé, introduit en agence. Le rachat partiel s'effectue conformément à ce formulaire de demande par le souscripteur le deuxième jour de valorisation ou maximum trois jours ouvrables bancaires suivants, après réception par la Compagnie du document de demande signé et sera obligatoirement versé sur un compte bancaire.

En cas de bénéficiaire(s) acceptant(s), la demande de rachat partiel doit être signée par le souscripteur et par le(s) bénéficiaire(s) acceptant(s).

Le rachat partiel est uniquement autorisé à partir d'une réserve restante minimum par fonds de placement interne. Ce minimum est fixé par la Compagnie. En cas de rachat partiel, la Compagnie rembourse en priorité la réserve qui est constituée par les plus anciennes primes versées.

Les rachats partiels supplémentaires (en dehors de la formule Comfort décrite ci-dessous) ont pour conséquence que l'objectif annuel de remboursement ne peut être maintenu sur la réserve restante.

7.2.2 La formule Comfort

La formule Comfort est l'opération simplifiée par laquelle le souscripteur demande à la Compagnie d'effectuer des rachats partiels mensuels payables sur un compte bancaire. Cette formule Comfort est optionnelle et peut être activée ou désactivée à tout instant durant le contrat. La date d'exécution des rachats mensuels sera communiquée dans la lettre de confirmation de paiement de la première prime. Cette lettre de confirmation fait partie intégrante du contrat d'assurance.

Le pourcentage annuel de rachat (qui déterminera le montant des rachats partiels mensuels) selon la formule Comfort à la souscription, est égal à l'objectif annuel de remboursement du fonds de placement interne choisi au moment de la souscription.

Le montant mensuel de chaque rachat partiel (selon la formule Comfort), qui est déterminé pour chaque prime, est égal à l'objectif annuel de remboursement du fonds de placement interne applicable à cette prime, multiplié par la prime nette versée, ensuite divisé par 12.

A chaque versement de prime ou rachat partiel complémentaire (hors formule Comfort), le montant mensuel des rachats selon la formule Comfort est adapté automatiquement.

Pour chaque versement de prime complémentaire :

- l'objectif annuel de de remboursement de la prime complémentaire peut être différent que celui déterminé au moment de la souscription ;
- le nouveau montant mensuel de rachat selon la formule Comfort sera égal à l'ancien montant mensuel augmenté par le montant qui résulte du produit de la prime nette complémentaire et de l'objectif annuel de remboursement du

fonds au moment du versement de la prime, ensuite divisé par 12.

- La date d'exécution et l'augmentation du montant mensuel de rachat selon la formule Comfort seront communiquées dans la lettre de confirmation de paiement de la prime.

Si après la souscription, des rachats partiels complémentaires sont effectués (en dehors des rachats selon la formule Comfort), le montant mensuel de la formule Comfort sera revu proportionnellement à la baisse par rapport à la réserve restante dans le fonds de placement interne. La date d'exécution et la diminution du montant mensuel de rachat selon la formule Comfort seront communiquées dans la lettre de confirmation du rachat partiel.

7.2.2.1 Stipulations

La date d'exécution du premier rachat partiel dans le cadre de la formule Comfort et le montant, seront communiqués dans la lettre de confirmation de paiement de la première prime.

Le souscripteur ne peut déterminer lui-même ou modifier le pourcentage ou le montant des rachats partiels dans le cadre de la formule Comfort.

Ce pourcentage est toujours égal à l'objectif annuel de remboursement du fonds de placement interne applicable à cette prime au moment du paiement de la prime. Le souscripteur a par ailleurs la possibilité de modifier (uniquement le compte bancaire) ou d'arrêter la formule Comfort.

Il n'est pas possible de modifier le rachat partiel effectué dans le cadre de la formule Comfort 10 jours ouvrables précédant la date d'exécution du prochain rachat partiel.

La modification entrera en vigueur à la date demandée comme mentionnée dans l'avenant, moyennant réception et approbation par la Compagnie du formulaire de modification signé par le souscripteur, introduit en agence.

Si le(s) bénéficiaire(s) du contrat accepte(nt) la qualité de bénéficiaire(s), la demande de suppression des rachats partiels doit être signée tant par le souscripteur que par le(s) bénéficiaire(s) acceptant(s).

7.2.2.2 Modalités

Les modifications dans le cadre de la formule Comfort s'effectuent conformément à un formulaire de demande daté et signé établi en agence.

Les rachats partiels effectués selon la formule Comfort ne feront pas l'objet de frais de sortie et ils seront versés obligatoirement sur un compte bancaire. Si l'assuré n'est pas le souscripteur, la Compagnie se réserve le droit, à tout moment, d'exiger que le souscripteur produise la preuve de vie de l'assuré. A défaut de satisfaire à cette demande dans un délai de 30 jours, la Compagnie suspendra le paiement des rachats partiels. Dès que la Compagnie est avertie du décès du souscripteur ou de l'assuré, plus aucun rachat ne pourra être effectué.

Article 8 : Quels sont les paiements prévus en cas de décès de l'assuré et en cas de vie ?

En cas de décès de l'assuré, la Compagnie paie sur un compte bancaire un montant assuré au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) dans les conditions particulières.

Ce montant correspond au produit du nombre total d'unités acquises par la valeur de chaque unité, déterminée le deuxième jour de valorisation ou endéans les trois jours ouvrables bancaires suivants, après réception par la Compagnie d'un extrait de l'acte de décès de l'assuré.

Ce montant est éventuellement diminué des rachats éventuels effectués après la date du décès.

En cas de décès de l'assuré provoqué par le fait intentionnel du souscripteur ou d'un (des) bénéficiaire(s) ou à leur instigation, ce capital sera versé aux autres bénéficiaires du contrat ou à la succession du souscripteur.

En cas de vie de l'assuré à la date d'expiration du contrat, la Compagnie paie sur un compte bancaire, un montant au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) dans les conditions particulières. Ce montant correspondant au produit du nombre total d'unités restantes par fonds de placement interne par la valeur de chaque unité à la date d'expiration du contrat.

Article 9 : Quels sont les frais ?

Les frais d'entrée sont dégressifs selon les montants investis par contrat. Il est tenu compte des versements antérieurs pour déterminer les frais d'entrée appliqués à la nouvelle prime.

Pour chaque prime ...		les frais d'entrée sont fixés à
De	0,00 EUR à 49.999,99 EUR	2,50%
de	50.000,00 EUR à 124.999,99 EUR	1,75%
de	125.000,00 EUR à 249.999,99 EUR	1,00%
à partir de	250.000,00 EUR	0,75%

En cas de rachat partiel ou total suivant la date de prise d'effet du contrat, la Compagnie déduit, sur le montant liquidé, des frais de sortie qui s'élèvent à 5%, 4%, 3%, 2% ou 1% de la réserve, selon que la demande de rachat est effectuée au cours de la 1^{ère}, la 2^{ème}, la 3^{ème}, la 4^{ème} ou la 5^{ème} année du contrat. A partir de la 6^{ème} année, les frais de sortie s'élèvent à 0%.

Il n'y a pas de frais de sortie dans les cas suivants :

- En cas de décès de l'assuré.
- Sur les rachats partiels de la formule Comfort
- 1 fois tous les 12 mois, si le rachat partiel reste limité à 10 % de la réserve à ce moment, avec un maximum de 25.000 EUR. Si le rachat excède plus de 10 % de la réserve ou excède un montant de 25.000 EUR, seule la partie ne dépassant pas 10 % de la réserve ou du montant de 25.000 EUR est exemptée de frais de sortie. En cas de rachats partiels supplémentaires (hors Formule Comfort) endéans les 12 mois, les frais de sortie sont calculés sur la somme totale du rachat. Cette dernière possibilité de rachat partiel gratuit n'est pas cumulable avec la formule Comfort.

Les frais de gestion s'élèvent à maximum 1,2% par an. Ils sont inclus dans la valeur d'inventaire des fonds de placement internes.

Article 10 : Taxes - Fiscalité - Droits de succession

Le traitement fiscal dépend des circonstances individuelles du souscripteur et peut être sujet à des changements futurs. Ce contrat ne permet pas de bénéficier d'avantages fiscaux sur les primes versées. Il est soumis à la taxe annuelle sur les opérations d'assurance calculée sur les primes versées. Ce contrat d'assurance n'est pas soumis au précompte mobilier ou à un autre impôt au moment du paiement des prestations. Tout impôt ou taxe présents ou futurs applicables au contrat ou dus à l'occasion de son exécution sont à charge du souscripteur ou du (des) bénéficiaire(s). En cas de décès de l'assuré, la Compagnie informe l'Administration générale de la documentation patrimoniale des sommes dues au(x) bénéficiaire(s) en vue d'une éventuelle perception de droits de succession ; si, suite au décès du souscripteur, ses droits sont transférés à un cessionnaire, c'est la valeur de rachat qui fera l'objet

de cette information. En ce qui concerne les droits de succession, les dispositions légales et réglementaires belges sont applicables.

Les informations susmentionnées sont fournies à titre strictement indicatif, sous réserve d'éventuelles modifications et/ou d'interprétation de la réglementation/législation fiscale.

Article 11 : Comment le souscripteur désigne-t-il le(s) bénéficiaire(s)?

Le souscripteur désigne librement le(s) bénéficiaire(s). Il peut révoquer ou modifier cette désignation à tout moment sur demande écrite à la Compagnie sauf si le(s) bénéficiaire(s) a (ont) valablement accepté(s) le bénéfice du contrat. Dans ce cas, le souscripteur ne peut modifier la clause bénéficiaire qu'avec l'accord écrit du (des) bénéficiaire(s) acceptant(s). Le(s) bénéficiaire(s) accepte(nt) valablement le bénéfice du contrat par demande écrite à la Compagnie, qui établit un avenant au contrat, daté et signé par le(s) bénéficiaire(s) acceptant(s), le souscripteur et la Compagnie.

Article 12 : Comment s'effectue le paiement des prestations ?

Tout paiement sera effectué contre quittance et en cas de rachat total, de décès ou de résiliation dans les trente jours, après remise à la Compagnie du contrat original et des avenants éventuels. En cas de décès de l'assuré les documents suivants doivent également être joints pour obtenir le paiement des prestations assurées :

- un extrait de l'acte de décès de l'assuré;
- une copie de la carte d'identité du (des) bénéficiaire(s);
- un certificat médical indiquant la cause du décès;
- une copie du procès-verbal mentionnant les circonstances du décès de l'assuré.

si le(s) bénéficiaire(s) n'a(ont) pas été désigné(s) nommément, un certificat ou un acte d'hérédité établissant les droits du(des) bénéficiaire(s) sera requis et dans l'hypothèse où la prestation d'assurance doit être versée à la succession. Cet acte fera mention de l'absence de dettes sociales ou fiscales dans le chef du(des) bénéficiaire(s) ou de l'assuré. Le souscripteur s'engage à informer immédiatement la Compagnie du décès de l'assuré.

En cas de vie de l'assuré à la date d'expiration du contrat, un certificat de vie de l'assuré est également requis pour obtenir le paiement des prestations assurées.

Article 13: Décès causé par le terrorisme

La Compagnie couvre le décès de l'assuré causé par le terrorisme, selon les modalités et dans les limites prévues par la loi du 1er avril 2007 relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme.

La Compagnie est membre à cette fin de l'ASBL TRIP. L'exécution de tous les engagements de l'ensemble des entreprises d'assurances, membres de cette ASBL, est limitée à un montant indexé de 1 milliard d'euros par année civile pour les dommages causés par tous les événements reconnus comme relevant du terrorisme, survenus pendant cette année civile pour tous leurs assurés dans le monde entier.

En cas de modification légale ou réglementaire de ce montant de base, le montant modifié sera automatiquement applicable dès la prochaine échéance suivant la modification, sauf si le législateur a prévu explicitement un autre régime transitoire.

Article 14: Comment le souscripteur peut-il modifier le contrat ?

Pour autant que le bénéfice des contrats n'ait pas été accepté, le souscripteur peut, à tout moment, modifier, avec l'accord de la Compagnie, le contrat par demande écrite, datée et signée, à la Compagnie. En cas d'acceptation du bénéfice des contrats, toute demande de modification doit être signée par le souscripteur et par le(s) bénéficiaire(s) acceptant(s).

Article 15 : Comment la Compagnie avertit-elle le souscripteur ?

Une fois par an, le souscripteur recevra la situation de son contrat au 31 décembre de l'année écoulée reprenant le nombre d'unités, la valeur des unités et les mouvements éventuels de l'année écoulée.

Article 16 : Notifications - Bases légales et contractuelles - Plaintes - Juridiction

Les notifications à adresser au souscripteur sont valablement faites à sa dernière adresse communiquée à la Compagnie. Toute notification d'une partie à l'autre est censée être faite deux jours après la date de son dépôt à la poste. Le souscripteur autorise Belfius Insurance SA à communiquer valablement par le canal des extraits bancaires relatifs à son compte à vue auprès de Belfius Banque SA (avis de paiement, attestations, communications,...). Le contrat est régi par les dispositions de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances et de l'Arrêté Royal du 14 novembre 2003 relatif à l'activité d'assurance sur la vie. Ce contrat ne peut pas être souscrit en reconstitution d'un crédit ni donner lieu à une avance sur les prestations assurées, ni à une participation bénéficiaire. La procédure de datation électronique, qui est appliquée par le scanning des documents, sera, jusqu'à preuve du contraire, considérée comme équivalente à l'apposition d'un cachet dateur sur les documents reçus. Pour être valable, toute notification destinée à la Compagnie doit lui être adressée par écrit.

En cas de problème, vous pouvez adresser vos plaintes tout d'abord auprès de votre agence, de votre chargé de relation ou au Service Gestion des Plaintes, Boulevard Pachéco 44 à 1000 Bruxelles, ou par e-mail: claim@belfius.be.

Si la réponse ne vous satisfait pas, vous pouvez vous adresser au Negotiator Claims de Belfius Banque, Boulevard Pachéco 44 à 1000 Bruxelles, ou par e-mail: negotiationclaims@belfius.be.

A défaut de solution, vous pouvez alors soumettre le différend au "Service de Médiation des Assurances", Square de Meeûs, 35 à 1000 Bruxelles, ou par e-mail: info@ombudsman.as.

Cette procédure n'exclut pas la possibilité d'intenter une action en justice. Les tribunaux belges sont compétents pour les litiges éventuels en rapport avec le contrat d'assurance, sauf disposition contraire des articles 4, 5, 8 à 14 du règlement européen n° 44/2001 du Conseil du 22 décembre 2000 sur la compétence judiciaire, la reconnaissance et l'exécution des décisions en matière civile et commerciale.

Le présent contrat est régi par le droit belge sauf disposition contraire de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.

Article 17 : Information médicale

Le(s) souscripteur(s) donne(nt) par la présente son (leur) autorisation expresse pour le traitement de données concernant son (leur) état de santé exclusivement en vue du traitement et du règlement du contrat. Ces données peuvent uniquement être traitées par le médecin-conseil, l'agence et les membres du personnel de Belfius Insurance SA, dans la mesure où ils sont chargés d'une ou plusieurs tâches en rapport avec ce qui précède, et des tiers éventuels dont l'intervention est nécessaire ou recommandée dans le cadre de l'exécution des tâches précitées, conformément à l'article 7 de la Loi du 8 décembre 1992 relative à la

Protection de la vie privée. Le(s) souscripteur(s) donne(nt) par la présente son (leur) autorisation au médecin traitant pour qu'après son (leur) décès, celui-ci transmette une déclaration sur la cause du décès au médecin conseil de Belfius Insurance SA.

Article 18 : Renseignements sur la protection de la vie privée

Le(s) souscripteur(s) autorise(nt) par la présente Belfius Insurance SA et son agence, en tant que responsables du traitement, à traiter toutes les données à caractère personnel, dans la mesure où c'est légalement obligatoire ou autorisé, ou dans la mesure où c'est nécessaire ou recommandé en vue de la gestion et l'exécution des contrats conclus, l'évaluation de la relation client, l'évaluation du risque, la prévention des abus et la lutte contre la fraude.

Belfius Insurance SA peut conclure des contrats de prestations de services avec des tiers qui traiteront pour elle certaines données de la Clientèle dans le cadre de leurs missions. Belfius Insurance SA prendra les mesures qui s'imposent pour que ces tiers préservent la confidentialité des données et pour garantir la sécurité de ces données, en particulier aussi lorsque cette collaboration implique le transfert de données à caractère personnel dans des pays situés hors de l'Union européenne, dont la législation n'offre pas un niveau de protection équivalent à celui qui est d'application en Belgique ou dans l'Union européenne.

Le souscripteur donne à Belfius Insurance SA l'autorisation de communiquer ses données à caractère personnel aux entreprises liées à Belfius Insurance SA en vue de la transmission par téléphone, courrier, e-mail, fax etc. d'informations à des fins de marketing, promotion et autres sur leurs produits ou services. Le souscripteur a le droit de s'y opposer en envoyant un mail à privacycc@belins.be ou en prenant contact avec son agence.

Le(s) souscripteur(s) a (ont) le droit d'accès et de correction de ses (leurs) données personnelles. Il (Ils) peut (peuvent) faire une demande par écrit auprès de Belfius Insurance en joignant une copie de sa (leurs) carte(s) d'identité. Il (ils) peut (peuvent) également consulter le Registre public auprès de la Commission pour la protection de la vie privée. (La loi du 8/12/1992 relative à la protection de la vie privée en ce qui concerne le traitement des données personnelles).

Article 19 : Domicile

Si le souscripteur change de domicile ou de résidence réelle, il est tenu d'aussitôt en informer la Compagnie. Tant que cette obligation n'aura pas été respectée, la Compagnie aura le droit de considérer la dernière adresse que le souscripteur a communiquée à la Compagnie comme domicile élu.

Si la Compagnie demande au souscripteur des renseignements au sujet du domicile ou de la résidence réelle de l'assuré, le souscripteur est également tenu de les fournir à la Compagnie.

Le souscripteur est tenu de signaler immédiatement tout élément ayant un impact ou pouvant avoir un impact sur l'obligation de la Compagnie de communiquer des éléments contractuels dans le cadre de l'échange de renseignements au niveau international et à des fins fiscales.

Partie 2 : Assurance complémentaire « dépendance »

Les conditions générales de l'assurance principale s'appliquent à cette assurance complémentaire pour autant que les conditions spécifiques de cette assurance complémentaire n'y dérogent pas explicitement.

Article 1 : L'objet de l'assurance complémentaire dépendance

L'objet de l'assurance complémentaire dépendance est d'assurer, dans le cadre des conditions décrites ci-après, un paiement mensuel à vie de la Compagnie à l'assuré en cas de survenance d'une dépendance lourde et permanente. La survenance ne peut avoir lieu que jusqu'à l'échéance de l'assurance principale. L'âge maximum de l'assuré à l'échéance du contrat est de 80 ans et 11 mois.

Article 2 : Date de prise d'effet de l'assurance complémentaire dépendance

L'assurance complémentaire dépendance est souscrite au même moment que l'assurance principale. L'assuré est couvert pour la dépendance lourde et permanente à partir du premier paiement mensuel de la prime d'assurance complémentaire dépendance. La date de ce premier paiement mensuel est mentionnée dans la lettre de confirmation de paiement de la première prime dans le contrat. Cette lettre de confirmation fait partie intégrante du contrat d'assurance.

Article 3 : Terme de l'assurance complémentaire dépendance

L'assurance complémentaire dépendance prend fin :

- au décès de l'assuré : le décès doit être communiqué par écrit dans les 8 jours. La compagnie se réserve le droit de réclamer tout montant payé à tort après le décès de l'assuré
- en cas de rachat total de l'assurance principale par le souscripteur (*);
- en cas de résiliation de l'assurance complémentaire dépendance par le souscripteur ;
- A la constatation d'une dépendance permanente qui n'est pas couverte par cette assurance (cfr l'article 6).

(*) Si la dépendance lourde et permanente a été reconnue par la Compagnie avant la demande de rachat total de l'assurance principale, le rachat total n'aura aucune influence sur le droit aux prestations assurées.

Si le nombre d'unités dans le fonds de placement interne de l'assurance principale est insuffisant pour le paiement de la prime d'assurance complémentaire dépendance (p.ex. en cas de rachats effectués par le souscripteur ou d'une évolution extrêmement négative du fonds de placement interne de l'assurance principale), le souscripteur sera prévenu par la Compagnie par lettre recommandée. La couverture prendra de plein droit fin 30 jours après la date d'envoi de la lettre, sauf si le souscripteur a effectué le paiement de la prime dans ces 30 jours de la lettre recommandée. La lettre recommandée mentionnée ci-dessus vaut comme mise en demeure.

Article 4 : Début et fin des prestations en cas de dépendance

Si l'assuré a été reconnu par la Compagnie en état de dépendance lourde et permanente, les prestations (paiements mensuels à vie par la Compagnie) au profit de l'assuré débutent le mois suivant la date d'expiration de l'assurance principale mentionnée dans les Conditions Particulières.

Les prestations en cas de dépendance prennent fin au décès de l'assuré.

Article 5 : Couverture de l'assurance complémentaire dépendance

La dépendance lourde et permanente est caractérisée par l'impossibilité physique ou psychique (reconnue médicalement) d'effectuer de manière indépendante certains actes bien précis de la vie quotidienne et d'être ainsi dépendant d'autres personnes.

La dépendance est permanente si, d'un point de vue médical, la situation de l'assuré n'est plus susceptible de s'améliorer et si la Compagnie le reconnaît conformément aux articles 11 et 12.

Si le caractère permanent de la dépendance lourde ne peut pas être établi immédiatement, l'état de dépendance lourde reconnu par la Compagnie, est supposé permanent si cet état perdure sans interruption depuis 6 mois.

5.1 Description de la dépendance physique

L'assuré est considéré comme physiquement dépendant s'il n'est plus capable d'effectuer les tâches suivantes sans l'aide de quelqu'un :

- Soit : se laver, s'habiller et se déplacer ;
- Soit : se laver, s'habiller et changer de position ;
- Soit : se laver, s'habiller et aller aux toilettes.

5.2 Description de la dépendance psychique

L'assuré est considéré comme psychiquement dépendant s'il est fortement désorienté dans le temps et l'espace suite à une démence diagnostiquée et s'il n'est en outre plus capable d'effectuer les tâches suivantes sans l'aide de quelqu'un :

- Soit : se laver ;
- Soit : s'habiller.

5.3 Description des tâches reprises sous 5.1-5.2

- Se laver : l'assuré a besoin de l'aide de quelqu'un pour se laver, tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture ;
- S'habiller : l'assuré a besoin de l'aide de quelqu'un pour s'habiller, tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture ;
- Se déplacer : l'assuré a besoin de l'aide de quelqu'un pour tous ses déplacements ;
- Changer de position : l'assuré a besoin d'aide de quelqu'un pour au moins un des six changements de positions suivants : de la position couchée à la position debout, de la position couchée à la position assise, de la position assise à la position debout et tous ces changements de position inversement.
- Aller aux toilettes : lorsqu'il se rend aux toilettes, l'assuré a besoin de l'aide de quelqu'un pour se déplacer, s'essuyer et s'habiller ou pour au moins deux de ces tâches.

Article 6 : Exclusions en cas de dépendance

Est exclue de toute indemnisation la dépendance résultant des événements/sinistres ci-dessous :

1) les sinistres résultant :

- de la participation volontaire de l'assuré à des crimes ou délits ;
- toutes les maladies pour lesquelles la Compagnie peut démontrer que l'assuré en était au courant ou dont le diagnostic (ou traitement) était connu avant la souscription de l'assurance complémentaire Dépendance et qui n'ont pas fait l'objet d'une déclaration médicale à la souscription du contrat;
- d'une tentative de suicide de l'assuré ou du fait intentionnel de l'assuré, du preneur d'assurance ou du bénéficiaire, commis par

ceux-ci ou avec leur complicité, sauf en cas de sauvetage de personnes ou de biens en péril ;

- de toxicomanie, d'alcoolisme, d'abus de médicaments et de leurs suites ;
- de l'état d'ivresse, de l'intoxication alcoolique de l'assuré, ou qui sont dus à l'influence de stupéfiants, d'hallucinogènes ou d'autres drogues pris par l'assuré ;
- d'affections de l'assuré, non contrôlables par examen médical ou liées à des affections nerveuses ou mentales ne présentant pas de symptôme(s) objectif(s) qui en rendent le diagnostic indiscutable ;
- directement ou indirectement de tout fait ou succession de faits de même origine, dès lors que ce fait ou ces faits proviennent ou résultent des propriétés radioactives, toxiques, explosives ou autres propriétés dangereuses des combustibles nucléaires, produits ou déchets radioactifs, ainsi que les dommages résultant directement ou indirectement de toute source de radiations ionisantes ;
- d'un tremblement de terre ou d'un autre cataclysme naturel ;
- de paris ou de défis.
- les sinistres résultant de la pratique, même occasionnelle, de certains sports dangereux comme : -
 - les sports aéronautiques sous toutes leurs formes ;
 - l'alpinisme sous toutes ses formes ;
 - l'acrobatie sous toutes ses formes ;
 - la spéléologie, la plongée sous-marine et le plongeon ;
 - les sports nautiques à moteur, la voile et le yachting non-côtier ;
 - le canoë-kayak (hors Europe et USA) et le canyoning ;
 - la discipline équestre steeple chase ;
 - le saut à ski, le ski freestyle, le ski raid et le ski hors piste ;
 - les sports automobiles et de moto .

3) les risques suivants, propres aux activités professionnelles de l'assuré :

- travaux pouvant entraîner une chute de plus de 4 mètres ;
- manipulations de machines et d'engins ;
- descentes en puits, mines ou carrières en galeries ;
- travaux sur installations électriques et travaux sous eau ;
- activités sur un chantier de construction ou de démolition ;
- manipulation d'engins et de produits explosifs et / ou corrosifs ;
- l'exercice du métier de journaliste et photographe en mission ou en poste à l'étranger, hormis dans l'Union Européenne, l'Amérique du Nord, le Japon, l'Australie et la Nouvelle-Zélande.

4) l'exercice des activités professionnelles suivantes :

- militaire de carrière et garde du corps ;
- cascadeur et dompteur ;
- membre de la police fédérale (anciennement gendarme et / ou policier) dans le cadre d'une unité d'intervention ;
- sportif professionnel.

Article 7 : Prime et prestation de l'assurance complémentaire dépendance

La prime pour l'assurance complémentaire dépendance s'élève à 2,50% de la prestation mensuelle assurée en cas de dépendance. Cette prime ne comprend pas la taxe annuelle sur les opérations d'assurance.

Le montant de la prime de l'assurance complémentaire dépendance est précisé dans la lettre de confirmation de la première prime.

Le montant mensuel assuré à vie en cas de dépendance, ne pourra être choisi librement. Il correspondra au premier montant de rachat partiel mensuel de la formule Comfort de l'assurance principale au moment de la souscription (un montant qui comme expliqué dans la partie de l'assurance principale, est en lien avec l'objectif annuel de remboursement du fonds de placement interne).

Le montant mensuel assuré en cas de dépendance ne pourra dépasser 3.500 EUR par mois.

Les paiements mensuels de la Compagnie dans le cadre d'une dépendance lourde et permanente seront versés sur le compte bancaire de l'assuré.

Des versements de primes ou des rachats partiels complémentaires (hors formule Comfort) du souscripteur par la suite dans le contrat principal n'impacteront ni le montant de la prime d'assurance complémentaire dépendance, ni le montant de la prestation mensuelle assurée en cas de dépendance.

Article 8 : Paiement de la prime de l'assurance complémentaire dépendance

La prime de l'assurance complémentaire dépendance et la taxe annuelle sur les opérations d'assurance qui y est liée, sera payée mensuellement par le souscripteur par le rachat d'unités du contrat.

Le montant des primes mensuelles à payer et la date de paiement seront communiqués dans la lettre de confirmation de paiement de la première prime.

La prime payée couvre à chaque fois le mois suivant le paiement.

En cas de diagnostic de dépendance lourde et permanente, reconnue par la Compagnie, la prime pour la couverture d'assurance complémentaire dépendance ne sera plus due à partir de la date de réception du document de déclaration de dépendance auprès de la Compagnie et pour la durée restante du contrat.

Article 9 : Taxes - Fiscalité

Le traitement fiscal dépend des circonstances individuelles du souscripteur et peut être sujet à des changements futurs.

Ce contrat ne permet pas de bénéficier d'avantages fiscaux sur les primes versées. Il est soumis à la taxe annuelle sur les opérations d'assurance calculée sur les primes versées. Ce contrat d'assurance n'est pas soumis au précompte mobilier ou à un autre impôt au moment du paiement des prestations. Tout impôt ou taxe présents ou futurs applicables au contrat ou dus à l'occasion de son exécution sont à charge du souscripteur ou du (des) bénéficiaire(s).

Les informations susmentionnées sont fournies à titre strictement indicatif, sous réserve d'éventuelles modifications et/ou d'interprétation de la réglementation/législation fiscale.

Article 10 : Résiliation de l'assurance complémentaire dépendance

Le souscripteur peut à tout moment résilier l'assurance complémentaire par un formulaire daté et signé, introduit en agence.

Le souscripteur paiera en cas de résiliation encore une dernière prime à l'échéance mensuelle suivante et sera encore couvert pour le mois suivant le paiement de cette prime. Si une déclaration de dépendance lourde et permanente est faite dans l'intervalle de ce mois, celle-ci sera donc encore prise en compte par la Compagnie. Après ce mois, l'assuré ne sera plus couvert.

Article 11 : Constatation de la dépendance

Quand le médecin traitant estime que l'assuré souffre d'une dépendance permanente (conformément à l'article 5), consolidée avant la date terme du contrat, le service médical de la Compagnie devra, dans un délai de 30 jours, être en possession des documents suivants :

- la déclaration de sinistre ad hoc « Déclaration de dépendance de l'assuré » de la Compagnie, dûment remplie et signée par l'assuré ou son mandataire ;
- le certificat médical ad hoc « Certificat médical de dépendance » de la Compagnie, dûment rempli et signé par un médecin au choix de l'assuré.
- les documents médicaux par rapport à l'affection diagnostiquée demandés dans le « Certificat médical de dépendance ».

L'assuré fournira sans retard au service médical de la Compagnie tous les renseignements qu'elle jugera nécessaire à la constatation de la dépendance.

En cas de non respect de ce délai, l'assuré aura toutefois droit aux prestations si la transmission de ces documents a été faite aussi rapidement que possible et que la transmission tardive de ces documents résulte d'un cas de force majeure. A défaut, la Compagnie peut réduire ses prestations à concurrence du préjudice qu'elle a subi. Toutefois, la Compagnie peut refuser sa garantie si l'assuré n'a pas respecté ses obligations dans une intention frauduleuse.

Article 12 : Déclaration de la dépendance

Sur base des informations données (cfr article 11), la Compagnie juge si les conditions sont remplies pour octroyer la prestation assurée.

La dépendance, la date de début de celle-ci et le caractère définitif est jugé(e) par le médecin de conseil de la Compagnie.

Tant que la dépendance de l'assuré et son caractère permanent ne sont pas reconnus par la Compagnie, celle-ci a le droit de contrôler le niveau de votre dépendance. A la demande de la Compagnie ou du médecin de conseil de la Compagnie :

- vous devez fournir toute preuve supplémentaire jugée nécessaire ;
- vous devez fournir toutes les informations médicales jugées nécessaires ;
- vous devez vous soumettre à un contrôle par des médecins désignés par la Compagnie. Si vous séjournez à l'étranger, la Compagnie peut vous demander de vous présenter pour un examen médical en Belgique.

La Compagnie notifie sa décision au souscripteur.

Toute contestation à ce sujet ou à un autre sujet médical est soumise contradictoirement à deux experts-médecins nommés et dûment mandatés, l'un par l'assuré, l'autre par la Compagnie. Faute d'arriver à

un accord, les experts-médecins choisissent un troisième expert. Les trois experts-médecins statueront en commun, mais à défaut de majorité l'avis du troisième sera prépondérant. Si l'une des parties ne nomme pas son expert-médecin ou si les deux experts-médecins ne s'entendent pas sur le choix du troisième, la désignation en est faite par le Président du Tribunal de Première Instance du domicile de l'assuré, à la requête de la partie la plus diligente.

Chacune des parties supporte les frais et honoraires de son expert. Les frais et honoraires du troisième expert ainsi que les frais d'éventuels examens médicaux spécialisés seront pris en charge, pour la moitié, par chaque partie impliquée. Les experts-médecins sont dispensés de toute formalité judiciaire. Leur décision est souveraine et irrévocable.