

CONDITIONS GENERALES

ERGO Life Optimix
engagement individuel de pension
contrats transférés et non transférés
pension complémentaire libre des
indépendants - contrats INAMI
assurance individuelle

Sommaire

DEFINITIONS.....	5
1. TECHNIQUE D'ASSURANCE.....	5
1.1. Principes de fonctionnement.....	5
1.2. Contrats conjoints	6
1.3. Flux entrants ou attributions	7
1.4. Types de réserves	7
1.5. Flux sortants ou soustractions	10
1.6. Tarifs, frais et impôts	13
1.7. Principes de calcul généraux.....	15
1.8. Avances.....	18
2. COUVERTURES EN CAS DE DECES ET D'INCAPACITE DE TRAVAIL	19
2.1. Couvertures en cas de décès	19
2.2. Couvertures en cas d'incapacité de travail	25
2.3. Dispositions générales	32
3. FONCTIONNEMENT DE L'ENGAGEMENT INDIVIDUEL DE PENSION	36
3.1. Entrée en vigueur et affiliation.....	36
3.2. Contrat d'entreprise et contrat personnel.....	36
3.3. Assurés	36
3.4. Bénéficiaires.....	36
3.5. Paiement des primes	37
3.6. Prorogation du terme	38
3.7. Possibilités de choix pour l'affilié.....	38
3.8. Mutations	40
3.9. Travail à temps partiel.....	40
3.10. Flux d'informations	41
3.11. Financement de biens immobiliers	42
3.12. Liquidation en rente viagère	43
3.13. Suspension / départ / cessation / rachat.....	42
3.14. Réserves transférées	47
3.15. Législation applicable et dispositions fiscales	47
3.16. Bonne foi et équité	47
4. FONCTIONNEMENT DES CONTRATS TRANSFERES ET NON TRANSFERES	48
4.1. Contexte	48
4.2. Contrats transférés.....	48
4.3. Contrats non transférés	49
4.4. Epuisement des réserves	51
4.5. Transfert vers un autre organisme de pension	51
4.6. Versement de la valeur de rachat.....	51
4.7. Financement de biens immobiliers	51
4.8. Liquidation en rente viagère	52
4.9. Certificat personnel et fiche de pension annuelle	53
4.10. Législation applicable.....	53

5.	FONCTIONNEMENT DE LA PENSION COMPLEMENTAIRE LIBRE DES INDEPENDANTS.....	53
5.1.	Contexte	53
5.2.	Entrée en vigueur et paiement des primes.....	53
5.3.	Droits de l’affilié.....	54
5.4.	Acceptation de la désignation bénéficiaire	55
5.5.	Non-paiement des primes / épuisement des réserves	55
5.6.	Liquidation en rente viagère	55
5.7.	Certificat personnel et fiche de pension annuelle	56
5.8.	Législation applicable.....	56
5.9.	Contrat ‘pension complémentaire libre des indépendants’ social	56
6.	FONCTIONNEMENT DES CONTRATS INAMI	57
6.1.	Contexte	57
6.2.	Entrée en vigueur et paiement des primes.....	57
6.3.	Droits de l’affilié.....	57
6.4.	Acceptation de la désignation bénéficiaire	58
6.5.	Non-paiement des primes / épuisement des réserves	58
6.6.	Liquidation en rente viagère	59
6.7.	Certificat personnel et fiche de pension annuelle	59
6.8.	Régime de solidarité	60
6.9.	Législation applicable.....	60
7.	FONCTIONNEMENT DE L’ASSURANCE INDIVIDUELLE.....	60
7.1.	Contexte	60
7.2.	Entrée en vigueur et paiement des primes.....	61
7.3.	Droits du preneur d’assurance	61
7.4.	Acceptation de la désignation bénéficiaire	61
7.5.	Non-paiement des primes / épuisement des réserves	61
7.6.	Certificat personnel et fiche de pension annuelle	62
7.7.	Législation applicable.....	62
8.	DISPOSITIONS DIVERSES.....	62
8.1.	Nature juridique des couvertures	62
8.2.	Remise en vigueur	63
8.3.	Versements	63
8.4.	Correspondance et preuve.....	63
8.5.	Modification des Conditions générales	64
8.6.	Clauses non valables	64
8.7.	Régime fiscal applicable.....	64
8.8.	Protection de la vie privée.....	64
8.9.	Plaintes et litiges	65
8.10.	Avertissement.....	65

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'engagement individuel de pension.
- Le point 4 reprend les dispositions qui sont propres aux contrats transférés et non transférés.
- Le point 5 reprend les dispositions qui sont propres à la pension complémentaire libre des indépendants.
- Le point 6 reprend les dispositions qui sont propres aux contrats INAMI.
- Le point 7 reprend les dispositions qui sont propres à l'assurance individuelle.
- Le point 8 reprend des dispositions diverses qui s'appliquent uniformément à tous les types d'assurances.

Pour l'engagement individuel de pension, les Conditions générales s'accompagnent de Conditions particulières : 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.

Les Conditions générales, les éventuelles Conditions particulières, 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.

engagement individuel de pension ⁽¹⁾	contrats transférés et non transférés pension	complémentaire libre des indépendants ⁽²⁾	contrats INAMI ⁽²⁾	assurance individuelle
CONDITIONS GENERALES dispositions communes (points 1, 2 et 8)				
dispositions spécifiques (point 3)	dispositions spécifiques (point 4)	dispositions spécifiques (point 5)	dispositions spécifiques (point 6)	dispositions spécifiques (point 7)
CONDITIONS PARTICULIERES				
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 la Convention de pension

⁽²⁾ en ce qui concerne les contrats PCLI 'sociaux' et les contrats INAMI, il y a également le Règlement de solidarité

DEFINITIONS

assureur	Ergo Insurance s.a. ayant son siège social à 1000 Bruxelles, boulevard Bischoffsheim 1-8
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
terrorisme	une action ou une menace d'action organisée dans la clandestinité à des fins idéologiques, politiques, ethniques, religieuses, économiques ou sociales, exécutée individuellement ou en groupe et attentant à des personnes ou détruisant partiellement ou totalement la valeur économique d'un bien soit en vue d'impressionner le public, de créer un climat d'insécurité ou de faire pression sur les autorités, soit en vue d'entraver la circulation ou le fonctionnement normal d'un service ou d'une entreprise. Conformément à la Loi du 1er avril 2007 relative à l'assurances de dommages causés par le terrorisme, c'est le Comité qui décide si un événement répond à la définition du terrorisme.

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) 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 (ou affection soudaine)' (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 (ou affection soudaine)' (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) et les éventuels bonis de survie (voir 1.3.3) sont calculés 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 sont 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 sont également conjoints comme indiqué ci-dessus.

1.3. Flux entrants ou attributions

1.3.1. Primes

Après retenue d'éventuels frais d'entrée, impôts et primes de risque pour la couverture 'capital-décès par accident (ou affection soudaine)' (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 (ou affection soudaine)' 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'assurance 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.

1.3.3. Bonis de survie

Si, dans le cadre de la couverture 'capital-décès' (voir 2.1.1.1), le contrat prévoit que les réserves du (des) compte(s) d'assurance ne sont pas versées intégralement lors du décès de l'assuré, l'assureur attribue un boni de survie aux réserves de pension du (des) compte(s) d'assurance concerné(s). Sauf s'il en est convenu autrement, les bonis de survie suivent les mêmes règles de placement que les primes.

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) et par les bonis de survie éventuels (voir 1.3.3). 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'assurance 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 (ou affection soudaine)' 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 ainsi que les bonis de survie éventuels leur sont également attribués. 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 points 5.9 et 6), 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 les Règlements 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). Des Règlements de gestion sont établis pour les différents modes de placement.

Ils contiennent des précisions sur leur fonctionnement et leurs modalités. Les réserves de risque (voir 1.4.3.1) sont toujours investies dans le mode de placement 'xxx sans participation bénéficiaire' (pour ce mode de placement, il est renvoyé au Règlement de gestion du mode de placement 'xxx', si ce n'est qu'il n'est pas accordé ici de 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 des Règlements de gestion, la (les) personne(s) qui en a (ont) le droit peut(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, le cas échéant après application d'une correction financière (voir les Règlements de gestion) et après retenue d'éventuels frais de changement (voir 1.6.2.2) 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).

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, etc.). 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, frais et impôts

L'assureur soustrait les primes de risque (et les frais et éventuelles taxes y afférents) pour les couvertures de risque en cas de décès autres que la couverture 'capital-décès par accident (ou affection soudaine)' 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 (ou affection soudaine)' 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 d'entreprise engagement individuel de pension;
- contrat d'entreprise non transféré engagement individuel de pension;
- contrat d'entreprise transféré engagement individuel de pension;
- contrat personnel engagement individuel de pension;
- contrat personnel non transféré engagement individuel de pension;
- contrat personnel transféré engagement individuel de pension;
- contrat pension complémentaire libre des indépendants;
- contrat INAMI;
- contrat assurance individuelle sans réduction d'impôts;
- contrat assurance individuelle avec régime fiscal 'classique' (art. 1451, 2° CIR 92);
- contrat assurance individuelle avec régime fiscal épargne-pension (art. 1451, 5° 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 frais 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 5.9 et 6), 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 frais imputés (en ce qui concerne les modes de placement de la 'branche 23', uniquement des frais d'entrée) et de la partie non consommée des primes de risque pour la couverture 'capital-décès par accident (ou affection soudaine)' et pour les couvertures en cas d'incapacité de travail, mais le cas échéant, après application d'une correction financière (voir les Règlements de gestion), 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'assurance ou un autre organisme de pension;
- changement d'affectation des réserves de pension ou de risque (voir 1.4.4.3).

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, une correction financière est, le cas échéant, appliquée (voir les Règlements de gestion) et les éventuel(le)s retenues légales, frais, 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 (conjoint ou non - voir 1.2), égale au maximum de:

- 75,00 EUR (ce montant est indexé selon l'indice santé des prix à la consommation (indice de base = indice septembre 2008); l'indice pris en compte est celui du 2e mois du trimestre qui précède la date de rachat)

Et

- 5% du montant des réserves brutes rachetées les 10 premières années du contrat
- pour les contrats avec une date terme, ce second terme ne s'applique pas dans les cinq dernières années qui précèdent le terme si le preneur d'assurance - en ce qui concerne les assurances de groupe, les engagements individuels de pension et les contrats transférés et non transférés l'affilié a atteint l'âge de 60 ans.

1.5.2.3. Décès

En cas de décès du preneur d'assurance - en ce qui concerne les engagements individuels de pension et les contrats transférés et non transférés, de l'affilié - le(s) contrat(s) (conjoint(s)) prend (prennent) fin, sauf éventuellement la couverture 'capital en cas de décès successif' (voir 2.1.1.2). Les réserves sont, selon ce qui a été convenu, le cas échéant après application d'une correction financière (voir les Règlements de gestion), soit versées totalement ou partiellement au(x) bénéficiaire(s) de la couverture 'capital-décès', après imputation d'éventuel(le)s retenues légales, frais et autres sommes qui seraient encore du(e)s à l'assureur ou à des tiers (comme un créancier gagiste), soit attribuées totalement ou partiellement à l'assureur (voir aussi 1.3.3 et 2.1.1.1).

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', le cas échéant après application d'une correction financière (voir les Règlements de gestion) et après imputation d'éventuel(le)s retenues légales, frais et autres sommes qui seraient encore du(e)s à l'assureur ou à des tiers (comme un créancier gagiste).

1.6. Tarifs, frais et impôts

1.6.1. Primes de risque et bonis de survie

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 et des bonis de survie (voir 1.3.3) sont ceux que l'assureur a déposés auprès de la Financial Services and Markets Authority (FSMA). Outre les majorations de primes individuelles dans le cadre d'une aggravation 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 les 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.

L'assureur peut, dans les mêmes circonstances, diminuer les tarifs pour le calcul des bonis de survie, si ce n'est qu'ici, les mots 'accroissement du degré de risque de l'événement assuré' doivent s'entendre comme 'accroissement de l'espérance de vie'.

1.6.2. Frais et impôts

1.6.2.1. Frais standard

Outre les éventuels frais d'entrée, l'assureur impute également des frais pour la gestion du (des) contrat(s) et, le cas échéant, pour rémunérer l'intermédiaire. L'assureur ne peut modifier ces frais 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 frais 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 frais.

1.6.2.2. Chargements particuliers

L'assureur peut, en sus des frais standard, 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 frais 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 en la matière lorsqu'un contrat est considéré comme "dormant", les frais éventuels de vérification et de recherche de l'assureur sont déduits des prestations, dans les limites prévues par la loi.

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 frais et des tarifs (voir 1.6.1 et 1.6.2), les frais et les primes de risque sont calculés et imputés pendant la durée du (des) contrat(s) (conjoint) selon la même structure que celle sur base de laquelle le Certificat personnel ou un tableau des valeurs de rachat a été établi. Le Certificat personnel donne un aperçu des éléments majeurs (montants de primes, couvertures assurées, etc.) du (des) contrat(s) (conjoint). L'assureur y reprend éventuellement aussi une prévision indicative relative à son (leur) déroulement futur. Cette prévision est basée sur un certain nombre d'hypothèses que l'assureur ne peut toutefois pas garantir (évolution de l'indice(-santé) des prix à la consommation, pourcentage de la participation bénéficiaire, évolution de la valeur des fonds d'investissement, paiement ponctuel des primes aux échéances fixées, structure des tarifs et des frais inchangée, etc.).

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 date de valorisation coïncidant avec 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 (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. 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;
- bonis de survie: le premier jour de chaque mois.

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 les plus récentes connues à la date du décès (voir cependant 2.1.3 en cas de déclaration tardive du décès). 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 frais, 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, telle que déterminée dans le Règlement de solidarité;
- frais 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;
- 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 (voir cependant point 2.1.3 en cas de déclaration tardive 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 (voir 1.4.4.2), les réserves investies dans un mode de placement déterminé sont, le cas échéant après application d'une correction financière (voir les Règlements de gestion) et après retenue d'éventuels frais de changement (voir 1.6.2.2) 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:

$$\begin{aligned} & \text{montant nominal indexé à la date d'adaptation}^1 \\ & \quad \textit{est égal au} \\ & \text{montant nominal mentionné dans les Conditions particulières} \\ & \quad \textit{multiplié par} \\ & \text{l'indice concerné à la date d'évaluation}^1\ ^2 \text{ précédant la date d'adaptation}^1 \\ & \quad \textit{divisé par} \\ & \text{l'indice concerné à la date de référence pour indexation}^1\ ^2 \end{aligned}$$

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 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:

$$\begin{aligned} & \text{montant assuré nominal indexé à la date d'adaptation}^1 \\ & \quad \textit{est égal au} \\ & \text{montant assuré à la veille de la date d'adaptation}^1 \\ & \quad \textit{multiplié par} \\ & \text{l'indice concerné du dernier mois d'évaluation}^2 \text{ précédant la date d'adaptation}^1 \\ & \quad \textit{divisé par} \\ & \text{l'indice concerné de l'avant-dernier mois d'évaluation}^2 \text{ précédant la date d'adaptation}^1 \end{aligned}$$

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 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:

$$\begin{aligned} & \text{montant assuré nominal indexé à la date d'adaptation}^1 \\ & \quad \textit{est égal au} \\ & \text{montant assuré à la veille de la date d'adaptation}^1 \\ & \quad \textit{multiplié par} \\ & (1 + \text{facteur d'indexation})^2 \end{aligned}$$

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 précédentes 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 1er 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 du décès de l'assuré y est pris en considération (voir cependant le point 2.1.3 en cas de déclaration tardive du décès). Il n'y a pas de participation bénéficiaire en cas de décès.

L'éventuelle différence 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 cette différence est 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. Si cette différence est négative, l'assureur accorde au début de chaque mois un boni de survie aux réserves de pension, ceci en contrepartie du fait qu'il ne verse pas les (l'intégralité des) réserves en cas de décès (voir 1.3.3).

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 successivement au cours d'une période de 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 en cas d'accident (ou affection soudaine)

2.1.1.3.1. Description de la couverture de base ('capital-décès par accident')

Si l'assuré vient à décéder dans les 180 jours 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).

On entend par 'accident' dans le sens de cette assurance, tout événement soudain indépendant de la volonté de l'assuré, du preneur d'assurance ou du bénéficiaire, dont l'une des causes est étrangère à l'organisme de l'assuré. Sont également considérés comme accidents, par extension ou par l'application de la précédente définition:

- le sauvetage de personnes en danger;
- un assaut ou un attentat non politique commis sur la personne de l'assuré, pour autant que cet assaut ou cet attentat ne puisse être mis en rapport avec une émeute ou une insurrection ou n'ait pas été commis par le bénéficiaire ou avec sa complicité;
- les piqûres d'insectes ou les morsures d'animaux;
- la chute involontaire dans l'eau ou l'inhalation de gaz ou de vapeurs dont l'échappement n'était pas prévisible;
- la chute de la foudre et les chocs électriques.

2.1.1.3.2. Description de la couverture étendue ('capital-décès par accident ou affection soudaine')

La couverture 'capital décès par accident' (voir 2.1.1.3.1) peut être étendue à la couverture 'capital décès par accident ou affection soudaine'. L'extension à 'l'affection soudaine' consiste à couvrir, outre les circonstances visées au point 2.1.1.3.1, le décès de l'assuré qui est la conséquence directe d'une affection soudaine telle que décrite ci-dessous et à condition que tant l'affection soudaine que le décès qui en découle se produisent pendant la période de couverture.

Sont considérées comme des affections soudaines dans le sens de cette assurance, pour autant qu'elles ne découlent pas d'un accident tel que visé au point 2.1.1.3.1:

- infarctus du myocarde,
- accident vasculaire cérébral de toutes natures (hémorragique ou ischémique);
- troubles du rythme cardiaque;
- rupture de l'aorte;
- embolie pulmonaire;
- myocardite virale aiguë;
- mort subite sans cause précise.

Dans ces cas, il y a couverture, non seulement si le décès a été immédiat, mais également si le décès a lieu dans les 120 heures qui suivent le déclenchement d'une affection soudaine précitée et en conséquence directe de celle-ci. Les 120 heures précitées sont étendues à 30 jours en cas de coma (à savoir l'abolition de la conscience et de la vigilance non réversible par la stimulation, consécutive à une lésion cérébrale traumatique ou pathologique) survenant dans les 120 heures précitées.

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 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 alinéa 1).

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'un engagement individuel de pension prévoient la prorogation du terme (voir 3.6 alinéa 1), 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 des risques exclus suivants:

- Le suicide de l'assuré n'est pas couvert s'il survient moins d'un an après l'entrée en vigueur ou la remise en vigueur du contrat ou de l'avenant d'augmentation des prestations assurées. Dans ce dernier cas, seule l'augmentation n'est pas couverte.
- Le décès de l'assuré des suites d'un accident d'un appareil de navigation aérienne sur lequel il s'est embarqué comme passager, est couvert. Moyennant mention expresse dans les Conditions particulières ou le Certificat personnel et conformément aux conditions d'acceptation en vigueur à ce moment-là, l'assurance couvre également le décès de l'assuré des suites d'un accident d'un appareil de navigation aérienne sur lequel il s'est embarqué comme membre du personnel navigant ou comme pilote militaire. N'est jamais assuré le décès de l'assuré des suites d'un accident d'un appareil de navigation aérienne:
 - » non autorisé au transport de personnes ou de choses;
 - » militaire; toutefois, le décès est couvert s'il s'agit d'un appareil affecté au moment de l'accident au transport de personnes;
 - » 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'essai;
 - » du type 'ultra léger motorisé'.
- N'est pas couvert le décès survenu à la suite d'émeutes, de troubles civils, de tout acte de violence collectif, d'inspiration politique, idéologique ou sociale, accompagnés ou non de rébellion contre les autorités ou tout pouvoir institué, si l'assuré y a pris part activement et volontairement.
- N'est pas couvert le décès survenant par événement de guerre, c'est-à-dire résultant directement ou indirectement d'une action offensive ou défensive d'une puissance belligérante ou de tout autre événement à caractère militaire, y compris la guerre civile. Toutefois, si les circonstances le justifient, et moyennant l'accord de la Financial Services and Markets Authority (FSMA), ce risque peut être couvert par une convention particulière.

Lorsque l'assuré décède à la suite d'une guerre qui a éclaté pendant son séjour à l'étranger, les prestations assurées sont liquidées si le décès survient dans les 30 jours suivant le début des hostilités. La couverture est également accordée après le délai de 30 jours à condition que le bénéficiaire prouve qu'il était impossible à l'assuré de quitter plus tôt ce pays. Le décès n'est jamais assuré, quelle qu'en soit la cause, lorsque l'assuré a pris part activement aux hostilités. Le bénéficiaire doit apporter la preuve que l'assuré n'a pas pris part activement à ces hostilités.

- Le décès de l'assuré, causé directement par une faute intentionnelle d'une gravité exceptionnelle, par laquelle celui qui l'a commise s'expose sans raison valable à un danger dont il aurait dû être conscient, n'est pas couvert.
- Le terrorisme au sens de la Loi du 1er avril 2007 relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme (cette exclusion n'est toutefois valable que si le décès survenu dans ce cadre a été causé par des armes ou des instruments destinés à exploser en raison de la modification de structure du noyau nucléaire).

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 2.1.1.3.1) 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:

- L'état d'ivresse ou d'intoxication par l'alcool d'au moins 1,6gr/l de sang ou sous l'influence de stupéfiants ou de drogues, sauf si l'assuré ou le bénéficiaire prouve qu'il n'existe aucun lien de cause à effet entre l'accident et ces circonstances;
- La participation en qualité de conducteur ou de passager d'un véhicule à moteur, à des concours de vitesse ou à des entraînements en vue de ces concours;
- La pratique d'un sport qui peut être considéré comme dangereux comme le bobsleigh, le canotage à rames ou à voiles à plus de 500 m de la côte, le yachting à plus de deux milles marins de la côte, les courses en auto, moto ou bateau à moteur, le ski nautique, le saut à skis, le benji (saut en élastique), l'alpinisme;
- L'accomplissement de prestations militaires;
- Une affection ou d'une maladie autres que celles qui sont la conséquence directe et exclusive de l'accident;
- Une intervention chirurgicale qui n'était pas nécessaire à la suite d'un accident couvert (ou à cause d'un empoisonnement, consécutif à une opération chirurgicale autre que celle que l'assuré devait subir à cause d'un accident couvert);
- Un suicide ou une tentative de suicide;
- La participation volontaire à un crime ou à un délit;
- Un événement causé par l'énergie nucléaire;
- Des infections et contaminations sauf si elles sont causées directement par un accident couvert ou par un traitement nécessité par celui-ci.
- L'exercice de professions où l'on peut être en contact avec des explosifs ;
- La pratique professionnelle d'un sport.

2.1.2.5. Risques exclus en cas de décès par affection soudaine

L'assureur n'accorde pas de couverture dans le cadre de la couverture 'capital-décès par accident ou affection soudaine', en ce qui concerne l'extension à l'affection soudaine (voir 2.1.1.3.2), 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'affection soudaine, ou si le décès est causé par une affection soudaine qui est elle-même la conséquence directe ou indirecte d'une des circonstances suivantes dans laquelle l'assuré se trouve au moment de l'affection soudaine:

1. l'état d'ivresse ou d'intoxication par l'alcool d'au moins 1,6gr/l de sang sauf si l'assuré ou le bénéficiaire prouve qu'il n'existe aucun lien de cause à effet entre l'affection soudaine et ces circonstances;
2. la participation à des paris, à des défis, à un crime ou à un délit;
3. une rixe pour autant que l'assuré y ait pris part volontairement et activement;
4. un suicide, une tentative de suicide ou toute lésion causée ou provoquée intentionnellement par le bénéficiaire de la garantie ou l'assuré lui-même;
5. l'utilisation de médicaments, de stimulants, de stupéfiants ou de substances analogues de façon

non conforme à une prescription médicale ainsi que le non respect conscient de la prise de médicaments vitaux;

6. les maladies prolifératives telles que les cancers, les leucémies, les lymphomes;
7. les effets directs ou indirects d'explosion, d'irradiation, de dégagement de chaleur provenant de la transmutation de noyaux ou de la radioactivité. Reste cependant couvert, le décès causé par des sources de rayonnements ionisants utilisées ou destinées à être utilisées dans une structure médicalisée dûment habilitée,
8. une intervention chirurgicale qui n'était pas nécessaire à la suite d'un accident couvert (ou à cause d'un empoisonnement, consécutif à une opération chirurgicale autre que celle que l'assuré devait subir à cause d'un accident couvert.

2.1.2.6. 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 du décès (voir cependant 2.1.3 en cas de déclaration tardive du décès) 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 (ou affection soudaine)', 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 ou une affection soudaine 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 ou l'affection soudaine éventuelle qui a provoqué le décès, étant entendu que la nature de l'accident ou de l'affection soudaine 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 pendant la période de couverture (voir 2.2.3.1) 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 l'expiration du délai de carence selon les modalités décrites par l'article 2.2.1.5. 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 selon les modalités décrites par l'article 2.2.1.4.5;
- 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 'revenu de remplacement en cas d'incapacité de travail', qui permet au bénéficiaire de maintenir un revenu afin d'assurer sa subsistance matérielle quotidienne;
- la couverture 'revenu de transition en cas d'incapacité de travail', qui permet au bénéficiaire de maintenir un revenu pendant une période transitoire déterminée;
- la couverture 'rente frais généraux en cas d'incapacité de travail', qui permet au bénéficiaire de maintenir un revenu pour faire face à certains frais ou à certaines charges (comme la charge d'un emprunt).

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 moins le degré d'invalidité économique qui découle de ou qui est lié à une cause non couverte (voir 2.2.1.3), un risque exclu (voir 2.2.3.3) et/ou une maladie ou affection préexistante non couverte (voir 2.3.2).

Dans le cas où, la raison de l'incapacité de travail de la personne assurée est la maladie mentionnée au point 2.2.1.3.2.1 ci-dessous, le paiement de l'indemnité est sujet aux conditions spécifiques mentionnées au point 2.2.1.3.2.1.

Pour avoir droit à l'intervention de l'assureur, il faut donc que le degré d'invalidité économique réel, sous

déduction du degré d'invalidité économique qui découle de ou qui est lié à un risque exclu et/ou à une maladie ou affection préexistante non couverte, atteigne au moins le seuil d'incapacité de travail.

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 (moins le 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 (moins le 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 66%, il est question d'une incapacité de travail partielle. Si le degré d'incapacité de travail atteint au moins 66%, il est question d'une incapacité de travail totale.

Le degré d'invalidité économique représente la mesure dans laquelle l'aptitude au travail de l'assuré est réduite 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 dans laquelle l'assuré se trouve temporairement ou de manière permanente d'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, si possible sur la base du Barème Officiel Belge des Invalidités et de la jurisprudence belge en la matière. 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 but de prévoir une intervention en cas de perte de revenus.

Une grossesse, un accouchement, un repos pré- ou postnatal et l'écartement professionnel préventif non lié à une affection médicale, ne sont pas considérés comme maladie et ne sont donc pas couverts dans le cadre du présent contrat.

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.

2.2.1.3.2.1 Maladie mentale

La maladie de la personne assurée causée par un trouble psychologique. Dans le cadre de ces Conditions Générales, les maladies mentales sont divisées en deux catégories, décrites ci-dessous. Elles bénéficient d'une couverture différenciée.

A. Troubles psychiques

Nous assurons, après application d'un délai d'attente d'un an depuis l'entrée en vigueur du contrat, et s'il est satisfait cumulativement à toutes les conditions :

il s'agit d'une des affections nerveuses ou les troubles psychiques énumérés ci-après de façon limitative:

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

dont le diagnostic est établi par un docteur en psychiatrie agréé en Belgique sur la base de symptômes organiques et médicalement objectivables.

B. Autres troubles psychiques et fonctionnels

Nous assurons, après application d'un délai d'attente d'un an depuis l'entrée en vigueur du contrat, et s'il est satisfait cumulativement à toutes les conditions :

il s'agit d'un des troubles énumérés ci-après de façon limitative:

- burn out;
- fibromyalgie;
- syndrome de fatigue chronique;
- complications psychiatriques de maladies somatiques;
- troubles psychiques fonctionnels et leurs conséquences.

dont le diagnostic est établi sur la base de symptômes organiques et/ou médicalement explicables par un médecin spécialisé dans ces troubles et agréé en Belgique.

L'intervention de l'assureur en raison d'un événement assuré qui est le résultat d'une maladie énumérée sous le point b) ne peut pas dépasser 2 ans au maximum pendant toute la durée de l'assurance complémentaire.

2.2.1.3.2.2 Maladie autre qu'une maladie mentale

Est concernée toute atteinte à la santé de l'assuré qui est due à une autre cause qu'un accident ou qui n'est pas due à une maladie mentale.

Une grossesse, un accouchement, un repos pré- ou postnatal normal et l'écartement professionnel préventif non lié à une affection médicale, ne sont pas considérés comme maladie et ne sont donc pas couverts dans le cadre du présent contrat.

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, proportionnellement au degré d'incapacité de travail. 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 66%. 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 2.2.3.1) 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 2.2.1.4.2).

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'). 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, le cas échéant adapté sur la base d'une 'indexation avant sinistre' (voir 1.7.2).

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

Le montant assuré de la couverture "exonération des primes en cas d'incapacité de travail" est déterminé comme suit : (montant total, sur base annuelle, des primes futures convenues, sans taxes ou prélèvements, moins le montant de primes qui est normalement destiné au financement des couvertures en cas d'incapacité de travail) x le degré d'incapacité de travail économique donnant lieu au paiement d'une rente d'incapacité de travail.

La couverture se poursuit sans paiement des primes à concurrence du degré d'incapacité de travail pour lequel l'assureur accorde effectivement son intervention.

Toutefois, si les obligations de l'assureur en vertu de cette couverture pour une raison quelconque ne sont établies qu'après la date d'exigibilité de l'attribution et si le preneur d'assurance a entretemps payé les primes lui-même, l'assureur remboursera au preneur d'assurance ces primes déjà payées, si et dans la mesure où celles-ci sont à charge de l'assureur en vertu de cette couverture (remboursement de la prime).

Une fois que le seuil d'incapacité de travail n'est plus atteint, la couverture « exonération de primes » prend fin. L'assureur n'effectue pas de versement (majoré) ou n'accorde pas d'exonération de primes (majorée) en cas d'augmentation du degré d'incapacité de travail qui survient après la période de couverture et donc pas davantage après que la couverture ait pris fin. (voir cependant aussi 5.9 concernant les contrats sociaux 'pension complémentaire libre des indépendants')

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.).

2.2.1.4.6. Seuil minimal

Pour la couverture « exonération de primes en cas d'incapacité de travail », ainsi que pour la couverture « rente » l'incapacité de travail n'est couverte que lorsqu'un seuil minimal d'incapacité de travail de 25% est atteint.

2.2.1.5. Période de paiement

L'assureur est redevable de la rente d'incapacité de travail dès l'expiration du délai de carence (voir aussi 2.2.1.1). Le délai de carence est le délai qui commence à courir à partir du moment où le risque assuré survient et durant lequel l'assuré ne reçoit encore aucune indemnité de l'assureur. Le délai de carence convenu est mentionné dans le Certificat personnel.

Par « indépendant » il faut comprendre toute personne physique qui exerce une activité professionnelle pour laquelle elle n'est pas liée par un contrat de travail ou pour laquelle sa situation n'est pas réglée unilatéralement par l'autorité publique.

Pour les indépendants ainsi que pour toutes autres catégories de personnes assurées (par exemple : employés, fonctionnaires), le délai de carence minimal est de 30 jours.

Il peut cependant aussi être prévu un rachat du délai de carence, 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. Le rachat du délai de carence est mentionné dans le Certificat personnel.

La rente d'incapacité de travail est versée au plus tard jusqu'au terme de la période de paiement indiquée dans le Certificat personnel (lorsque la période de paiement y est exprimée en une durée - en années - 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). La période de paiement prend cependant fin au plus tard lorsqu'un des moments suivants se réalise:

- dès que le degré d'invalidité économique pris en considération descend en-dessous du 'seuil d'incapacité de travail'(voir 2.2.1.2 et 2.2.1.4.6) ;
- à la date terme de l'assurance principale à laquelle l'assurance complémentaire concernant l'incapacité de travail est liée ;
- au terme du contrat ;
- au décès de l'assuré.

2.2.1.6. Rechute

Il est question de rechute lorsqu'une incapacité de travail débute dans les 3 mois 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 prise en compte pour l'application de l'indexation après sinistre et/ou du profil de progression.

2.2.2. Capital incapacité de travail par accident

2.2.2.1. Description de la couverture

Si l'assuré est atteint d'une incapacité de travail totale et permanente (voir 2.2.2.3) pendant la période de couverture (voir 2.2.3.1) en conséquence directe d'un accident au sens du point 2.2.1.3.1 qui se produit pendant la période de couverture et s'il est encore en vie plus de 180 jours après l'accident, l'assureur verse le capital convenu au bénéficiaire.

2.2.2.2. Montant du capital incapacité de travail par accident

Le capital à verser est le montant assuré le 180e jour après l'accident, étant toutefois entendu que d'éventuelles augmentations du montant assuré intervenues entre la date de l'accident et le 180e jour qui s'ensuit ne sont pas versées si celles-ci n'ont pas déjà été convenues avant la date de l'accident.

2.2.2.3. Incapacité de travail totale et permanente

En ce qui concerne la notion 'd'incapacité de travail', il est renvoyé aux dispositions du point 2.2.1.2. Il est question d'incapacité de travail totale lorsque le degré d'incapacité de travail tel que défini au point 2.2.1.2 atteint au moins 66%. Il est question d'incapacité de travail totale et permanente lorsqu'il est établi que l'incapacité de travail totale frappera l'assuré à vie, sans perspective d'amélioration notoire, même au moyen d'un traitement médical adéquat.

2.2.3. Etendue des couvertures en cas d'incapacité de travail

2.2.3.1. 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.

2.2.3.2. Etendue géographique

Les couvertures en cas d'incapacité de travail sont en principe valables dans le monde entier. Dans les pays qui ne font pas partie de l'Union européenne, l'assureur n'accorde cependant la couverture que dans la mesure où il peut, selon sa propre appréciation, (continuer d')exercer le contrôle médical nécessaire sans difficultés ni frais exceptionnels.

2.2.3.3. 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 des risques exclus suivantes:

- d'une situation préexistante,
- de troubles psychiques, à l'exception de ceux explicitement mentionnés sous 2.2.1.3.2.1 ;
- d'une affection allergique qui ne représente pas un degré d'invalidité physiologique de plus de 25%;
- de traitements que l'assuré s'est appliqué à lui-même, à l'exception des actes normaux de soins personnels;
- d'une tentative de suicide.

2.2.4. 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 d'apporter toute collaboration possible afin que les examens et les contrôles jugés utiles par l'assureur puissent être effectués le plus rapidement possible, sont tenus de 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 et sont tenus de remettre sans délai les renseignements ainsi obtenus au médecin-conseil de l'assureur, tout ceci tant lors de la survenance de l'incapacité de travail que dans le cadre du suivi médical ultérieur. 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'assurance 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).

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'exams médicaux, caractère complémentaire de certaines couvertures de risque, couvertures maximales, surassurance, anti-sélection, limitations fiscales, disposition des éléments de calcul nécessaires, etc.).

L'assureur peut subordonner l'acceptation de la couverture 'rente frais généraux en cas d'incapacité de travail' à une justification sur la base de 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.

En matière de maladies et affections préexistantes, les dispositions suivantes s'appliquent.

- 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'assurance 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 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'assurance 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. Aggravation 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, lieu

de résidence, etc.), toute modification de ces éléments qui entraîne une aggravation du risque pour l'assureur doit lui être signalée spontanément par écrit dans les 30 jours. L'assureur est aussi habilité à interroger le preneur d'assurance et/ou l'assuré sur les éventuelles modifications intervenues dans les caractéristiques susvisées de l'assuré, auquel cas le preneur d'assurance et/ou l'assuré est/sont tenu(s) d'y répondre dans les délais impartis.

Si l'aggravation 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.

Si 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 un sinistre survenait avant que l'aggravation du risque n'ait été communiquée à l'assureur, le versement, si le fait de ne pas avoir spontanément communiqué l'aggravation du risque peut être reproché ou si elle n'a pas été communiquée à l'assureur en réponse à une interrogation en ce sens par ce dernier, 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 avoir communiqué spontanément l'aggravation du risque ou de ne pas l'avoir communiquée en réponse à une interrogation en ce sens par l'assureur, 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 à la dégradation 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, 4.3, 4.4, 5.5, 6.5 et 7.5, l'assuré a le droit de poursuivre l'assurance à titre individuel jusqu'au plus tard le 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 conclue 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. Les mêmes primes s'appliquent pour l'assurance poursuivie que pour l'assurance initiale.

En ce qui concerne la poursuite (jusqu'au plus tard le terme initialement prévu) de la (des) couverture(s) en cas d'incapacité de travail dans le cadre d'un engagement individuel de pension (voir 3), il est renvoyé au cadre légal spécifique repris aux articles 138bis-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'ENGAGEMENT INDIVIDUEL DE PENSION

3.1. 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.

Si, cependant, l'affilié travaille sous statut de travailleur salarié et si l'exécution de son contrat de travail est suspendue sans paiement de salaire à la date d'effet de l'engagement individuel de pension, la date d'effet (et l'affiliation y afférente) est (sont) prorogée(s) jusqu'à la date ultérieure de reprise du travail.

3.2. Contrat d'entreprise et contrat personnel

Selon ce que prévoient les Conditions particulières, l'engagement individuel de pension se compose d'un contrat d'entreprise (alimenté par des primes à charge du preneur d'assurance, appelées primes d'entreprise) et/ou d'un contrat personnel (alimenté par des primes à charge de l'affilié, retenues par le preneur d'assurance sur sa rémunération, appelées primes personnelles). S'il est prévu tant un contrat d'entreprise qu'un contrat personnel, ces contrats sont toujours conjoints (voir 1.2).

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 tant le contrat d'entreprise que le contrat personnel, 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 (ou affection soudaine)'.

Si, en ce qui concerne les couvertures 'capital-décès' et 'capital-décès par accident (ou affection soudaine)', 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 (ou affection soudaine)', 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 (ou affection soudaine)' 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.

3.5. 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 (éventuellement prorogée) (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'effet de l'engagement individuel de pension (éventuellement prorogée) 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'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 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'éventuelle augmentation intermédiaire des primes, cette augmentation est aussi calculée au prorata jusqu'à l'échéance de primes suivante (voir aussi 3.9).

3.6. 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. Cela ressort de la mention 'avec prorogation' auprès du terme dans les Conditions particulières. Dans ce cas, les couvertures en cas d'incapacité de travail prennent automatiquement fin au terme initialement prévu (et d'éventuelles prestations ou attributions en cours ne sont pas prolongées). Le budget de primes mentionné 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) sauf si le terme est prorogé encore une fois conformément à l'alinéa suivant.

Lorsque le terme, oui ou non prorogé conformément à l'alinéa précédent, se situe avant l'âge de la pension légale de l'affilié (aujourd'hui cela est en règle le premier jour du mois qui suit le 65ième anniversaire), le preneur d'assurance peut, pendant la durée du contrat, faire proroger ce terme, avec ou sans poursuite de paiement de la prime, jusqu'à l'âge de la pension légale susmentionné. Le preneur d'assurance doit introduire la demande écrite y afférente au plus tard trois mois avant le terme initialement prévu ou, en cas de prorogation du terme conformément à l'alinéa précédent, au plus tard trois mois avant le terme prorogé prévu (l'assureur peut refuser d'accepter une demande qui est introduite moins de trois mois avant le terme initialement prévu ou le terme prorogé prévu conformément à l'alinéa précédent). Sauf si convenu autrement à l'avance avec l'assureur, même en cas de poursuite de paiement de la prime, le capital décès est, dès le terme initialement prévu ou le terme prorogé conformément à l'alinéa précédent, limité à la réserve constituée à la date de décès de l'affilié (et l'éventuelle "couverture décès additionnel" dont question au point 2.1.1.1.2 prend donc fin au plus tard à cette date). Les éventuelles autres couvertures en cas de décès (voir 2.1.1.2., 2.1.1.3 et 2.1.1.4) prennent également fin au plus tard à la même date. Les couvertures en cas d'incapacité de travail prennent automatiquement fin au plus tard à partir du terme initialement prévu (et d'éventuelles prestations ou attributions en cours ne sont pas prolongées). En cas de départ de l'affilié au sens de l'article 3.13.2. avant le terme initialement prévu, le droit de proroger le terme conformément à cet alinéa, aux mêmes modalités d'exercice (même si dans ce cas structurellement sans poursuite de paiement de la prime), est cédé à l'affilié. L'attention est attirée sur le fait qu'en cas de prorogation du terme, l'assureur peut être amené à offrir dans le cadre d'un mode de placement de la branche 21 un taux d'intérêt inférieur, compte tenu des taux d'intérêt du marché et de la durée résiduelle du contrat.

3.7. Possibilités de choix pour l'affilié

3.7.1. 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'exams 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).

3.7.2. 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 d'entreprise et/ou des primes personnelles qui sont affectées aux réserves de pension, ainsi que de l'éventuelle participation bénéficiaire et des éventuels bonis de survie y afférents.

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, de la participation bénéficiaire ou des bonis de survie 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'effet de l'engagement individuel de pension (éventuellement prorogée) (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 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 cidessous sont disponibles. Le montant adapté s'obtient par application de la formule suivante:

$$\begin{aligned} & \text{montant assuré nominal adapté à la date d'adaptation}^1 \\ & \qquad \qquad \qquad \textit{est égal au} \\ & \qquad \qquad \qquad \text{montant assuré à la veille de la date d'adaptation}^1 \\ & \qquad \qquad \qquad \textit{multiplié par} \\ & \qquad \qquad \qquad \text{la rémunération}^2 \text{ à la dernière date d'évaluation}^1 \text{ précédant la date d'adaptation}^1 \\ & \qquad \qquad \qquad \textit{divisé par} \\ & \qquad \qquad \qquad \text{la rémunération}^2 \text{ à l'avant-dernière date d'évaluation}^1 \text{ précédant la date d'adaptation}^1 \end{aligned}$$

¹ cette date est mentionnée dans les Conditions particulières

² cette notion est définie dans les Conditions particulières; si l'affilié travaille à temps partiel sous statut de travailleur salarié, la rémunération en équivalent à temps plein est retenue

3.9. Travail à temps partiel

Lorsqu'un montant mentionné dans les Conditions particulières est lié à la rémunération et que l'affilié travaille à temps partiel sous statut de travailleur salarié, la rémunération est, en vue du calcul de ce montant, transposée en équivalent à temps plein et le montant qui en résulte est réduit en fonction de son degré d'occupation.

Si le degré d'occupation de l'affilié travaillant sous statut de travailleur salarié change, tout montant mentionné dans les Conditions particulières qui est lié à la rémunération est recalculé avec effet, sous réserve des critères d'acceptation de l'assureur, le premier jour du mois coïncidant avec ou suivant la date du changement du degré d'occupation (cette disposition ne porte pas sur la révision de la rémunération proprement dite).

Lorsque l'affilié travaillant sous statut de travailleur salarié a choisi un montant assuré nominal d'une couverture 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 - et que son degré d'occupation diminue, ce montant est réduit en le multipliant par une fraction dont le numérateur représente le nouveau degré d'occupation et le dénominateur l'ancien. Cette réduction prend effet le premier jour du mois coïncidant avec ou suivant la date de diminution du degré d'occupation. La même chose vaut pour tout montant nominal d'une couverture de risque figurant dans les Conditions particulières.

Si l'affilié est en situation de crédit-temps à temps partiel, de prépension à mi-temps, etc., il est considéré comme 'travaillant à temps partiel'.

3.10. Flux d'informations

3.10.1. 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 (éventuellement prorogée) (voir 3.1), 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.

3.10.2. 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 et du degré d'occupation de l'affilié (s'il travaille sous statut de travailleur salarié), 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.

3.10.3. 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, ainsi que de la suspension de l'exécution de son contrat de travail (s'il travaille sous statut de travailleur salarié) qui donne lieu à la suspension du paiement des primes (voir 3.13.1). 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 138bis-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.

3.10.4. 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.

3.11. Financement de biens immobiliers

Le preneur d'assurance cède à l'affilié le droit de faire affecter le contrat d'entreprise et/ou le contrat personnel 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 réparer 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.

3.12. 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, frais, 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.

3.13. Suspension / départ / cessation / rachat

3.13.1. Suspension du contrat de travail / perte de qualité

Il est immédiatement mis fin au paiement des primes d'entreprise et des primes personnelles:

- lorsque l'exécution du contrat de travail de l'affilié travaillant sous statut de travailleur salarié est suspendue, dès la date à laquelle le preneur d'assurance n'est plus redevable de salaire;
- lorsque l'affilié, bien qu'il reste actif auprès du preneur d'assurance, respectivement comme travailleur salarié ou comme dirigeant d'entreprise indépendant (selon le statut sous lequel il est affilié), 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 (ou affection soudaine)' 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 (ou affection soudaine)' 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 de reprise du travail ou 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.

3.13.2. Départ

Il est immédiatement mis fin au paiement des primes d'entreprise et des primes personnelles 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, respectivement comme travailleur salarié ou comme dirigeant d'entreprise indépendant du preneur d'assurance (selon le statut sous lequel il est affilié). Les réserves sont acquises à l'affilié. Dès la date de cessation de paiement des primes, les contrats continuent d'être gérés sous forme de contrats non transférés (voir 4).

3.13.3. Modification et cessation de l'engagement individuel de pension

3.13.3.1. Droit conditionnel de modification et de cessation

3.13.3.1.1. Affilié sous statut d'indépendant

Lorsque l'affilié travaille sous statut d'indépendant, 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, subirait 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.

3.13.3.1.2. Affilié sous statut de travailleur salarié

Bien que le paiement des primes ne soit pas obligatoire dans les rapports entre le preneur d'assurance et l'assureur, la modification ou la cessation de l'engagement individuel de pension ne peut intervenir vis-à-vis de l'affilié, si celui travaille sous statut de travailleur salarié, que moyennant son accord.

Cependant, sauf en présence de primes personnelles, sans préjudice d'éventuels autres dispositions impératives, conventions et engagements y afférents et sans préjudice de l'application des dispositions générales qui suivent, la diminution ou la cessation unilatérale de l'engagement individuel de pension par le preneur d'assurance est toutefois possible 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, ainsi qu'en cas de diminution du degré d'occupation de l'affilié.

3.13.3.1.3. Dispositions générales, indépendamment du statut de l'affilié

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. Toute modification de l'engagement individuel de pension qui entraîne l'instauration ou l'augmentation de(s) primes personnelles requiert toujours l'accord de l'affilié.

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.

3.13.3.2. **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 (ou affection soudaine)' 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'engagement individuel de pension (voir cependant 2.3.5). Il est mis fin à la couverture 'capital-décès par accident (ou affection soudaine)' 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.).

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 suspension du contrat de travail, 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).

3.13.5. Rachat des réserves

3.13.5.1. 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, 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 d'entreprise et du contrat personnel sous forme de versement de la valeur de rachat. Un affilié sous statut de travailleur salarié ne peut cependant en principe pas opérer le rachat avant l'âge de 60 ans.

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'engagement individuel de pension au financement de biens immobiliers (voir 3.11), 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 du contrat d'entreprise et du contrat personnel (dans leur intégralité) 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.

3.14. 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 4), le cas échéant conjoints avec le contrat d'entreprise et le contrat personnel (voir 1.2).

3.15. 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.

Sauf avis contraire de la part du preneur d'assurance, l'assureur considère que la législation sociale belge s'applique à l'affilié, s'il travaille sous statut de travailleur salarié. L'application de cette législation implique entre autres que le preneur d'assurance peut être tenu d'apurer des insuffisances de réserves éventuelles en cas de départ de l'affilié ou en cas de cessation de l'engagement individuel de pension. Le cas échéant, le preneur d'assurance y est invité par l'assureur. 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 d'entreprise et les primes personnelles 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) prédécesseur(s) en droit éventuel(s), le cas échéant, sauf indication contraire dans un document quelconque, majorées du nombre maximal admis sur le plan fiscal d'années non prestées (et y assimilées) dans l'entreprise.

La couverture "rentes d'incapacité de travail" visée à l'article 2.2.1.1. a pour but de compenser une perte de revenus du travail et constitue par conséquent un engagement individuel tel que visé à l'article 52, 3°, b, quatrième tiret du Code des Impôts sur les Revenus 1992 qui offre un complément aux indemnités légales en cas d'incapacité de travail par suite d'un accident ou d'une maladie professionnelle ou d'une maladie.

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 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

4. FONCTIONNEMENT DES CONTRATS TRANSFERES ET NON TRANSFERES

4.1. Contexte

Le point 4 s'applique:

- au contrat d'entreprise transféré engagement individuel de pension;
- au contrat personnel transféré engagement individuel de pension;
- au contrat d'entreprise non transféré engagement individuel de pension;
- au contrat personnel 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 en contrat d'entreprise ou en 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). Les dispositions relatives aux contrats transférés valent, dans le chef des affiliés au statut social de travailleur salarié, comme 'structure d'accueil' au sens de la législation sociale relative aux pensions complémentaires.

Le(s) contrat(s) non transféré(s) est (sont) le(s) contrat(s) 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 en contrat d'entreprise ou en contrat personnel selon que les réserves concernées ont été constituées par des primes à charge du preneur d'assurance ou à charge de l'affilié). Les dispositions relatives aux contrats non transférés valent, dans le chef des affiliés au statut social de travailleur salarié, comme 'structure d'accueil' au sens de la législation sociale relative aux pensions complémentaires et ce, dès la date de réception par l'assureur d'une demande écrite de l'affilié de transfert des réserves acquises vers cette structure d'accueil.

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.

4.2. Contrats transférés

4.2.1. 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 frais 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 le mode de placement 'xxx' (voir le Règlement de gestion concerné). 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.

4.2.2. 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'engagement individuel de pension dont l'affilié bénéficie auprès de l'assureur.

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'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'engagement individuel de pension.

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.

4.3. 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'engagement individuel de pension (voir 3.13.2), 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 d'entreprise et les contrats personnels non transférés provenant 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 (ou affection soudaine)' dans leur dernière situation assurée dans le cadre 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 (ou affection soudaine)' 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 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 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). Toutefois, en ce qui concerne le(s) contrat(s) non transféré(s) constitué(s) sous statut de travailleur salarié, toutes les réserves investies dans un ou plusieurs modes de placement de la branche 23 (voir les Règlements de gestion) sont transférées automatiquement et sans frais vers le mode de placement 'xxx' (changement de mode de placement).
- La structure des frais et des tarifs demeure inchangée.

L'apurement par le preneur d'assurance de l'engagement individuel de pension d'une insuffisance de réserves éventuelle au regard de la garantie de rendement minimale fixée dans la législation sociale, est affecté à la constitution de réserves de pension au sein du (des) contrat(s) d'entreprise non transféré(s) provenant de l'engagement individuel de pension pour le(s)quel(s) cette insuffisance a été constatée.

Sauf s'il en est convenu autrement, cet apurement est investi dans les modes de placement selon les dernières règles de placement appliquées aux primes dans le cadre de l'engagement individuel de pension précité.

Les dispositions concernant les bénéficiaires dans le cadre de l'engagement individuel de pension restent applicables aux contrats non transférés, si ce n'est que la signature par le preneur d'assurance 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, etc.) qui figurent dans les Conditions particulières 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.

L'assureur peut toutefois, en ce qui concerne le(s) contrat(s) non transféré(s) constitué(s) sous statut de travailleur salarié, refuser toute demande de l'affilié de modification des couvertures et/ou des modes de placement si l'affilié n'a pas préalablement ou simultanément introduit une demande écrite auprès de l'assureur de transférer ses réserves acquises vers la 'structure d'accueil' au sens de la législation sociale relative aux pensions complémentaires.

4.4. 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).

4.5. 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 à l'engagement individuel de pension sous statut de travailleur salarié peut, après son départ qui a donné lieu à la gestion poursuivie du (des) contrat(s) d'entreprise et du (des) contrat(s) personnel(s) 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) constituée(s) sous statut de travailleur salarié, selon la législation applicable et sans indemnité de rachat, sous forme de transfert vers soit l'organisme de pension de son nouvel employeur où il bénéficie également d'un engagement de pension, soit une caisse dite 'commune'.

Sans préjudice des éventuelles restrictions qui découlent de la présence de réserves bloquées (voir 1.4.5.1), l'affilié qui a été affilié à l'engagement individuel de pension sous statut d'indépendant peut, après son départ qui a donné lieu à la gestion poursuivie du (des) contrat(s) d'entreprise et du (des) contrat(s) personnel(s) 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) constituée(s) sous statut d'indépendant, 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.

4.6. Versement de la valeur de rachat

Sauf disposition impérative contraire, 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 4.7), les modalités en sont fixées dans l'acte d'avance ou dans l'avenant de mise en gage.

4.7. 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 peu(ven)t être consentie(s) que pour permettre à l'affilié d'acquérir, de construire, d'améliorer, de réparer 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 4.5 et 4.6) 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.

4.8. 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, frais, 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 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.

4.9. 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 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 cet engagement individuel de pension qui sont remis directement à l'affilié ou par l'intermédiaire du preneur d'assurance. 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'a délivré.

4.10. 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 (y compris la 'structure d'accueil') en particulier.

5. FONCTIONNEMENT DE LA PENSION COMPLEMENTAIRE LIBRE DES INDEPENDANTS

5.1. Contexte

Le point 5 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.

5.2. 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 (ou affection soudaine)' 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 100,00 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.

5.3. 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;
- faire opérer un changement de règles ou de mode de placement (lorsqu'un changement de règles ou de mode de placement porte sur un (des) mode(s) de placement de la branche 23 (voir les Règlements de gestion), une telle opération requiert toutefois le consentement explicite de l'assureur);
- 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'assurance 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 cidessous.

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 peu(ven)t être consentie(s) que pour permettre à l'affilié d'acquérir, 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.

5.4. 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.

5.5. 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 (ou affection soudaine)' 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 l'affilié par lettre recommandée (voir cependant 2.3.5). Il est mis fin à la couverture 'capital-décès par accident (ou affection soudaine)' et aux couvertures en cas d'incapacité de travail 30 jours après que l'assureur en a 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 a informé l'affilié par lettre recommandée (voir cependant 2.3.5).

5.6. 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 (ou affection soudaine) peuvent, après imputation des éventuel(le)s retenues légales, frais, 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.

5.7. 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 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 cet engagement 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. 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'a délivré.

5.8. 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 (ou affection soudaine)' 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.

5.9. 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 de primes annuel 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). Le montant de primes annuel qui, comme indiqué ci-dessus, comprend la cotisation de solidarité, s'élève toujours au moins à 111,11 EUR, ce qui, après soustraction de la cotisation de solidarité de 10%, correspond au montant minimal de 100,00 EUR qui est affecté aux couvertures 'capital-décès', 'capital-décès par accident (ou affection soudaine)' et/ou 'capital-pension' (voir 5.2). Lorsque la couverture 'exonération de primes en cas d'incapacité de travail' s'applique à un contrat PCLI social, le terme 'TP' visant à déterminer le montant assuré de cette couverture (voir 2.2.1.4.5) correspond, en ce qui concerne le contrat PCLI, à 90% du montant de primes annuel susvisé.

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.

6. FONCTIONNEMENT DES CONTRATS INAMI

6.1. Contexte

Le point 6 s'applique aux contrats INAMI, notamment les contrats qui répondent aux conditions légales concernant les contrats 'pension complémentaire libre des indépendants' sociaux (voir 5.9) 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 (ou affection soudaine)' et 'capital-pension', ainsi qu'aux prestations de solidarité contenues dans le Régime de Solidarité qui est toujours adossé aux contrats INAMI (voir 6.8). Le preneur d'assurance et l'assuré de toutes les couvertures et prestations de solidarité est 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 des primes se fait directement par l'INAMI 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;
- faire opérer un changement de règles ou de mode de placement (lorsqu'un changement de règles ou de mode de placement porte sur un (des) mode(s) de placement de la branche 23 (voir les Règlements de gestion), une telle opération requiert toutefois le consentement explicite de l'assureur);
- 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'assurance 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 cidessous.

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 peu(ven)t être consentie(s) que pour permettre à l'affilié d'acquérir, 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 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 à la couverture 'capital-décès par accident (ou affection soudaine)' 30 jours après que l'assureur en a 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 a 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 (ou affection soudaine) peuvent, après imputation des éventuel(le)s retenues légales, frais, 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 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 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 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. 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'a délivré.

6.8. 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 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.

6.9. 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 légales 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.

7. FONCTIONNEMENT DE L'ASSURANCE INDIVIDUELLE

7.1. Contexte

Le point 7 s'applique:

- au contrat assurance individuelle sans réduction d'impôts;
- 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.

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 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'épargnepension 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.

7.3. 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;
- obtenir une avance sur les prestations assurées;
- mettre les droits découlant du contrat en gage ou les céder à un tiers.

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, 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.

7.5. Non-paiement des primes / épuisement des réserves

En cas de non-paiement des primes prévues, le preneur d'assurance est averti des conséquences du nonpaiement 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 (ou affection soudaine)' 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 le preneur d'assurance par lettre recommandée (voir cependant 2.3.5). Il est

mis fin à la couverture 'capital-décès par accident (ou affection soudaine)' et aux couvertures en cas d'incapacité de travail 30 jours après que l'assureur en a 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 a informé le preneur d'assurance par lettre recommandée (voir cependant 2.3.5).

7.6. 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 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 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. 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'a délivré.

7.7. 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.

8. DISPOSITIONS DIVERSES

8.1. Nature juridique des couvertures

La couverture 'capital-décès', le(s) contrat(s) (conjoint(s)) 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.

8.2. 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 frais 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.

8.3. 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, le cas échéant après application d'une correction financière (voir les Règlements de gestion) et après imputation d'éventuel(le)s retenues légales, frais, 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.

8.4. Correspondance et preuve

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

Toute notification et toute correspondance entre parties se font 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.

8.5. 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.

8.6. 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.

8.7. Régime fiscal applicable

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.

8.8. Protection de la vie privée

Vos données personnelles sont traitées par ERGO Insurance SA, boulevard Bischoffsheim, 1-8 à 1000 Bruxelles ('ERGO Life'), à des fins de gestion des clients, de gestion et d'exécution des polices, gestion des données de personnes qui présentent un risque aggravé, gestion de crédits, de comptabilité et de facturation, de réassurance ainsi que de marketing et de publicité personnalisée. Vos données personnelles peuvent également être transmises aux 'catégories suivantes de tiers:

- Tribunal et services de police;
- Individus et organisations en relation directe avec ERGO Life;
- Autres services ou entreprises auxiliaires d'ERGO Life;
- Banques et compagnies d'assurances;
- Conseillers professionnels de la personne enregistrée;
- Employeur ou relation professionnelle de la personne enregistrée;
- Organismes de sécurité sociale;
- Pouvoirs publics;
- Réassureurs.

ERGO Life attache une grande importance à la protection de la vie privée et met tout en oeuvre pour protéger et pour traiter les données personnelles qui vous concernent conformément aux dispositions de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel (La loi sur la vie privée). Vous avez le droit de consulter toutes les données qui vous concernent et le cas échéant, de les faire modifier ou supprimer selon les conditions prévues par la loi. Vous pouvez toujours gratuitement vous opposer à l'utilisation de vos données à des fins de marketing direct. Pour exercer ces droits, vous pouvez vous adresser à l'adresse e-mail suivante: info@ergolife.be.

8.9. Plaintes et litiges

Si un intéressé a une plainte relative au contrat et n'obtient pas satisfaction, il peut s'adresser au Service complaints de l'assureur (par mail: complaints@ergolife.be ou par téléphone: 02/278.27.06) et éventuellement au Service Ombudsman Assurances, square de Meeûs 35 à 1000 Bruxelles. L'intéressé conserve aussi la possibilité d'entamer une procédure judiciaire. Les litiges entre les parties relèvent de la compétence des tribunaux belges.

Des litiges d'ordre médical peuvent également, pour autant que les parties marquent explicitement leur accord écrit à ce sujet au plus tôt au moment où le litige naît, être tranchés par expertise médicale à l'amiable (arbitrage), où les parties désignent chacune un médecin. A défaut d'accord entre ces médecins, ceux-ci ou, en cas de désaccord, le Président du Tribunal de Première Instance compétent désigne(nt) un médecin 'tiers'. Le collège ainsi formé décide par majorité des voix et sa décision est sans appel. Sous peine de nullité de leur décision, les médecins ne peuvent cependant s'écarter des dispositions des Conditions générales. Chaque partie règle les honoraires du médecin qu'elle a désigné. Les honoraires de l'éventuel médecin 'tiers' sont à charge des parties, par parts égales.

8.10. Avertissement

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