

# VITIS Inspired Pension Plan (VIPP) Conditions générales

## Engagement individuel de pension Contrats transférés et non transférés

VIPP\_BE\_CG\_FR\_01  
En vigueur à partir du 01/11/2019

Conditions générales	VIPP_BE_CG_FR_01	5
I. Technique d'assurance		7
I.1. Principes de fonctionnement		7
I.1.1. Compte d'assurance, dépôts et unités		7
I.1.2. Couvertures de risque		7
I.2. Contrats conjoints		7
I.3. Émission du contrat		8
I.4. Flux entrants ou attributions		8
I.5. Types de réserves		9
I.5.1. Gestion différenciée		9
I.5.2. Types de réserves selon la source de financement		9
I.5.2.1. Réserves de primes		9
I.5.2.2. Réserves de participation bénéficiaire		9
I.5.2.3. Transfert de réserves		9
I.5.3. Types de réserves selon l'affectation : Réserves de pension		9
I.5.4. Types de réserves selon le mode de placement		9
I.5.4.1. Types de modes de placement		9
I.5.4.2. Modification des règles de placement et changement de mode ou de fonds de placement		10
I.5.5. Types de réserves selon le caractère lié		11
I.5.5.1. Réserves bloquées		11
I.5.5.2. Réserves libres		12
I.6. Flux sortants ou soustractions		12
I.6.1. Primes de risque et chargements		12
I.6.2. Liquidation de réserves		12
I.6.2.1. Renonciation		12
I.6.2.2. Rachat		12
I.6.2.3. Versement du capital-décès		13
I.6.2.4. Versement du capital-pension		13
I.6.2.5. Versement en titres		13
I.7. Chargements et impôts		14
I.7.1. Primes de risque		14
I.7.2. Chargements et impôts		14
I.7.2.1. Chargements standard		14
I.7.2.2. Frais dans le cadre des assurances-vie dormantes		15
I.7.2.3. Impôts		15
I.7.3. Certificat personnel		15
I.8. Principes de calcul généraux		15
I.8.1. Conversion de montants monétaires en unités et inversement		15
I.8.1.1. Généralités		15
I.8.1.2. Opérations qui donnent lieu à un flux entrant		15
I.8.1.3. Opérations qui donnent lieu à un flux sortant		15
I.8.1.4. Changement de mode de placement		16
I.8.2. Calculs sur base journalière		16
I.9. Avances		16
2. Couvertures en cas de décès et d'incapacité de travail		17
2.1. Couvertures en cas de décès		17
2.1.1. Types de couvertures en cas de décès		17
2.1.1.1. Capital-décès		17
2.1.1.2. Capital-décès par accident		17
2.1.2. Etendue des couvertures en cas de décès		18
2.1.2.1. Période de couverture		18
2.1.2.2. Etendue géographique		18
2.1.2.3. Risques exclus en cas de décès		18
2.1.2.4. Risques exclus en cas de décès par accident		18
2.1.3. Déclaration de sinistre		20
2.2. Couvertures en cas d'incapacité de travail		20
2.2.1. Rentes d'incapacité de travail		20
2.2.1.1. Description de la couverture et types de rentes d'incapacité de travail		20
2.2.1.2. Incapacité de travail		20

2.2.1.3.	Montant des rentes d'incapacité de travail	21
2.2.1.4.	Période de paiement	21
2.2.1.5.	Rechute	22
2.2.2.	Etendue des couvertures en cas d'incapacité de travail	22
2.2.2.1.	Période de couverture	22
2.2.2.2.	Etendue géographique	22
2.2.2.3.	Risques exclus	22
2.2.3.	Formalités à accomplir en vue du paiement des couvertures	24
2.2.3.1.	Déclaration	24
2.2.3.2.	Fixation du degré d'incapacité de travail – Contestation et expertise	24
2.2.3.3.	Changement du degré d'incapacité de travail	24
2.2.4.	Perte du bénéfice de la couverture	25
2.3.	Dispositions générales	25
2.3.1.	Omission ou inexactitude dans les déclarations du preneur ou de l'affilié	25
2.3.2.	Acceptation des couvertures par l'assureur	25
2.3.3.	Changement du risque assuré	26
2.3.3.1.	Changement dans les activités professionnelles, activités sportives ou du lieu de résidence	26
2.3.3.2.	Modification des revenus professionnels	26
2.3.3.3.	Défaut de déclaration	26
2.3.4.	Secret médical	26
3.	Fonctionnement de l'engagement individuel de pension	27
3.1.	VITIS Inspired Pension Plan (EIP)	27
3.2.	Preneur d'assurance, assuré et bénéficiaire	27
3.2.1.	Le preneur d'assurance	27
3.2.2.	L'assuré	27
3.2.3.	Le bénéficiaire	27
3.3.	Contrat de l'entreprise - prime de l'entreprise	27
3.4.	Entrée en vigueur du contrat	28
3.5.	Paieement de prime	28
3.6.	Flux d'informations	28
3.6.1.	Lors de l'affiliation	28
3.6.2.	En cours d'affiliation active	28
3.6.3.	En cas de décès de l'affilié	29
3.6.4.	En cas de sortie de service de l'affilié	29
3.6.5.	Information tardive, incomplète ou incorrecte	29
3.7.	Financement de biens immobiliers	29
3.8.	Sortie de service/rachat	30
3.8.1.	Sortie de service/perte de la qualité	30
3.8.2.	Rachat par l'affilié	30
3.8.3.	Versement de la valeur de rachat à un tiers	30
3.8.4.	Rachat par le preneur d'assurance	30
3.9.	Modification et cessation de l'engagement individuel de pension	30
3.9.1.	Droit conditionnel de modification et de cessation du contrat	30
3.9.2.	Cessation de (paiement des primes pour) l'engagement individuel de pension	31
3.10.	Réserves transférées	31
3.11.	Liquidation en rente viagère	31
3.12.	Bonne foi, équité et caractère raisonnable	32
4.	Fonctionnement des contrats transférés et non transférés	32
4.1.	Définitions	32
4.2.	Contrats transférés	32
4.2.1.	Entrée en vigueur et investissement	32
4.2.2.	Couvertures	32
4.3.	Contrats non transférés	32
4.4.	Financement de biens immobiliers	33
4.5.	Transfert vers un autre organisme de pension	33
4.6.	Versement de la valeur de rachat	33
4.7.	Liquidation en rente viagère	34
4.8.	Certificat personnel et fiche de pension annuelle	34

5. Dispositions communes	35
5.1. Nature juridique des couvertures	35
5.2. Remise en vigueur	35
5.3. Informations	35
5.4. Versement et paiement des prestations	36
5.5. Correspondance et preuve	37
5.6. Modification des conditions générales	37
5.7. Clauses non valables	37
5.8. Législation applicable	37
5.9. Régime fiscal applicable	38
5.10. Sanctions économiques	38
5.11. Responsabilité	38
5.12. Protection des données à caractère personnel	38
5.13. Réclamations	39
5.13.1. Réclamation auprès de l'assureur	39
5.13.2. Saisine d'une autorité compétente	39
5.14. Avertissement	40

## CONDITIONS GÉNÉRALES

## VIPP\_BE\_CG\_FR\_01

### Définitions

#### Assuré ou tête assurée

La personne sur la tête de laquelle repose le risque de survenance de l'événement assuré et dont le décès entraîne le paiement du capital-décès. L'affilié est l'assuré.

#### Assureur/Compagnie d'assurance-vie

Vitis Life S.A. - Belgian Branch, implantée à B-1831 Diegem, Jan Emiel Mommaertslaan 20B, succursale de Vitis Life S.A., compagnie d'assurances de droit luxembourgeois ayant son siège social au 52, boulevard Marcel Cahen, L-1311 Luxembourg et dont l'adresse de correspondance est la suivante : Vitis Life S.A., B.P. 803, L-2018 Luxembourg.

Vitis Life S.A. a été agréée par le Commissariat aux Assurances en date du 30 janvier 1995 sous le numéro S07/5 et est enregistrée auprès de la FSMA sous le numéro 1424.

L'exercice de l'activité d'assurance-vie est soumis à l'octroi d'une autorisation administrative par les autorités compétentes de l'État membre dans lequel l'assureur a son siège social. Vitis Life S.A. est titulaire de cet agrément administratif (arrêté S07/95 du 30 janvier 1995 délivré par le ministère des Finances du Grand-Duché de Luxembourg). Conformément aux directives européennes en vigueur quant à l'activité d'assurance, l'exécution d'opérations d'assurance via une succursale sur le territoire belge a été autorisée par le Commissariat aux Assurances et communiquée aux autorités compétentes belges.

L'assureur est soumis au contrôle du Commissariat aux Assurances au titre de l'ensemble des règles relevant de la surveillance financière et prudentielle, et en particulier concernant (i) l'agrément du contrat, (ii) les provisions techniques et (iii) les actifs admis en représentation des engagements techniques pris dans le cadre du contrat. L'ensemble de ces règles relève de la réglementation luxembourgeoise.

#### Bénéficiaire

La personne en faveur de laquelle sont stipulées les prestations d'assurance. L'affilié est le bénéficiaire du capital-pension. En l'absence d'un bénéficiaire déterminé ou déterminable, le capital-décès est versé à la succession de l'affilié.

Le bénéficiaire de la couverture en cas de décès par accident est la même personne que le bénéficiaire du capital-décès.

#### Certificat personnel

Pour tous les types d'assurances, un certificat personnel est établi, soit séparément par assurance soit globalement pour différents contrats (jonction). Ce document donne un aperçu de notamment la nature et du niveau des couvertures ainsi que des modes de placement applicables.

Les différentes couvertures, les divers modes de placement et les dispositions des conditions générales y afférentes ne valent que s'il apparaît du certificat personnel qu'ils ont effectivement été souscrits. En cas de modification, l'assureur émet un certificat actualisé qui remplace la version précédente.

#### Commissariat aux Assurances

Établissement public de droit luxembourgeois notamment chargé d'exercer la surveillance du secteur des assurances et des intermédiaires d'assurances conformément aux prescriptions de la législation et de la réglementation luxembourgeoises.

#### Conditions générales

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

Le chapitre 1 (Technique d'assurance), le chapitre 2 (Couvertures en cas de décès et d'incapacité de travail) et le chapitre 5 (Dispositions communes) s'appliquent à tous les types d'assurances.

#### Convention de pension

Les conditions générales et le certificat personnel constituent la convention de pension.

#### Fiche produit

Document synthétique à usage commercial et précisant les caractéristiques suivantes du type d'assurance-vie : la tarification en vigueur lors de la souscription, les fonds de placement qui peuvent être choisis,

le régime fiscal applicable dans le chef du preneur d'assurance et de l'assuré lors de la souscription.  
Les éventuels rendements indiqués dans la fiche produit sont donnés à titre informatif uniquement et n'offrent aucune garantie quant à un éventuel rendement futur.

**Fonds de placement**

Les fonds de placement disponibles dans le mode de placement (branche 23) sont des fonds de placement internes et/ou des fonds de placement externes :

fonds de placement externe ou fonds externe : Fonds constitué sous la forme d'un organisme de placements collectifs en valeurs mobilières (OPCVM).

fonds de placement interne ou fonds interne : ensemble cantonné des actifs de l'assureur, comportant ou non une garantie de rendement. Un tel fonds est constitué et géré par l'assureur conformément aux règles d'investissement stipulées par la législation luxembourgeoise et le Commissariat aux Assurances. Les actifs financiers d'un tel fonds, bien qu'appartenant exclusivement à l'assureur, font l'objet d'une comptabilité séparée. Un fonds de placement interne collectif est un fonds interne ouvert à une multitude de contrats.

Le règlement de gestion contenant une liste des fonds de placement disponibles est mis à la disposition du preneur d'assurance et de l'affilié ou communiqué à tout moment sur simple demande. L'assureur se réserve le droit de modifier unilatéralement ce règlement de gestion à tout moment, sans porter atteinte aux droits du preneur d'assurance, de l'assuré ou du bénéficiaire. Il pourra notamment ajouter de nouveaux fonds de placement, supprimer des fonds de placement existants, ou modifier le règlement de gestion afin de tenir compte des changements (fusion, modification du nom, etc.) propres à un fonds de placement ou des modifications apportées par une banque dépositaire ou un gestionnaire financier.

**FSMA**

L'Autorité des services et marchés financiers, qui a en Belgique pour mission d'assurer la surveillance des marchés financiers et des sociétés cotées, d'agréer et de contrôler certaines catégories d'établissements financiers, de veiller au respect des règles de conduite par les intermédiaires financiers, de superviser la commercialisation des produits d'investissement destinés au grand public et d'exercer le contrôle dit « social » des pensions complémentaires.

**Preneur d'assurance**

La personne qui souscrit et conclut le contrat d'assurance-vie avec l'assureur. Il s'agit de la personne qui, notamment, appose sa signature sur le formulaire de souscription, verse les primes et détermine les caractéristiques du contrat.

## I. TECHNIQUE D'ASSURANCE

### I.1. Principes de fonctionnement

#### I.1.1. Compte d'assurance, dépôts et unités

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 constituent la réserve ou la **valeur de compte** du contrat. Cette valeur de compte est investie dans un ou plusieurs modes de placement et génère ainsi un rendement. Le mode de placement (branche 23) se compose de fonds de placement (internes ou externes). Exceptionnellement, le mode de placement peut être un placement branche 21 (voir 1.5.4.1. et 1.9. concernant les avances).

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 essentielles pour la gestion correcte d'un compte d'assurance.

Chaque dépôt peut être considéré comme un compartiment de réserves homogènes au sein d'un compte d'assurance.

**Une unité** est 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 le gestionnaire financier du fonds de placement, par la banque dépositaire du fonds ou par un agent de calcul habilité par le gestionnaire financier. La valeur d'unité est le cas échéant arrondie par l'assureur sur deux chiffres après la virgule. L'assureur s'engage uniquement concernant le nombre d'unités d'un dépôt. La valeur d'unité évolue dans le temps puisqu'un rendement est généré sur les sommes investies.

#### I.1.2. Couvertures de risque

Outre les comptes d'assurance, un contrat peut comprendre des couvertures de risque en cas de décès, de décès par accident et d'incapacité de travail.

Les primes de risque nécessaires au financement de la couverture en cas de décès sont soustraites des réserves du compte d'assurance.

Les primes de risque nécessaires au financement de la couverture en cas de décès par accident et de la couverture en cas d'incapacité de travail font l'objet d'une retenue sur les primes payées.

Les différentes couvertures de risque et les dispositions des conditions générales y afférentes ne s'appliquent que s'il ressort du certificat personnel qu'elles ont effectivement été souscrites.

### I.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 » dans le cadre de la couverture en cas de décès (voir 2.1.1.1.2.) est calculée par rapport au montant total des réserves des différents comptes d'assurance des contrats conjoints ;
- les primes de risque de la couverture en cas de décès sont soustraites des réserves des différents comptes d'assurance des contrats conjoints ;
- le rapport de placement éventuel peut tenir compte de la totalité des placements dans les 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 en cas de décès est, sauf demande contraire et moyennant l'accord de l'assureur, automatiquement diminuée du montant des réserves du (des) contrat(s) qui n'est (ne sont) plus conjoint(s).

Le fait que des contrats soient conjoints comme indiqué ci-dessus n'implique pas que ces contrats soient également conjoints au sens de l'arrêté royal du 14 novembre 2003 relatif à l'activité d'assurance sur la vie, sauf si cet arrêté impose la jonction. Inversement, si cet arrêté impose la jonction, cela n'implique pas que ces contrats soient également conjoints comme indiqué ci-dessus.

### 1.3. Émission du contrat

Indépendamment de la réception du formulaire de souscription ou du versement d'une prime, l'assureur se réserve le droit de refuser le contrat ou de subordonner la conclusion du contrat à une demande d'informations complémentaires.

Si, dans les trente (30) jours après la réception d'un formulaire de souscription dûment complété et signé, l'assureur n'a pas émis de certificat personnel, n'a pas subordonné le contrat à une demande d'analyse ou n'a pas refusé le contrat, l'assureur s'engage à conclure le contrat sous peine d'indemnisation.

L'acceptation par l'assureur du formulaire de souscription dûment signé par le preneur d'assurance et l'assuré est constatée par l'émission du certificat personnel.

Dans un délai de maximum trente (30) jours à compter de la réception par l'assureur du formulaire de souscription complet, des pièces ou des informations complémentaires (le cas échéant) demandées par l'assureur, ce dernier envoie par lettre recommandée le certificat personnel au preneur d'assurance et, le cas échéant, à l'assuré (voir aussi 3.6.1.).

Après l'émission du certificat personnel, l'assureur envoie une invitation de paiement de la prime au preneur d'assurance. La réception de la prime initiale vaut comme acceptation du contrat par le preneur d'assurance et l'assuré.

### 1.4. Flux entrants ou attributions

Chaque prime est payée en numéraire et en EUR sur un compte au nom de l'assureur avec mention des références communiquées. Ce versement doit être exécuté par le preneur d'assurance depuis un compte à son nom. À défaut, l'assureur se réserve le droit de refuser le versement de la prime.

Chaque prime versée requiert l'acceptation de l'assureur. Le preneur d'assurance s'engage à répondre aux questions de l'assureur concernant la provenance des primes versées et à lui fournir des pièces justificatives.

L'assureur peut déterminer un montant de prime minimal et le modifier ultérieurement moyennant communication préalable au preneur d'assurance. L'assureur dispose également de la possibilité de modifier les montants minimaux d'investissement dans les fonds de placement sous réserve de communication préalable au preneur d'assurance.

Après prélèvement d'éventuels chargements retenus, impôts et primes de risque pour la couverture en cas de décès par accident et pour la couverture en cas d'incapacité de travail, la prime nette est attribuée au compte d'assurance concerné par conversion en unités de fonds de placement.

Sous réserve des éventuelles restrictions ou obligations fiscales, juridiques ou autres, le certificat personnel détermine à quel(s) type(s) de réserves la prime nette est affectée.

Une forme particulière de paiement de prime est le transfert de réserves provenant d'un contrat souscrit auprès une autre compagnie d'assurances.

L'assureur se réserve le droit d'investir la prime initiale dans des unités de fonds de placement de type «monétaire» pendant le délai de renonciation du contrat. Si tel est le cas, à l'expiration de ce délai de renonciation, l'assureur convertit sans chargements de changement la prime initiale en des unités de fonds de placement sélectionnés par le preneur d'assurance.

Si la prime payée dépasse le montant de prime mentionné dans le certificat personnel, l'assureur peut reverser le solde au preneur d'assurance.

Si la prime payée est inférieure au montant de prime mentionné dans le certificat personnel, la prime payée est, après retenue des chargements et impôts, d'abord affectée aux couvertures de risque en cas de décès par accident et en cas d'incapacité de travail. Le solde résiduel est ensuite octroyé au compte d'assurance. À défaut d'un solde résiduel pouvant être octroyé au compte d'assurance, l'assureur se réserve le droit de rembourser l'intégralité de la prime au preneur d'assurance et de mettre un terme aux couvertures en cas de décès par accident et d'incapacité de travail (voir 3.9.2.).



## 1.5. Types de réserves

### 1.5.1. 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 mode de placement et leur caractère lié.

### 1.5.2. Types de réserves selon la source de financement

#### 1.5.2.1. Réserves de primes

La réserve de prime est la réserve qui est constituée par les primes payées (non retenues - voir 1.1.2). Le rendement obtenu sur la réserve de prime est également attribué à cette réserve.

#### 1.5.2.2. Réserves de participation bénéficiaire

Les réserves de participation bénéficiaire sont les réserves qui sont constituées par une participation bénéficiaire attribuée et le rendement généré sur celle-ci. Les réserves de participation bénéficiaire peuvent uniquement être constituées par la partie d'un transfert de réserve représentant une réserve de participation bénéficiaire et provenant d'un contrat auprès d'une autre compagnie d'assurances.

#### 1.5.2.3. Transfert de réserves

Les réserves provenant d'un contrat auprès une autre compagnie d'assurances sont affectées à la réserve de prime et éventuellement à la réserve 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.

### 1.5.3. Types de réserves selon l'affectation : Réserves de pension

Les réserves de pension sont constituées par les primes qui ne sont pas retenues pour le financement de la couverture de risque en cas de décès par accident et/ou la couverture en cas d'incapacité de travail. Le rendement obtenu sur les réserves de pension leur est également attribué.

Ces réserves sont notamment affectées à :

- la soustraction des primes de risque pour la « couverture décès supplémentaire » dans le cadre de la couverture en cas décès ;
- leur versement en cas de vie de l'assuré à la fin du contrat (versement du capital-pension) ;
- leur versement en cas de décès de l'assuré (avant le terme (prorogé) éventuel) (versement du capital-décès) ;

Les réserves de pension constituées à une certaine date forment les « réserves acquises » de l'affilié conformément à la législation applicable.

### 1.5.4. Types de réserves selon le mode de placement

#### 1.5.4.1. Types de modes de placement

Le mode de placement disponible au sein du contrat est un mode de placement branche 23 lié à l'évolution de la valeur de fonds de placement internes et/ou externes et où le risque de placement est entièrement supporté par le preneur d'assurance et l'affilié. Les réserves de pension sont investies dans un mode de placement branche 23.

Les fonds de placement disponibles au sein du mode de placement branche 23 sont mentionnés dans le règlement de gestion.

Exceptionnellement, une réserve est investie dans un mode de placement branche 21. En effet, lors du prélèvement d'une avance, la réserve bloquée est investie dans un mode de placement branche 21. Celle-ci ne bénéficie d'aucune participation bénéficiaire.

*Mode de placement branche 23 :*

Tout investissement dans des fonds de placement doit à tout moment être conforme aux règles d'investissement de la lettre circulaire 15/3 du Commissariat aux Assurances, à tout(e) modification ou remplacement futur(e) de cette lettre circulaire et à toute autre lettre circulaire qui impose un pourcentage d'investissement minimal/maximal par fonds de placement. Ces règles d'investissement luxembourgeoises peuvent être consultées sur le site web du Commissariat aux Assurances (<http://www.caa.lu>). Ces règles d'investissement peuvent également être obtenues sur simple demande adressée à l'assureur et peuvent varier au cours du contrat.

La lettre circulaire I 5/3 du Commissariat aux Assurances détermine notamment pour chaque fonds de placement interne les seuils d'investissement minimaux pour qu'un preneur d'assureur ait accès à un fonds interne et la nature et la répartition des actifs sous-jacents en fonction de ces seuils d'investissement. Les actifs admis ainsi que les règles d'investissement en vigueur sont détaillés dans le règlement de gestion.

En cas de non-respect de ces règles d'investissement et restrictions, l'assureur en informe l'affilié, le cas échéant par l'intermédiaire du preneur d'assurance, de sorte que le changement requis puisse être exécuté dans les plus brefs délais. À défaut, l'assureur dispose de la possibilité de procéder au désinvestissement de l'excédent ou, si les limites minimales ne sont pas atteintes, à un désinvestissement total, pour un investissement dans un fonds de placement (interne ou externe) de type monétaire dans l'attente, le cas échéant, d'une demande de changement de l'affilié.

Moyennant une décision motivée, l'assureur peut limiter ou suspendre le droit de procéder à un nouvel investissement dans un fonds de placement déterminé. Cette situation peut notamment se produire dans les cas suivants :

- notamment en cas de modification des modalités de valorisation ou de cotation d'un fonds de placement ;
- en cas de diminution importante de liquidités des actifs qui sont cotés sur un marché réglementé ;
- en cas de retrait substantiel du fonds qui représente plus de 80 % de la valeur du fonds ou qui est supérieur à 1,25 million d'euros (indexé) ;
- quand la situation est tellement grave que le gestionnaire financier n'est pas en mesure d'effectuer une évaluation correcte des actifs ou de respecter ses obligations, qu'il ne peut pas disposer normalement de ces actifs ou qu'il ne peut le faire sans porter gravement préjudice aux intérêts des affiliés ;
- en cas de modification des conditions de souscription ou de rachat des unités ;
- en cas de modification du règlement/prospectus du fonds de placement ;
- en cas d'interruption de l'émission de nouvelles unités ;
- ou plus généralement en cas de force majeure.

#### **I.5.4.2. Modification des règles de placement et changement de mode ou de fonds de placement**

##### ***Modification des règles de placement***

Pendant la durée du contrat, l'affilié peut modifier les règles de placement pour les attributions futures aux réserves de pension. Pour ce faire, il adresse une demande à l'assureur, le cas échéant par l'intermédiaire du preneur d'assurance. En cas de doute, l'assureur se réserve le droit de demander des informations et/ou documents complémentaires et éventuellement de ne pas entamer la modification des règles de placement. L'assureur confirme l'opération par l'émission d'un certificat personnel modifié.

##### ***Changement de mode ou de fonds de placement***

Dans le cadre d'un changement de mode ou de fonds de placement, un mode ou fonds de placement déterminé est, après retenue d'éventuels chargements de changement et impôts, totalement ou partiellement liquidé (flux sortant) et le montant qui en résulte est réinvesti au sein du même compte d'assurance, dans un autre mode de placement ou dans un ou plusieurs autres fonds de placement (flux entrant).

Le règlement de gestion mentionne les règles et conditions en cas de changement de fonds de placement.

##### ***Demande de changement***

Pendant la durée du contrat, l'affilié peut modifier les règles de placement des réserves de pension déjà constituées. Pour ce faire, il adresse une demande à l'assureur, le cas échéant par l'intermédiaire du preneur d'assurance. L'assureur confirme l'opération par l'émission d'un certificat personnel modifié.

Dans la mesure où seule une partie de l'investissement dans le fonds de placement est réinvestie dans un ou plusieurs autres fonds de placement, le montant investi dans le fonds de placement d'origine reste d'au moins 5 000 euros après le changement.

En cas de doute, l'assureur se réserve le droit d'exiger des renseignements et/ou documents complémentaires afin de vérifier la régularité et la validité de la demande de changement ainsi que pour en permettre la correcte exécution. Si les renseignements et/ou documents complémentaires ne sont pas transmis à l'assureur, celui-ci se réserve le droit de ne pas entamer ou de ne pas poursuivre les opérations liées au changement.

L'assureur se réserve le droit de refuser un changement pendant le délai de renonciation.

La réception par l'assureur d'une demande de rachat ne fera l'objet d'un traitement que suivant la réalisation et la bonne fin de toute procédure de changement en cours.

##### ***Chargements de changement (aussi dénommés 'frais d'arbitrage')***

Pour un changement de fonds de placement dans le mode de placement branche 23, les chargements de changement s'élèvent à 125 euros par opération de désinvestissement (flux sortant) et 125 euros par opération d'investissement (flux entrant).

Chaque année, une demande de changement entre un ou plusieurs fonds collectifs internes/fonds externes et un ou plusieurs fonds collectifs internes/fonds externes est acceptée sans chargement de changement.

### **Suspension du changement**

Si les opérations d'investissement ou de désinvestissement de certaines unités d'un fonds de placement ou d'un actif sous-jacent à un fonds interne ne peuvent pas être réalisées ou clôturées par l'assureur, en tout ou en partie, à cause d'un événement grave de marché (notamment à cause de la suspension de la valeur d'unité d'un fonds de placement ou d'un actif sous-jacent à un fonds interne, à cause d'un événement affectant à terme la liquidité d'un fonds de placement ou d'un actif sous-jacent à un fonds interne, ou plus généralement en cas de force majeure), l'assureur suspend l'opération et en informe l'affilié, le cas échéant par l'intermédiaire du preneur d'assurance, par écrit.

### **Liquidation ou fermeture d'un fonds de placement**

En cas de liquidation ou de fermeture d'un fonds de placement externe, l'assureur est autorisé à remplacer unilatéralement ce fonds soit par un fonds de placement externe de même nature, de même stratégie et de même orientation financière, soit par un fonds de placement externe de type monétaire. Ce changement est exécuté sans chargements de changement.

En cas de clôture ou lors de l'échéance d'un fonds de placement interne ou en cas de modification notable de sa politique d'investissement, l'assureur adresse préalablement un courrier à l'affilié, le cas échéant par l'intermédiaire du preneur d'assurance, afin de l'avertir de cette clôture, de l'échéance, ou de cette modification de la politique d'investissement et de l'inviter :

- soit à effectuer un changement vers un autre fonds de placement (externe ou interne) présentant une politique d'investissement et un niveau de frais similaires, sans chargements de changement ;
- soit à effectuer un changement vers des liquidités, un actif donné sans risque de placement ou un fonds de placement (externe ou interne) de type monétaire sans chargements de changement;
- soit à racheter sans indemnité de rachat le contrat dans le cadre légal et contractuel autorisé, si les actifs investis dans ce fonds de placement interne représentent plus de 20 % des réserves de pension du contrat.

À défaut de réponse de l'affilié sur l'option choisie par ses soins dans les soixante (60) jours calendrier suivant l'envoi du courrier, l'assureur est autorisé à effectuer un changement sans chargements de changement vers un autre fonds de placement (externe ou interne) présentant une politique d'investissement et un niveau de frais similaires, vers un actif donné sans risque de placement ou vers un fonds de placement (externe ou interne) de type monétaire.

Dans le cadre d'un événement grave de marché et moyennant une décision motivée (notamment par la suspension de la valeur d'unité d'un fonds de placement ou d'un actif sous-jacent à un fonds dans le cas d'un fonds de placement interne, par un événement affectant la liquidité à terme d'un fonds de placement externe ou d'un actif sous-jacent à ce fonds dans le cas d'un fonds de placement interne ou plus généralement en cas de force majeure), l'assureur dispose, dans l'intérêt du preneur d'assurance et de l'affilié de la capacité discrétionnaire d'isoler les unités d'un fonds de placement ou les unités de l'actif sous-jacent à un fonds dans le cas d'un fonds interne au sein du contrat ou dans un compartiment d'investissement spécifique. Cet isolement vaut pendant la période requise :

- pour que la valorisation du fonds de placement ou de l'actif sous-jacent en cas de fonds de placement interne puisse s'effectuer à nouveau dans des conditions normales de marché ;
- pour que l'assureur puisse, en cas de vente des unités du fonds de placement ou de l'actif sous-jacent à ce fonds en cas de fonds de placement interne, investir le produit de cette vente (opération de changement) soit dans des unités d'autres fonds de placement externes de même nature, de même stratégie ou de même orientation financière, soit dans un fonds de placement (externe ou interne) de type monétaire.

## **1.5.5. Types de réserves selon le caractère lié**

### **1.5.5.1. 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.

Cela peut se produire en cas de prélèvement d'une avance. Le blocage se fait alors au profit de l'assureur. Cela peut également être le cas lors de la mise en gage d'un 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 les réserves bloquées. Il peut en découler une diminution ou cessation prématurée d'une couverture de risque (voir 3.9.2).

Le blocage de la réserve n'empêche pas la retenue des chargements périodiques par l'assureur.

### **I.5.5.2. Réserves libres**

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

## **I.6. Flux sortants ou soustractions**

### **I.6.1. Primes de risque et chargements**

Les primes de risque à soustraire de la réserve de pension sont les primes requises pour assurer la « couverture décès supplémentaire », dans le cadre de la couverture en cas de décès, pour une période de chaque fois un mois. Elles sont en principe soustraites au début du mois.

L'assureur soustrait les primes de risque pour la « couverture décès supplémentaire » des réserves de pension qui peuvent y être affectées, à l'exclusion d'une réserve bloquée et ce, sous réserve d'éventuelles restrictions ou obligations fiscales, juridiques et autres, successivement sur les contrats joints suivants :

- Contrat de l'entreprise engagement individuel de pension
- Contrat de l'entreprise non transféré engagement individuel de pension
- Contrat de l'entreprise transféré engagement individuel de pension
- Provisions de pension constituées en interne transférées

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 respectifs concernés sur la base des valeurs de compte et de dépôt respectives les plus récentes connues à la date d'effet de la soustraction.

Le même ordre de soustraction vaut pour les chargements périodiques, étant entendu que ces chargements sont également retenus sur les réserves éventuellement bloquées.

### **I.6.2. Liquidation de réserves**

#### **I.6.2.1. Renonciation**

Sauf dispositions impératives contraires, le preneur d'assurance peut résilier un contrat par lettre recommandée datée et signée, adressée à l'assureur :

- soit dans les trente (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, dans les trente (30) jours à compter du moment où l'affilié apprend que le crédit sollicité ne lui est pas accordé.

En cas de renonciation, le contrat prend fin et l'assureur rembourse au preneur d'assurance les réserves de pension présentes sur le compte d'assurance :

- majorées des chargements d'entrée imputés,
- majorées de la partie non consommée des primes de risque,
- 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
- après imputation des frais d'examen médicaux.

#### **I.6.2.2. Rachat**

La personne qui en a le droit peut, dans les limites qui découlent de la législation applicable et du contrat, opérer le rachat des réserves sous forme de :

- Versement de la valeur de rachat ;
- Transfert des réserves au profit d'un contrat similaire souscrit auprès d'une autre compagnie d'assurances ou d'un autre organisme de pension ;

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

En cas de rachat d'un ou de plusieurs, mais non de tous les contrats conjoints, la couverture en cas de décès ne change pas, sauf demande de la personne habilitée à cet effet et acceptation par l'assureur.

L'indemnité de rachat équivaut à 5 % du montant des réserves à transférer s'il s'agit d'un transfert des réserves vers une autre compagnie d'assurances ou un autre organisme de pension. Aucune indemnité de rachat n'est due s'il est question d'un versement de la valeur de rachat dans les limites de la loi.

En cas de rachat, les éventuel(le)s retenues légales, chargements, indemnité de rachat et autres sommes qui seraient encore du(e)s à l'assureur ou à des tiers (comme un créancier gagiste) sont imputé(e)s.

#### **I.6.2.3. Versement du capital-décès**

Le contrat prend fin en cas de décès de l'affilié. Le capital-décès est versé au(x) bénéficiaire(s), après imputation d'éventuel(le)s retenues légales, chargements et autres sommes qui seraient encore du(e)s à l'assureur ou à des tiers (comme un créancier gagiste).

#### **I.6.2.4. Versement du capital-pension**

Le contrat prend fin :

- au plus tard à la prise de cours effective de la pension de retraite relative à l'activité professionnelle qui a donné lieu à la constitution des prestations ou
- à la demande de l'affilié, lorsque l'âge légal de la pension est atteint.

Le contrat prévoit un âge de retraite. Il s'agit d'une date terme théorique qui est mentionnée dans le certificat personnel et qui correspond à une date terme. L'assureur se base sur cet âge de retraite pour effectuer les calculs et projections nécessaires.

Le contrat reste en vigueur jusqu'à la prise de cours effective de la pension de retraite relative à l'activité professionnelle qui a donné lieu à la constitution des prestations. Si l'affilié n'est pas mis à la pension légale à l'âge de retraite mentionné dans le certificat personnel, le terme du contrat peut être prorogé. Dans ce cas, l'assureur émet un certificat personnel modifié avec la mention « avec prorogation » pour la date terme. La prorogation a lieu selon les tarifs en vigueur au moment de celle-ci.

Dans tous les cas, sauf exception, la « couverture décès supplémentaire », la couverture en cas de décès par accident et la couverture en cas d'incapacité de travail se terminent à la fin du mois durant lequel l'âge de retraite est atteint.

En cas de prorogation de la date terme, une ou plusieurs des couvertures susmentionnées peuvent être poursuivies jusqu'à la date terme effective, moyennant demande expresse du preneur d'assurance et acceptation par l'assureur. En cas de prorogation de la date terme, le montant de prime dû en vue du financement des réserves de pension est recalculé en fonction de la date terme prorogée.

Le capital-pension est calculé à la date de fin du contrat.

Le capital-pension est versé à l'affilié après imputation d'éventuel(le)s retenues légales, chargements et autres sommes qui seraient encore dues à l'assureur ou à des tiers (comme un créancier gagiste). Le versement du capital-pension met fin au contrat.

#### **I.6.2.5. Versement en titres**

Si, à l'occasion d'un versement des réserves, les opérations de désinvestissement de certaines unités d'un fonds de placement ou d'un actif sous-jacent à un fonds interne ne peuvent être clôturées en tout ou en partie ou ne peuvent être effectuées en tout ou en partie par l'assureur en raison d'un événement grave de marché (notamment par la suspension de la valeur d'unité d'un fonds de placement ou d'un actif sous-jacent à un fonds interne, à cause d'un événement affectant la liquidité à terme d'un fonds de placement ou d'un actif sous-jacent à un fonds interne ou plus généralement en cas de force majeure), l'assureur en informe par écrit le demandeur du versement et lui propose, chaque fois que ce sera techniquement possible, d'effectuer le versement moyennant le transfert de ces unités/de cet actif sur un compte-titres.

## 1.7. Chargements et impôts

### 1.7.1. Primes de risque

À condition que le preneur d'assurance ait été informé préalablement par écrit, l'assureur peut modifier les tarifs pratiqués pour le calcul des primes de risque, mais dans le respect des éventuelles restrictions légales en la matière.

Les primes de risque modifiées sont appliquées à partir de l'échéance suivante et après communication préalable au preneur d'assurance. Si le preneur d'assurance ne consent pas aux primes de risque modifiées, il peut résilier la couverture de risque en question en respectant les délais qui lui sont communiqués par écrit. À défaut, la modification est considérée comme acceptée une fois ce délai expiré.

### 1.7.2. Chargements et impôts

#### 1.7.2.1. Chargements standard

Ces chargements standard sont des frais propres au contrat, à distinguer des frais propres aux fonds de placement dans le contrat.

**Chargements retenus (aussi dénommés 'frais d'entrée' ou 'chargements d'entrée') :** Ces chargements mentionnés dans la fiche tarif sont retenus sur chaque prime après retenue des éventuelles taxes et ce, conformément aux tarifs en vigueur au moment du versement de la prime. Le preneur d'assurance peut demander un détail des chargements appliqués à l'assureur.

#### **Chargements périodiques (aussi dénommés 'frais d'administration') :**

Ces chargements mentionnés dans la fiche tarif couvrent les frais liés à la gestion administrative du contrat. Ces chargements sont exprimés en pourcentage et/ou en un montant fixe.

Les chargements exprimés en pourcentage sont calculés mensuellement sur la base de la valeur du compte du contrat, évaluée au premier jour ouvrable du mois.

Ces chargements, exprimés en pourcentage et/ou en montant fixe, sont retenus mensuellement sur les réserves de pension, bloquées ou non, par la perception d'unités. Ces chargements sont systématiquement dus pour le mois à venir complet, que le contrat ait déjà commencé au cours du mois précédent ou se termine au cours du mois suivant.

L'assureur se réserve le droit de modifier unilatéralement ces chargements à tout moment. En cas de modification, l'assureur adresse au préalable un courrier au preneur d'assurance pour l'informer de cette modification. La modification des chargements périodiques entre en vigueur le premier jour calendrier du deuxième mois qui suit le mois durant lequel le courrier a été adressé au preneur d'assurance. Si celui-ci n'est pas d'accord, il peut transférer la réserve du contrat sans indemnité de rachat à un contrat similaire auprès un autre assureur jusqu'au premier jour calendrier du deuxième mois qui suit le mois durant lequel le courrier lui a été adressé.

Le preneur d'assurance peut demander un détail des chargements appliqués à l'assureur.

#### **Chargements de changement (aussi dénommés 'frais d'arbitrage') :**

Des chargements de changement sont dus en cas de changement de mode de placement. Les chargements dus sont mentionnés au point 1.5.4.2.

#### **Indemnité de rachat (aussi dénommé 'frais de rachat') :**

Une indemnité de rachat est due en cas de transfert des réserves vers un contrat similaire souscrit auprès d'une autre compagnie d'assurances ou d'un autre organisme de pension (voir 1.6.2.2.). Cette indemnité de rachat est retenue sur le montant à verser. L'indemnité de rachat due est mentionnée au point 1.6.2.2.

Aucune indemnité de rachat n'est due s'il est question d'un versement de la valeur de rachat dans les limites de la loi.

#### **Frais des examens médicaux**

Les frais liés aux examens médicaux requis pour l'acceptation des éventuelles couvertures décès, décès par accident et/ou couverture en cas d'incapacité de travail sont pour le compte de l'assureur. Ces frais sont remboursés ou payés après présentation d'une note de frais (facture) du médecin qui a réalisé l'examen médical requis par l'assureur. Les frais d'un examen médical ne sont toutefois pas remboursés à l'affilié si le contrat est résilié. L'assureur ne prend pas non plus ces frais à charge si le preneur d'assurance ne souscrit pas la (les) couverture(s) alors qu'il avait exprimé son intention de le faire en signant le formulaire de souscription.

Il n'y a pas de frais spécifiques pour le paiement du capital-pension ou du capital-décès.

Tous les frais liés au transfert des montants entre le compte bancaire de l'assureur et celui du preneur d'assurance, de l'affilié ou du bénéficiaire sont à leur charge.

Les frais liés au contrat ne peuvent pas être confondus avec les divers frais et charges inhérents aux fonds de placement (frais administratifs, frais de gestion, frais de calcul de la valeur d'unité, etc.) et qui en influencent la valeur d'unité. Ces frais sont mentionnés dans le règlement de gestion.

#### **Frais d'avance**

Les frais d'avance dus à l'occasion du prélèvement d'une avance sont communiqués au préalable dans l'acte d'avance.

#### **Chargements de service**

L'assureur peut aussi porter en compte des dépenses particulières occasionnées par le preneur d'assurance, l'affilié ou le bénéficiaire. L'intéressé en est informé au préalable.

##### **1.7.2.2. Frais dans le cadre des assurances-vie dormantes**

Les éventuels frais de recherche dans le cadre d'assurances-vie dormantes (identification et localisation du bénéficiaire ou de l'assuré) sont à la charge du preneur d'assurance, de l'affilié ou du bénéficiaire dans les limites définies par la loi et sont déduits des versements.

##### **1.7.2.3. Impôts**

L'assureur peut mettre à charge du preneur d'assurance, de l'affilié ou du bénéficiaire 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.

#### **1.7.3. Certificat personnel**

Sans préjudice de la possibilité pour l'assureur de modifier la structure des chargements et des tarifs dans les limites de la loi, les chargements 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 a été établi.

### **1.8. Principes de calcul généraux**

#### **1.8.1. Conversion de montants monétaires en unités et inversement**

##### **1.8.1.1. Généralités**

Les opérations qui donnent lieu à un flux entrant génèrent la conversion de montants monétaires en unités.

Les opérations qui donnent lieu à un flux sortant 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. Le règlement de gestion fixe la périodicité des dates de valorisation pour les fonds de placement disponibles. Si la valeur d'unité n'est pas (encore) connue à une date déterminée, l'assureur peut rapporter sur la base de la valeur d'unité la plus récente connue.

##### **1.8.1.2. Opérations qui donnent lieu à un flux entrant**

Sauf exception, la conversion de montants monétaires en unités liées à des fonds de placement (mode de placement branche 23) s'opère à la première date de valorisation située après la date de traitement administratif du paiement de prime par l'assureur, mais au plus tard à la première date de valorisation située après le quatrième jour ouvrable suivant la date d'effet du paiement de prime.

La date d'effet du paiement de prime est 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 ou si l'assureur ne peut pas identifier l'origine des sommes, la date d'effet du paiement de prime est l'éventuelle date ultérieure à laquelle l'assureur accepte la prime.

##### **1.8.1.3. Opérations qui donnent lieu à un flux sortant**

Sauf exception, la conversion d'unités liées à des fonds de placement (mode de placement branche 23) en montants monétaires s'opère à la première date de valorisation qui suit la date de traitement administratif de l'opération concernée par l'assureur, mais au plus tard à la première date de valorisation qui suit le quatrième jour ouvrable après la date d'effet de l'opération concernée.

En cas de décès, la conversion a lieu sur la base des valeurs d'unité connues les plus récentes à la date de décès (voir cependant aussi ce qui se passe en cas de déclaration tardive - point 2.1.3.).

En ce qui concerne les primes de risque et les chargements, l'assureur peut opérer la conversion à une date de valorisation ultérieure.

La date d'effet des primes de risque et des chargements périodiques est le premier jour de chaque mois.

Les dates d'effet des différentes opérations sont les suivantes :

- Versement en cas de renonciation :  
La date de réception par l'assureur de la lettre recommandée valable et de tous les éventuels autres documents et informations jugés nécessaires ;
- Versement en cas de rachat :  
La date de réception par l'assureur de la demande de rachat valable et de tous les éventuels documents et informations jugés nécessaires ou la date de rachat ultérieure souhaitée, telle qu'éventuellement mentionnée dans le formulaire de rachat ;
- Versement en cas de décès :  
La date du décès. Voir toutefois point 2.1.3. en cas de déclaration tardive du décès.
- Versement en cas de pension :  
La date terme ou la date terme prorogée du contrat.

#### **1.8.1.4. Changement de mode de placement**

Dans le cadre d'un changement de mode de placement au sein de la branche 23, un fonds de placement déterminé est, après retenue d'éventuels chargements de changement et impôts, totalement ou partiellement liquidé (flux sortant) et le montant qui en résulte est réinvesti au sein de ce compte d'assurance, mais dans un ou plusieurs autres fonds de placement (flux sortant).

En ce qui concerne le flux sortant, les règles du point 1.8.1.3. s'appliquent, avec comme date d'effet la date de réception par l'assureur de la demande valable de changement et de tous les autres documents et renseignements éventuels jugés nécessaires.

En ce qui concerne le flux entrant, les règles du point 1.8.1.2. s'appliquent, avec comme date d'effet la date de valorisation du flux sortant. Le flux entrant peut cependant également s'effectuer à une date de valorisation ultérieure à laquelle l'assureur est informé du résultat monétaire du flux sortant.

La conversion à l'occasion du prélèvement d'une avance, d'un fonds de placement déterminé dans le mode de placement branche 23 vers une réserve bloquée (branche 21) est une forme de changement particulière. Les règles en matière de conversion (flux sortant/flux entrant) sont mentionnées dans l'acte d'avance.

#### **1.8.2. 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.

### **1.9. Avances**

Dans le cadre d'un financement immobilier, l'affilié peut demander à l'assureur une avance sur le capital-pension. Pour ce faire, il adresse, le cas échéant par l'intermédiaire du preneur d'assurance et moyennant son accord, une demande d'avance à l'assureur que ce dernier doit recevoir au plus tard avant la date terme prévue (éventuellement prorogée) du contrat.

L'assureur peut refuser une demande d'octroi d'avance si le contrat est déjà grevé d'une mise en gage ou l'assureur peut refuser une mise en gage si une avance a déjà été accordée.

Les conditions, modalités et frais d'avance sont déterminés dans un acte d'avance à signer par le preneur d'avance.

Sur simple demande de l'assureur, le preneur d'avance fournit les pièces justificatives nécessaires qui démontrent que l'avance a été utilisée aux fins décrites dans la législation fiscale en la matière.

En cas de rachat ou de versement ultérieur, le montant non apuré de l'avance est déduit de la valeur de rachat ou du versement. 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.



## 2. COUVERTURES EN CAS DE DÉCÈS ET D'INCAPACITÉ 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'affilié 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

Conformément aux stipulations du certificat personnel, le montant du capital décès correspond :

- soit au montant total des réserves du (des) contrat(s) (conjoint(s)) (option A);
- soit au montant total des réserves du (des) contrat(s) (conjoint(s)) avec comme minimum un montant déterminé mentionné dans le certificat personnel (option B);
- soit au montant total des réserves du (des) contrat(s) (conjoint(s)) augmenté d'un montant déterminé mentionné dans le certificat personnel (option C).

Le capital à verser est le montant assuré à la date du décès. Le montant sous-jacent des réserves sur la base du nombre d'unités et des valeurs d'unité à la date de valorisation mentionnée en 1.8.1.3 y est pris en considération (voir cependant 2.1.3 en cas de déclaration tardive du décès).

L'éventuelle différence positive, à la date du décès, entre le montant assuré du capital-décès et le montant des réserves du (des) contrat(s) (conjoint(s)) (cette différence est appelée 'couverture décès supplémentaire') n'est pas due dans les circonstances énumérées en 2.1.2.3.

###### 2.1.1.1.3. Détermination des primes de risque

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 il y a une différence positive (c.à.d. une 'couverture décès supplémentaire'), l'assureur soustrait des réserves de pension une prime de risque et ce, en principe au début de chaque mois.

##### 2.1.1.2. Capital-décès par accident

###### 2.1.1.2.1. Description de la couverture

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

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

Ne sont pas considérés comme accidents :

- un suicide ou une tentative de suicide;
- une maladie, sauf celle qui est la conséquence directe d'un accident et qui survient dans un délai d'un an maximum après la survenance de l'accident ;
- une opération chirurgicale qui n'a pas été nécessitée par un accident.

Par extension, sont cependant considérées comme accidents :

- les intoxications et brûlures résultant, soit de l'inhalation involontaire de gaz ou de vapeurs, soit de l'absorption involontaire de substances toxiques;
- les morsures d'animaux et les piqûres d'insectes;
- la noyade.

###### 2.1.1.2.2. Montant du capital-décès par accident

Le montant du capital-décès par accident correspond au montant défini dans le certificat personnel.

Le capital à verser est le montant assuré à la date du décès, étant toutefois entendu que les éventuelles augmentations du montant assuré intervenues entre la date de l'accident et celle du décès ne sont pas versées si

celles-ci n'avaient pas déjà été convenues avant la date de l'accident. Il n'y a pas de participation bénéficiaire en cas de décès.

Le capital n'est pas dû dans les circonstances énumérées en 2.1.2.4.

## **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 prend effet à la date mentionnée dans le certificat personnel, mais au plus tôt à la date du premier paiement de prime correspondante.

La période de couverture des couvertures en cas de décès prend fin :

- à la date terme mentionnée dans le certificat personnel. La prorogation du contrat n'entraîne pas par elle-même une prorogation de la 'couverture décès supplémentaire' et de la couverture 'capital-décès par accident';
- au décès de l'affilié, lorsque l'affilié est mis à la retraite ou plus généralement lorsque le contrat prend fin.

La période de couverture de la couverture en cas de décès par accident prend également fin lorsque l'assuré perd sa qualité de dirigeant d'entreprise auprès de l'entreprise, le preneur d'assurance. La période de couverture de la couverture en cas de décès est dans ce cas maintenue jusqu'au épuisement des réserves de pension (voir 4.3.).

### **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) si le décès résulte :

- du suicide de l'affilié ou le décès suite à une tentative de suicide de l'affilié au cours de la première année qui suit :
  - La date de prise en cours du contrat ;
  - La date de l'éventuelle remise en vigueur du contrat ;
  - La date d'effet de l'augmentation du montant déterminé dans les options B et C ;
- du fait intentionnel des bénéficiaires ou qui se produisent à leur instigation ;
- d'une condamnation judiciaire, d'un crime ou d'un délit à caractère intentionnel, commis par l'affilié comme auteur ou coauteur et dont il pouvait prévoir les conséquences ;
- d'un événement de guerre, d'une guerre civile ou de faits de même nature. En cas de séjour à l'étranger, le décès accidentel résultant d'un événement de guerre est couvert :
  - si le conflit, imprévisible, éclate pendant le séjour de l'affilié ;
  - si l'affilié se rend dans un pays où il y a un conflit armé ou dans lequel un conflit prévisible éclate pendant son séjour pour autant que ceci soit stipulé explicitement dans un avenant et moyennant paiement d'une surprime éventuelle ;

Dans les deux cas, il incombe au bénéficiaire de nous fournir la preuve que l'affilié ne participait pas activement aux hostilités ;

- d'émeutes, de troubles civils et de tous actes de violence collective de nature politique, idéologique ou sociale, accompagnés ou non de rébellion contre les autorités ou le pouvoir public. Le risque est couvert si les bénéficiaires prouvent :
  - soit que l'affilié n'y a pris aucune part active ;
  - soit que l'affilié se trouvait en état de légitime défense ;
  - soit que l'affilié est intervenu en vue du sauvetage de personnes ou de biens ;
- d'un risque d'aviation c'est-à-dire lié à la présence de l'affilié
  - à un autre titre que celui de passager à bord d'un quelconque appareil de locomotion aérienne (avion, hélicoptère, planeur, ULM, deltaplane...);
  - à titre de passager dans un appareil utilisé à l'occasion de compétitions, exhibitions, essais de vitesse, raids aériens, vols d'entraînement ou d'essai, records ou tentatives de records, vols en vue d'obtenir une licence ;
  - lorsque le vol s'effectue à bord d'un prototype ou d'un appareil militaire non destiné au transport ;
- de la pratique du parachutisme, du saut à élastique (Benji), de l'utilisation d'un deltaplane, d'un ULM, planeur ou d'un parapente.

### **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 2.1.1.2.2.) lorsque l'accident :

- survient alors que l'affilié est en état d'ivresse ou dans un état analogue causé par l'usage de substances autres que des boissons alcoolisées, est en incapacité de maîtriser ses actes, ou à l'occasion d'actes notoirement téméraires, à moins que les bénéficiaires démontrent qu'il n'existe aucun lien de causalité entre ces circonstances et l'accident ;
- résulte de paris, de défis ou de négligences exposant sans raison valable l'affilié à un danger dont il aurait dû avoir conscience, à l'exception des actes qui ont été accomplis pour la sauvegarde de personnes ou de biens ;
- résulte d'un crime ou d'un délit à caractère intentionnel, commis par l'affilié comme auteur ou coauteur et dont il pouvait prévoir les conséquences ;
- résulte du fait intentionnel des bénéficiaires ou se produit à leur instigation ;
- est la conséquence d'une rixe, d'une querelle, ou d'une agression sauf s'il est établi avec certitude que l'affilié n'en était ni un provocateur, ni un instigateur ;
- est attribué à l'état de santé déficient ou à une invalidité de l'affilié ;
- résulte de la pratique d'un sport quelconque en tant que sportif professionnel ou semi-professionnel, en exécution d'un contrat d'emploi de sportif rémunéré tel que défini par la loi du 24 février 1978 relative au contrat de travail pour les sportifs rémunérés ;
- résulte de l'action directe ou indirecte de la fission du noyau nucléaire ou de l'accélération artificielle de particule atomiques, de l'action de rayons X ou de radio-isotopes, à l'exception des rayonnements nécessaires suite à une maladie ou un accident ;
- résulte, sauf convention contraire, de la pratique de sports dangereux, en particulier :
  - les compétitions, matches, épreuves de vitesse ou défis à l'occasion desquels il est fait usage d'un quelconque véhicule. Cette disposition s'applique également si l'accident survient au cours d'entraînements ou épreuves en vue de telles compétitions ;
  - les sports aériens (e.a. deltaplane, ULM, planeur, parapente,...) ;
  - le parachutisme et le saut à élastique (Benji) ;
  - l'alpinisme et l'escalade ;
  - la plongée sous-marine ;
  - la spéléologie ;
  - l'hélisti, héliboard, ski ou board extrême, saut à ski ;
  - les sports suivants lorsqu'ils sont pratiqués en compétition ou au cours d'entraînements en vue de telles compétitions : les sports d'hiver, l'équitation, les sports de combat ou de défense (e.a. boxe, catch, karaté, lutte,...), les sports nautiques (p.ex. natation, voile, planche à voile, surf, kitesurf, canoë, kayak, sports en eau vive,...) ;
  - les sports nautique à moteurs (p.ex. jet-ski, jet-ski surf, ski nautique, wakeboard,...) ;
  - les sports à moteurs ou les sports automobiles en tant que pilote ou copilote ;
- résulte, sauf convention contraire, de risques encourus dans le cadre des activités professionnelles de l'affilié :
  - risques inhérents à une activité dans un chantier de construction ou de démolition, dans le montage de charpentes, ascenseurs et presses, ou sur un site d'exploitation ou de recherche pétrolière ;
  - risques de chute de l'affilié d'une hauteur de plus de 15 mètres ou utilisation de nacelle élévatrice ;
  - risques inhérents aux descentes en puits, mines ou carrières en galeries, aux travaux sur installation électriques à haute tension ;
  - risques inhérents à la manipulation ou au transport d'engins et produits explosifs, de produits corrosifs ou inflammables ;
  - risques inhérents à l'appartenance aux forces de l'ordre ou militaires, au corps des pompiers ou de la protection civile ;
  - risques inhérents à la mise au point de prototypes d'engin de locomotion à moteur ou de leurs accessoires ;
- résulte d'un risque d'aviation, sauf convention contraire, c'est-à-dire lié à la présence de l'affilié
  - à un autre titre que celui de passager à bord d'un quelconque appareil de locomotion aérienne (avion, hélicoptère, planeur, ULM, deltaplane,...) ;
  - à titre de passager dans un appareil utilisé à l'occasion de compétitions, exhibitions, essais de vitesse, raids aériens, vols d'entraînement ou d'essai, records ou tentatives de records, vols en vue d'obtenir une licence ;
  - lorsque le vol s'effectue à bord d'un prototype ou d'un appareil militaire non destiné au transport ;

- résulte d'émeutes, de troubles civils et de tous actes de violence collective de nature politique, idéologique ou sociale, accompagnés ou non de rébellion contre les autorités ou le pouvoir public. Le risque est couvert si les bénéficiaires prouvent :
  - soit que l'affilié n'y a pris aucune part active ;
  - soit que l'affilié se trouvait en état de légitime défense ;
  - soit que l'affilié est intervenu en vue du sauvetage de personnes ou de biens ;
- résulte d'un événement de guerre, d'une guerre civile ou de faits de même nature. En cas de séjour à l'étranger, le décès accidentel résultant d'un événement de guerre est couvert :
  - si le conflit, imprévisible, éclate pendant le séjour de l'affilié ;
  - si l'affilié se rend dans un pays où il y a un conflit armé ou dans lequel un conflit prévisible éclate pendant son séjour pour autant que ceci soit stipulé explicitement dans un avenant et moyennant paiement d'une surprime éventuelle.

Dans les deux cas, il incombe au bénéficiaire de fournir à l'assureur la preuve que l'affilié ne participait pas activement aux hostilités.

### 2.1.3. Déclaration de sinistre

Le décès de l'affilié doit être déclaré à l'assureur, par un écrit, au plus tard dans les 30 jours après la survenance du décès.

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 depuis la date du décès.

La déclaration doit mentionner le lieu, la date et l'heure du décès ainsi que les circonstances dans lesquelles il est survenu. Il en va de même pour l'accident éventuel qui a provoqué le décès, étant entendu que la nature de l'accident et l'identité des témoins éventuels doivent également être communiquées. Il faut également toujours joindre une attestation médicale - selon le modèle 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

Le but de cette couverture est de compenser une perte de revenus professionnels.

Dans la mesure où l'affilié est atteint d'une incapacité de travail (voir 2.2.1.2) pendant la période de couverture (voir 2.2.2.1), le bénéficiaire a droit à une indemnité. Cette indemnité est payée sous forme de rente, dont le montant est déterminé en 2.2.1.3.

Selon les dispositions du certificat personnel, les couvertures possibles sont :

- la couverture 'exonération de primes en cas d'incapacité de travail' ;
- la couverture 'versements en cas d'incapacité de travail'.

#### 2.2.1.2. Incapacité de travail

Une incapacité de travail est une diminution ou une perte de la capacité d'exercer une activité professionnelle causée, selon les dispositions du certificat personnel, soit par une maladie, soit par une maladie ou un accident.

Pour la portée du terme 'accident', il est renvoyé au point 2.1.1.2.1.

Par maladie, il est entendu une altération de la santé d'origine non accidentelle, présentant des symptômes objectifs.

### 2.2.1.3. Montant des rentes d'incapacité de travail

#### 2.2.1.3.1. Généralités

La rente de base prise en considération pour déterminer le montant annuel de la rente à verser correspond :

- pour la couverture 'exonération de primes en cas d'incapacité de travail', au montant de la prime annuelle destinée à financer la réserve de pension, augmenté du montant de l'éventuelle prime des couvertures 'capital-décès par accident' et 'incapacité de travail', tels qu'ils figurent dans le certificat personnel à la date du sinistre.
- pour la couverture 'versements en cas d'incapacité de travail', au montant fixé dans le certificat personnel à la date du sinistre;

La date du sinistre est la date à partir de laquelle le degré d'incapacité de travail déterminé par les médecins, comme décrit en 2.2.1.3.2., atteint au moins le niveau mentionné en 2.2.1.4.

Le montant annuel de la rente versée est déterminé en appliquant à cette rente de base un pourcentage d'indemnisation égal au degré d'incapacité de travail tel qu'il est défini en 2.2.1.3.2. Lorsque ce degré d'incapacité de travail atteint au moins 67%, l'incapacité de travail est considérée comme totale ; le pourcentage d'indemnisation est alors égal à 100%.

S'il est constaté que la date de naissance de l'affilié déclaré lors de la souscription de la couverture n'est pas la date de naissance réelle, la rente est réduite ou augmentée, dans la proportion de la prime stipulée dans le certificat personnel à la prime correspondant à l'âge résultant de la date de naissance réelle.

#### 2.2.1.3.2. Degré d'incapacité de travail

Le degré d'incapacité de travail est fixé proportionnellement à la perte, évaluée aux dires des médecins, de l'aptitude physique de l'affilié à exercer une activité professionnelle quelconque qui soit compatible avec ses connaissances, ses capacités et sa position sociale. Il n'est tenu compte d'aucun autre critère économique.

Toute atteinte à l'intégrité physique préexistante à la date de prise en cours des couvertures en cas d'incapacité de travail ainsi que toute aggravation de telles atteintes ne peuvent intervenir pour la détermination du degré d'incapacité de travail. Il en va de même pour le pourcentage d'incapacité de travail imputable à une circonstance non couverte citée en 2.2.2.3.

#### 2.2.1.3.3. Indexation de la rente d'incapacité de travail

Si le certificat personnel prévoit cette indexation, la rente de base prise en considération pour déterminer la rente versée dans le cadre de la couverture 'versements en cas d'incapacité de travail' augmente annuellement de 2 % par rapport à celle de l'année précédente (c'est-à-dire, suivant une progression géométrique) pendant la durée de l'incapacité de travail. La première augmentation intervient un an après la date du sinistre, quel que soit la durée du délai de carence défini dans le certificat personnel. Après la fin de la période d'incapacité de travail, la rente affiliée est ramenée au niveau qu'elle avait avant la date du sinistre.

#### 2.2.1.3.4. Modalités de paiement

La rente est payable par fractions mensuelles, à terme échu, la première fois par un prorata initial au plus tôt le dernier jour du mois de l'ouverture de la période de paiement et la dernière fois par un prorata final au moment où la période de paiement se clôture.

### 2.2.1.4. Période de paiement

La période de paiement s'ouvre lorsque les conditions suivantes sont toutes réunies :

- le degré d'incapacité de travail de l'affilié est d'au minimum 25 %.  
Ce pourcentage est de 67 % si le certificat personnel stipule que seulement l'incapacité de travail totale est couvert ;
- le délai de carence dont la durée est fixée dans le certificat personnel est arrivé à son terme. Le délai de carence prend effet à la date du sinistre. Si le certificat personnel stipule que le délai de carence est racheté, les rentes sont versées rétroactivement pour la période du délai de carence. Quelle que soit la durée du délai de carence choisie, la durée du délai de carence est portée à 360 jours pour les affections psychiques et celui-ci n'est pas rachetable.

La période de paiement se clôture dans les éventualités suivantes :

- lorsque le degré d'incapacité de travail devient inférieur à 25 %.

Ce pourcentage est de 67 % si le certificat personnel stipule que seulement l'incapacité de travail totale est couvert ;

- en cas de résiliation de la couverture par le preneur ;
- si l'affilié arrête son traitement délibérément et contre avis médical ;
- après 720 jours d'intervention (successif ou non, cumulé pendant toute la durée de la couverture) pour les incapacités de travail qui sont la suite directe d'une affection psychique.
- au décès de l'affilié, à la date terme mentionnée dans le certificat personnel, à partir du moment où l'affilié est mis à la retraite et plus généralement lorsque le contrat prend fin;

### 2.2.1.5. Rechute

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

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

## 2.2.2. Etendue des couvertures en cas d'incapacité de travail

### 2.2.2.1. Période de couverture

La période de couverture des couvertures en cas d'incapacité de travail prend effet à la date mentionnée dans le certificat personnel, mais au plus tôt à la date du premier paiement de prime correspondante.

La période de couverture des couvertures en cas d'incapacité de travail prend fin

- à la date terme mentionnée dans le certificat personnel. La prorogation du contrat n'entraîne pas par elle-même une prorogation des couvertures en cas d'incapacité de travail ;
- lorsque l'affilié cesse d'exercer des activités de dirigeant d'entreprise auprès de la société, preneur du contrat. Toutefois, si une incapacité de travail est en cours à ce moment, le paiement des rentes d'incapacité de travail continuent à être versées tant que l'affilié remplit les conditions pour en bénéficier ;
- au décès de l'affilié ou lorsque l'affilié est mis à la retraite ou plus généralement lorsque le contrat prend fin.

### 2.2.2.2. Etendue géographique

Les couvertures en cas d'incapacité de travail sont valables dans le monde entier. Toutefois, elles ne sont acquises que moyennant l'accord de l'assureur lorsque l'affilié n'a pas sa résidence habituelle en Belgique ou lorsqu'il séjourne plus de trois mois par an à l'étranger.

### 2.2.2.3. Risques exclus

L'assureur n'accorde pas de couverture dans le cadre des couvertures en cas d'incapacité de travail lorsque l'incapacité de travail :

- résulte d'un acte intentionnel ou d'une tentative de suicide de l'affilié, ou d'un acte notoirement téméraire, sauf en cas de sauvetage de personnes ou de biens ;
- provient de, est favorisée ou est aggravée par une consommation abusive d'alcool, la toxicomanie ou un usage abusif de médicaments ou de toute autre drogue, stupéfiant ou substance psychoactive non prescrite médicalement, quelle qu'en soit la cause ;
- provient de, est favorisée ou est aggravée alors que l'affilié se trouvait en état d'ivresse ou dans un état analogue causé par l'usage de substances autres que des boissons alcoolisées, d'intoxication alcoolique ou sous l'influence de stupéfiants, hallucinogènes ou autres drogues ;
- résulte de paris, de défis ou de négligences exposant sans raison valable l'affilié à un danger dont il aurait dû avoir conscience, à l'exception des actes qui ont été accomplis pour la sauvegarde de personnes ou de biens ;
- résulte d'un crime ou d'un délit à caractère intentionnel, commis par l'affilié comme auteur ou coauteur et dont il pouvait prévoir les conséquences ;
- est la conséquence d'une rixe, d'une querelle, ou d'une agression sauf s'il est établi avec certitude que l'affilié n'en était ni un provocateur, ni un instigateur ;
- est non contrôlable par examen médical ou liée à une affection ne présentant pas de symptômes objectifs qui rendraient le diagnostic incontestable. Ces risques sont toutefois couverts si l'existence de cet état est évidente et qu'il est reconnu tant par le médecin traitant que par le médecin-conseil de l'assureur ;

- résulte de l'action directe ou indirecte de la fission du noyau nucléaire et de l'accélération artificielle de particules atomiques ; de rayon X ou de radio-isotopes ; à l'exception des rayonnements nécessaires suite à une maladie ou un accident ;
- résulte d'une opération de chirurgie ou d'un traitement esthétique ou plastique, suites et complications, sauf si l'incapacité de travail résulte d'une opération de chirurgie reconstructrice suite à un accident, un cancer, des brûlures ou lésions encourues lors d'un sinistre couvert par cette police ;
- résulte de la pratique d'un sport quelconque en tant que sportif professionnel ou semi-professionnel, en exécution d'un contrat d'emploi de sportif rémunéré tel que défini par la loi du 24 février 1978 relative au contrat de travail pour les sportifs rémunérés ;
- résulte, sauf convention contraire, de la pratique de sports dangereux, en particulier :
  - les compétitions, matches, épreuves de vitesse ou défis à l'occasion desquels il est fait usage d'un quelconque véhicule. Cette disposition s'applique également si l'accident survient au cours d'entraînements ou épreuves en vue de telles compétitions ;
  - les sports aériens (e.a. deltaplane, ULM, planeur, parapente,...) ;
  - les sports ou activités extrêmes parmi lesquels : le benji, le base jump, la canyoning,...
  - l'alpinisme et l'escalade ;
  - la plongée sous-marine ;
  - la spéléologie ;
  - le rugby, le football américain ;
  - l'héliski, héliboard, ski ou board extrême, saut à ski ;
  - le hockey sur glace ;
  - les sports suivants lorsqu'ils sont pratiqués en compétition ou au cours d'entraînements en vue de telles compétitions : les sports d'hiver, l'équitation, le cyclisme, les sports de combat ou de défense (e.a. boxe, catch, karaté, lutte,...), les sports nautiques (p.ex. natation, voile, planche à voile, surf, kitesurf, canoë, kayak, sports en eau vive,...) ;
  - les sports nautique à moteurs (p.ex. jet-ski, jet-ski surf, ski nautique, wakeboard,...) ;
  - les sports à moteurs ou les sports automobiles en tant que pilote ou copilote ;
- résulte de risques encourus dans le cadre des activités professionnelles de l'affilié :
  - risque de chute de l'affilié d'une hauteur de plus de 15 mètres ou utilisation de nacelle élévatrice ;
- résulte, sauf convention contraire, de risques encourus dans le cadre des activités professionnelles de l'affilié :
  - risques inhérents à une activité dans un chantier de construction ou de démolition, dans le montage de charpentes, ascenseurs et presses, ou sur un site d'exploitation ou de recherche pétrolière ;
  - risques inhérents aux descentes en puits, mines ou carrières en galeries, aux travaux sur installation électriques à haute tension ;
  - risques inhérents à la manipulation ou au transport d'engins et produits explosifs, de produits corrosifs ou inflammables ;
  - risques inhérents à l'appartenance aux forces de l'ordre ou militaires, au corps des pompiers ou de la protection civile ;
  - risques inhérents à la mise au point de prototypes d'engin de locomotion à moteur ou de leurs accessoires ;
- résulte d'un risque d'aviation, sauf convention contraire, c'est-à-dire lié à la présence de l'affilié
  - à un autre titre que celui de passager à bord d'un quelconque appareil de locomotion aérienne (avion, hélicoptère, planeur, ULM, deltaplane,...) ;
  - à titre de passager dans un appareil utilisé à l'occasion de compétitions, exhibitions, essais de vitesse, raids aériens, vols d'entraînement ou d'essai, records ou tentatives de records, vols en vue d'obtenir une licence ;
  - lorsque le vol s'effectue à bord d'un prototype ou d'un appareil militaire non destiné au transport ;
- résulte d'un événement de guerre, d'une guerre civile ou de faits de même nature. En cas de séjour à l'étranger, l'incapacité de travail due à un événement de guerre est couverte :
  - si le conflit, imprévisible, éclate pendant le séjour de l'affilié ;
  - si l'affilié se rend dans un pays où il y a un conflit armé ou dans lequel un conflit prévisible éclate pendant son séjour pour autant que ceci soit stipulé explicitement dans un avenant et moyennant paiement d'une surprime éventuelle ;

Dans les deux cas, il incombe à l'affilié de fournir à l'assureur la preuve qu'il n'a pas participé activement aux hostilités ;

- résulte d'émeutes, de troubles civils et de tous actes de violence collective de nature politique, idéologique ou sociale, accompagnés ou non de rébellion contre les autorités ou le pouvoir public. Le risque est couvert si l'affilié prouve :
  - soit qu'il n'y a pris aucune part active ;
  - soit qu'il se trouvait en état de légitime défense ;
  - soit qu'il est intervenu en vue du sauvetage de personnes ou de biens.

### **2.2.3. Formalités à accomplir en vue du paiement des couvertures**

#### **2.2.3.1. Déclaration**

Tout sinistre qui peut donner lieu à une (majoration de l') intervention de l'assureur doit lui être déclaré, par écrit, au plus tard dans les 30 jours après la survenance du sinistre.

En cas de déclaration tardive, l'assureur peut réduire son intervention du montant du préjudice qu'il a subi, sauf s'il est dûment démontré que la déclaration de sinistre a été remise aussi rapidement qu'il était raisonnablement possible de le faire.

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

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

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

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 indûment, majorées des intérêts légaux.

#### **2.2.3.2. Fixation du degré d'incapacité de travail – Contestation et expertise**

Le degré d'incapacité de travail est fixé comme décrit en 2.2.1.3.2.

La décision de l'assureur est considérée comme acceptée si le preneur et l'affilié ne lui signifient pas leur désaccord, par écrit, dans le mois suivant la notification.

A défaut d'entente entre les parties, la question est soumise contradictoirement à deux médecins experts nommés et dûment mandatés, l'un par le preneur et/ou l'affilié, l'autre par l'assureur.

Faute d'arriver à un accord, les médecins experts choisissent un troisième médecin expert. Les trois médecins experts statuent en commun mais, à défaut de majorité, l'avis du troisième est prépondérant. Les médecins experts sont dispensés de toutes formalités.

Si l'une des parties ne nomme pas son médecin expert ou si les deux médecins experts ne s'entendent pas sur le choix du troisième, la désignation en est faite par le Président du Tribunal de Première Instance du domicile de l'affilié, à la requête de la partie la plus diligente.

Chacune des parties supporte les frais et honoraires de son médecin expert. Les frais et honoraires du troisième sont partagés par moitié.

#### **2.2.3.3. Changement du degré d'incapacité de travail**

Toute aggravation du degré de l'incapacité de travail doit être déclarée à la compagnie suivant les modalités précisées au 2.2.3.1.

Toute atténuation du degré de l'incapacité de travail et la cessation de l'incapacité de travail doivent être déclarées à la compagnie, par lettre recommandée, dans un délai d'un mois.

Les prestations sont réduites en conséquence à dater du jour de la diminution du degré d'incapacité de travail, le trop perçu étant remboursé à l'assureur.



Toutes les dispositions prévues aux points 2.2.3.1. et 2.2.3.2. sont applicables à ces cas.

#### **2.2.4. Perte du bénéfice de la couverture**

Si l'affilié bénéficie de la couverture 'versements en cas d'incapacité de travail' et qu'il en perd le bénéfice (pour un motif autre que l'arrêt de paiement des primes, l'omission ou l'inexactitude dans la déclaration du risque ou l'inexistence du risque), et pour autant que cette couverture est une couverture complémentaire d'un engagement individuel de pension, l'affilié a le droit de la poursuivre individuellement, en tout ou en partie, conformément à la réglementation en cette matière.

Au plus tard dans les 30 jours suivant la perte du bénéfice de la couverture 'versements en cas d'incapacité de travail', le preneur informe l'affilié par écrit ou par voie électronique (voir point 3.6.4.):

- de la date précise de cette perte ;
- de la possibilité de poursuivre la couverture individuellement ;
- du délai dans lequel l'affilié peut exercer son droit à la poursuite individuelle ;
- des coordonnées de l'assureur.

En cas de poursuite individuelle, l'assureur se réserve le droit de céder la couverture en cas d'incapacité de travail (rente) à un assureur agréé à cet effet, moyennant le respect des conditions imposées par la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances. L'affilié y consent par la signature du formulaire de souscription. Dans ce cas, l'assureur est libéré de toute obligation de poursuite individuelle.

A la conclusion de la couverture 'versements en cas d'incapacité de travail', le preneur informe sans délai l'affilié de la possibilité pour celui-ci de payer individuellement une prime complémentaire auprès d'un assureur de son choix. Cela a pour effet, en cas de poursuite individuelle de la couverture, que la prime sera calculée sur base de l'âge auquel l'affilié a commencé à payer cette prime complémentaire (voir point 3.6.1.).

### **2.3. Dispositions générales**

#### **2.3.1. Omission ou inexactitude dans les déclarations du preneur ou de l'affilié**

Lors de la conclusion des couvertures en cas de décès, en cas de décès par accident et des couvertures en cas d'incapacité de travail, ainsi que lors d'une augmentation de ces couvertures, le preneur et l'affilié 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.

Toute omission ou inexactitude – intentionnelle ou non – dans les déclarations du preneur ou de l'affilié engendrera les sanctions prévues par la législation applicable en cette matière.

Toutefois, en ce qui concerne les couvertures en cas d'incapacité de travail, dès qu'un délai de deux ans s'est écoulé à compter de la prise en cours des couvertures ou d'une augmentation de celles-ci, l'assureur n'invoquera pas de sanctions du chef d'omissions ou d'inexactitudes non intentionnelles dans les déclarations du preneur ou de l'affilié, lorsque ces omissions ou inexactitudes se rapportent à une maladie ou une affection dont les symptômes s'étaient déjà manifestés au moment de la prise en cours des couvertures ou de l'augmentation de celles-ci et que cette maladie ou affection n'a pas été diagnostiquée avant l'expiration de ce même délai de deux ans.

#### **2.3.2. Acceptation des couvertures par l'assureur**

Les couvertures en cas de décès, en cas de décès par accident et les couvertures en cas d'incapacité de travail sont soumises aux critères d'acceptation 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'examens médicaux, justification des revenus, couvertures maximales, sur-assurance, anti-sélection, limitations fiscales, disposition des éléments de calcul nécessaires, etc.). Ces critères d'acceptation sont également appliqués en cas d'augmentation des couvertures. Les couvertures en cas de décès, en cas de décès par accident et les couvertures en cas d'incapacité de travail ne sont assurées que si elles sont mentionnées sur le certificat personnel ou si l'assureur en a donné confirmation écrite sous une autre forme.

Si 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. Changement du risque assuré**

#### **2.3.3.1. Changement dans les activités professionnelles, activités sportives ou du lieu de résidence**

Tout changement dans les activités professionnelles de l'affilié, en ce compris la cessation de ses activités, dans les activités sportives et tout déplacement de sa résidence habituelle vers l'étranger doivent être déclarés à l'assureur, par écrit, dès que possible et en tout cas dans les trente jours de leur survenance.

La prime et les conditions d'assurance sont adaptés en conséquence, conformément aux dispositions légales, et ce à partir du jour de la survenance du changement.

Si le preneur refuse l'adaptation ou s'il ne l'a pas acceptée dans le mois de la réception de l'avis d'adaptation, l'assureur peut résilier la(les) couverture(s) suivant les dispositions légales.

#### **2.3.3.2. Modification des revenus professionnels**

Uniquement si la couverture 'versements en cas d'incapacité de travail' est souscrite, le preneur doit informer l'assureur de toute modification des revenus professionnels annuels bruts de l'affilié, par écrit, dès que possible et en tout cas dans les trente jours de sa survenance.

L'assureur procède alors à l'adaptation de la rente affiliée, conformément aux dispositions légales, et rembourse, le cas échéant, l'excédent de prime perçue pour l'année en cours au preneur.

Toute augmentation de la rente affiliée est sujette à l'acceptation préalable de l'assureur.

#### **2.3.3.3. Défaut de déclaration**

Si un sinistre survient et que le preneur n'a pas rempli l'obligation de déclaration visée aux points 2.3.3.1 et 2.3.3.2., l'assureur n'est tenu d'effectuer sa prestation que selon le rapport entre la prime payée et la prime que le preneur aurait dû payer si la survenance du changement avait été prise en considération, lorsque le défaut de déclaration peut être reproché au preneur.

### **2.3.4. Secret médical**

L'affilié 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'affilié donne 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. VITIS Inspired Pension Plan (EIP)

Le présent chapitre s'applique au contrat « VITIS Inspired Pension Plan (EIP) » (VIPP-EIP) qui est un engagement individuel de pension (appelé également « EIP ») au sens du titre 4 de la loi du 15 mai 2014 portant dispositions diverses.

Le contrat « VITIS Inspired Pension Plan (EIP) » est un contrat d'assurance-vie souscrit par une société en vue de constituer une pension complémentaire en faveur d'un dirigeant d'entreprise indépendant et en vue de prévoir des garanties complémentaires en cas de décès et/ou d'incapacité de travail de celui-ci.

#### 3.2. Preneur d'assurance, assuré et bénéficiaire

##### 3.2.1. Le preneur d'assurance

Sauf disposition contraire, le preneur d'assurance est une société de droit belge dotée d'une personnalité juridique et dont le siège social est établi sur le territoire belge.

Le preneur d'assurance s'engage explicitement, lors de l'introduction, de l'application, de l'exécution, de la modification ou de la suppression de l'engagement individuel de pension, à respecter les dispositions légales concernant les sociétés, les dispositions statutaires de la société ainsi que les dispositions légales concernant le règlement de conflits d'intérêts et à remplir toutes les conditions, formalités et procédures nécessaires à cet effet dans sa relation avec l'affilié ou des tiers.

Plus généralement, l'assureur décline toute responsabilité en cas d'annulation de l'engagement individuel de pension en raison du non-respect de ces dispositions et l'assureur peut récupérer toute forme de préjudice et tous les frais qu'il encourt en raison du mépris de la législation applicable par le preneur d'assurance auprès de celui-ci.

Par la souscription du contrat, le preneur d'assurance s'engage vis-à-vis de l'affilié à constituer une pension complémentaire et d'éventuelles garanties complémentaires, ainsi qu'à s'acquitter des primes en vue du financement de l'engagement individuel de pension. Par conséquent, le preneur d'assurance doit payer à l'assureur les primes telles que mentionnées dans le certificat personnel, en vertu de la convention de pension.

##### 3.2.2. L'assuré

L'assuré est l'affilié. L'affilié est un dirigeant d'entreprise, une personne physique, ayant un statut indépendant qui exerce dans une société soit un mandat d'administrateur, de gérant, de liquidateur ou une fonction similaire, soit une fonction dirigeante ou une activité dirigeante de gestion quotidienne de nature commerciale, financière ou technique, en dehors d'un contrat de travail.

À la date de la signature du formulaire de souscription, l'assuré a son domicile principal et habituel sur le territoire belge.

Le preneur d'assurance cède à l'affilié les droits suivants :

- Modification du bénéficiaire du capital-décès
- Modification des règles de placement et changement de mode de placement
- Utilisation du contrat pour le financement immobilier

Si l'affilié souhaite exercer un droit qui lui est accordé, chaque demande à cet effet est introduite auprès de l'assureur par l'intermédiaire du preneur d'assurance, dans la mesure où l'affilié est au service du preneur d'assurance. L'exercice du droit d'utilisation du contrat pour le financement immobilier est subordonné au consentement du preneur d'assurance (dans la mesure où l'affilié est encore au service du preneur d'assurance).

##### 3.2.3. Le bénéficiaire

Les bénéficiaires des différentes couvertures sont mentionnés dans le certificat personnel.

Le cas échéant, l'affilié est responsable du respect des éventuels droits dont jouit son époux/épouse dans le cadre de leur régime matrimonial.

#### 3.3. Contrat de l'entreprise - prime de l'entreprise

Le contrat VITIS Inspired Pension Plan (EIP) est un contrat de l'entreprise financé par des primes de l'entreprise. La prime, également appelée prime de l'entreprise, peut en effet uniquement être financée et versée par le

preneur d'assurance. Bien qu'autorisé par la loi, le paiement d'une prime versée par le preneur d'assurance, mais financée par l'affilié n'entre pas en considération dans le cadre d'un contrat de l'entreprise.

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

### 3.4. Entrée en vigueur du contrat

Le contrat entre en vigueur à la date d'effet mentionnée sur le certificat personnel, mais au plus tôt à la date de paiement de la prime. La date de paiement d'une prime est la date valeur de cette prime sur le compte bancaire de l'assureur.

### 3.5. Paiement de prime

Sauf convention contraire, les primes périodiques sont dues - en vertu de la convention de pension - à partir de la date d'effet du contrat, et ce au plus tard jusqu'à la date terme (éventuellement prorogée) ou jusqu'au décès antérieur de l'affilié. Les éventuelles primes uniques sont dues à la (aux) date(s) convenue(s).

Le paiement de prime se fait directement sur le compte bancaire indiqué par l'assureur avec mention des références communiquées.

### 3.6. Flux d'informations

#### 3.6.1. Lors de l'affiliation

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

Au même moment, le preneur d'assurance doit communiquer à l'affilié que l'article 209 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances lui offre la possibilité de payer individuellement et annuellement une prime complémentaire auprès d'un assureur de son choix pour la couverture en cas d'incapacité de travail, de sorte que la prime pour cette couverture, en cas de poursuite individuelle, soit calculée sur la base de l'âge auquel l'assuré a commencé à payer ces primes complémentaires.

Le preneur d'assurance remet à l'affilié, à sa demande, un exemplaire des conditions générales, du règlement de gestion, de la fiche produit et de la fiche de conseil fiscal.

L'assureur émet un certificat personnel en faveur du preneur d'assurance et en faveur de l'affilié.

Le certificat personnel est remis à l'affilié directement ou par l'intermédiaire du preneur d'assurance. L'affilié reçoit un exemplaire original du certificat personnel. Tant le preneur d'assurance que l'affilié sont supposés marquer intégralement leur accord sur le contenu du certificat personnel et de ses versions ultérieures, sauf s'ils ont communiqué par écrit leurs remarques à l'assureur dans les trente (30) jours après l'envoi par l'assureur. Dans ce cas, l'affilié transmet ses remarques à l'assureur par l'intermédiaire du preneur d'assurance.

#### 3.6.2. En cours d'affiliation active

L'affilié communique immédiatement et spontanément toute modification de sa situation personnelle (comme sa situation familiale) qui est pertinente pour la gestion, l'adaptation et l'exécution du contrat au preneur d'assurance, qui 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 du contrat, comme la modification de la rémunération, ainsi que toute demande soumise par l'affilié (voir aussi 2.3.3.2. pour la couverture en cas d'incapacité de travail).

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 du maintien du montant assuré des éventuelles couvertures en cas d'incapacité de travail, toute modification de l'état civil et de la rémunération ou du mode de rémunération (comme sa périodicité) de l'affilié. À 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 de l'affilié sont demeurés inchangés.

Lors de toute modification du contrat, l'assureur émet un certificat personnel actualisé. Le dernier certificat personnel délivré modifiant l'ancienne version remplace systématiquement l'ancien certificat.

Au moins une fois par an, l'assureur émet en faveur de l'affilié, sauf s'il est bénéficiaire de rente, une fiche de pension qui lui est remise directement ou par l'intermédiaire du preneur d'assurance.

L'affilié est supposé marquer intégralement son accord sur le contenu de la fiche de pension, sauf s'il a communiqué par écrit ses remarques à l'assureur dans les trente (30) jours après la remise.

L'affilié peut également consulter les prestations assurées en cas de pension et de décès sur le site web de l'Office national des Pensions [www.mypension.be](http://www.mypension.be).

### **3.6.3. En cas de décès de l'affilié**

Dès qu'il en a connaissance, le preneur d'assurance informe l'assureur du décès de l'affilié.

### **3.6.4. En cas de sortie de service de l'affilié**

Dès qu'il en a connaissance, le preneur d'assurance informe l'assureur de la sortie de service de l'affilié. Par sortie de service, on entend la cessation de l'activité de l'affilié en tant que dirigeant d'entreprise indépendant du preneur d'assurance.

Lors de la perte de la couverture en cas d'incapacité de travail, à l'occasion de la sortie de service de l'affilié ou lors de la faillite ou de la liquidation du preneur d'assurance, l'affilié a le droit de poursuivre individuellement en tout ou en partie la couverture en cas d'incapacité de travail (rente) (art. 208 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances) (voir aussi point 2.2.4. ).

Le preneur d'assurance ou, en cas de faillite ou de liquidation, le curateur respectivement le liquidateur du preneur d'assurance, informe l'affilié par écrit ou par e-mail au plus tard trente (30) jours après la perte de la couverture en cas d'incapacité de travail de la possibilité de poursuivre cette couverture individuellement.

Ce faisant, il communique à l'affilié :

- le délai de trente (30) jours dont dispose l'affilié pour exercer le droit de poursuite individuelle. Ce délai peut être prolongé de trente (30) jours supplémentaires moyennant notification à l'assureur.
- la date exacte de la perte de cette couverture ;
- les coordonnées de l'assureur.

En cas de poursuite individuelle, l'assureur se réserve le droit de céder la couverture en cas d'incapacité de travail (rente) à un assureur agréé à cet effet, moyennant le respect des conditions imposées par la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances. L'affilié y consent par la signature du formulaire de souscription. Dans ce cas, l'assureur est libéré de toute obligation de poursuite individuelle.

### **3.6.5. 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.

## **3.7. Financement de biens immobiliers**

Le preneur d'assurance cède à l'affilié le droit de faire affecter le contrat de l'entreprise en garantie du financement de biens immobiliers, dans le respect de la législation fiscale belge en la matière. Tant que l'affilié est au service du preneur d'assurance, l'accord écrit de ce dernier est requis pour l'opération précitée.

La législation fiscale belge dispose plus précisément qu'une avance et/ou une mise en gage pour garantir un prêt et l'affectation de la valeur de rachat à la reconstitution d'un crédit hypothécaire ne peut(ven)t être consentie(s) que pour permettre à l'affilié d'acquérir, de construire, d'améliorer, de restaurer ou de transformer des biens immobiliers situés dans l'Espace économique européen qui génèrent des revenus imposables. En outre, les avances et les emprunts doivent être remboursés dès que les biens quittent le patrimoine de l'affilié.

L'affilié peut, par l'intermédiaire du preneur d'assurance, demander les conditions, les limitations et les modalités en vigueur à cet égard auprès de l'assureur. En ce qui concerne une demande d'avance, nous renvoyons au point 1.9.

L'affectation du contrat au financement de biens immobiliers peut impliquer que les réserves ne peuvent être transférées et/ou rachetées. Les éventuelles possibilités de choix en matière de couvertures de risque et de modes de placement peuvent être limitées. L'affectation du contrat au financement de biens immobiliers peut même entraîner une modification des couvertures de risque et des modes de placement par l'assureur.

Au moyen de la signature du formulaire de souscription, le preneur d'assurance et l'affilié donnent explicitement procuration à l'assureur, en cas de demande de mise en gage du contrat, afin d'échanger avec le gagiste concerné, en leur nom et pour leur compte, des informations et des documents à ce sujet.

### 3.8. Sortie de service/rachat

#### 3.8.1. Sortie de service/perle de la qualité

Il est immédiatement mis fin au paiement des primes de l'entreprise en cas de sortie de service de l'affilié (quelle qu'en soit la raison) avant la date terme normalement prévue du contrat.

Par sortie de service, on entend la cessation de l'activité de l'affilié en tant que dirigeant d'entreprise indépendant du preneur d'assurance. Les réserves sont acquises pour l'affilié.

Dès la date de cessation de paiement des primes, le contrat continue d'être géré sous forme d'un contrat non-transféré (voir point 4).

L'affilié peut transférer ses réserves acquises diminuées de l'indemnité de rachat au profit d'un contrat similaire souscrit auprès d'une autre compagnie d'assurances ou d'un autre organisme de pension (voir 1.6.2.2). Le transfert est limité à la partie des réserves acquises sur laquelle aucune avance ou mise en gage n'a été autorisée ou qui n'a pas été affectée dans le cadre de la reconstitution d'un crédit hypothécaire. Dans ce cas, l'affilié fournit à l'assureur, avec sa demande de transfert, une attestation établie par la compagnie d'assurances reprenneuse ou l'organisme de pension reprenneur mentionnant les données nécessaires à une exécution correcte du transfert.

#### 3.8.2. Rachat par l'affilié

Conformément aux dispositions légales pertinentes et sans préjudice des éventuelles restrictions qui découlent de la présence de réserves bloquées (voir 1.5.5.1), l'affilié peut opérer le rachat (voir 1.6.2.2) des réserves acquises sous forme de paiement de la valeur de rachat lorsqu'il répond aux conditions pour prendre sa pension légale anticipée. Dans ce cas, l'affilié remet à l'assureur une preuve officielle émanant des autorités attestant que les conditions légales sont réunies. Le rachat par l'affilié met fin au contrat.

#### 3.8.3. 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 de pension au financement de biens immobiliers (voir 3.7), les modalités en sont fixées dans l'acte d'avance ou dans l'avenant de mise en gage.

#### 3.8.4. 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 1.5.5.1), le preneur d'assurance peut racheter les réserves du contrat de l'entreprise au profit de l'affilié dans le but de transférer ces réserves acquises vers un autre organisme de pension agréé.

L'indemnité de rachat équivaut à 5 % du montant des réserves à transférer (voir 1.6.2.2.).

Dans ce cas, le preneur d'assurance fournit à l'assureur, avec sa demande de transfert, une attestation établie par la compagnie d'assurances reprenneuse ou l'organisme de pension reprenneur mentionnant les données nécessaires à une exécution correcte du transfert.

### 3.9. Modification et cessation de l'engagement individuel de pension

#### 3.9.1. Droit conditionnel de modification et de cessation du contrat

Le preneur d'assurance peut modifier l'engagement individuel de pension ou y mettre fin dans le respect des dispositions légales et des autres conventions et engagements éventuels y afférents.

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 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.

Le preneur d'assurance informe toujours préalablement l'affilié de toute modification ou de la cessation de l'engagement individuel de pension. Toute modification apportée à la convention de pension requiert en principe l'accord de l'assureur. La modification ou la cessation de l'engagement individuel de pension ne peut jamais porter atteinte au caractère acquis des réserves constituées par les primes déjà payées jusqu'au moment de la modification ou de la cessation et des primes déjà échues à ce moment.

### **3.9.2. 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 trois (3) mois après la première échéance de primes impayée, l'assureur en informe l'affilié.

#### **Couverture en cas de décès :**

Sans préjudice des éventuelles restrictions qui découlent de la présence de réserves bloquées (voir 1.5.5.1), les primes de risque nécessaires au maintien de la couverture en cas de décès dans sa dernière situation assurée continuent d'être soustraites des réserves de pension libres concernées du (des) contrat(s) (conjoints) jusqu'à épuisement respectif de celles-ci à partir de la première échéance de primes impayée.

Après épuisement des réserves libres concernées, il est mis fin à la couverture de risque en cas de décès, mais au plus tôt trente (30) jours après l'envoi de la mise en demeure recommandée précitée ou à la date de réception de l'avis du preneur d'assurance à l'assureur de la cessation de (paiement des primes pour) l'engagement individuel de pension.

#### **Couverture en cas de décès par accident et d'incapacité de travail :**

Il est mis fin à la couverture en cas de décès par accident et la couverture en cas d'incapacité de travail trente (30) jours après l'envoi de la mise en demeure recommandée précitée ou à la date de réception de l'avis du preneur d'assurance à l'assureur de la cessation de (paiement des primes pour) l'engagement individuel de pension.

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.).

### **3.10. Réserves transférées**

Il est possible que l'affilié souhaite transférer à l'assureur les réserves acquises du chef d'une activité professionnelle antérieure dans une autre entreprise, dans le cadre d'un plan de prévoyance dont il y bénéficiait. Ces réserves transférées sont gérées comme des contrats transférés (voir 4), le cas échéant conjoints avec le contrat de l'entreprise (voir 1.2).

### **3.11. Liquidation en rente viagère**

Le capital-pension, le versement de la valeur de rachat qui revient à l'affilié, ainsi que le capital-décès, après imputation des éventuel(le)s retenues légales, chargements, indemnités et autres sommes qui seraient encore du(e)s à l'assureur ou à des tiers, peuvent 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 tel que déterminé dans la législation sociale relative aux pensions complémentaires pour les affiliés au statut de travailleur salarié.

Le montant de la rente est fixé sur la base des tarifs 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 le certificat personnel (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 le droit de transférer ce capital à un autre organisme de pension qui prend à sa charge toutes les obligations de rente. L'affilié consent à cette possibilité de transfert par la signature du formulaire de souscription. En cas d'un tel transfert, l'assureur est délié de toute obligation afférente à la rente et à son versement.

### 3.12. Bonne foi, équité et caractère raisonnable

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 TRANSFÉRÉS ET NON TRANSFÉRÉS

### 4.1. Définitions

**Un contrat transféré** est un contrat dont les réserves sont acquises par l'affilié du chef d'une ancienne activité professionnelle dans le cadre d'un plan de prévoyance dont il y bénéficiait et qu'il a décidé de transférer vers l'assureur. Seul un contrat de l'entreprise-engagement individuel de pension peut être transféré.

**Un contrat non transféré** est un contrat de l'entreprise-engagement individuel de pension conclu avec l'assureur, pour lequel le paiement des primes a pris fin suite à la sortie de service de l'affilié auprès du preneur d'assurance avant la date terme normalement prévue et dont les réserves sont acquises par l'affilié.

### 4.2. Contrats transférés

#### 4.2.1. Entrée en vigueur et investissement

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

Les réserves transférées sont, après retenue d'éventuels chargements d'entrée, affectées à la constitution de réserves de pension.

À défaut ou dans l'attente d'un autre choix de l'affilié, les réserves transférées sont investies dans un fonds de placement monétaire. Les choix de fonds 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

Les réserves de pension sont affectées aux couvertures suivantes :

- capital-pension : versement du capital-pension à l'affilié à la fin du contrat ;
- capital-décès : versement du capital-décès au(x) bénéficiaire(s) en cas de décès de l'affilié avant la fin du contrat.

Sauf convention contraire, la date terme prévue d'un contrat transféré est la date terme de l'engagement individuel de pension dont l'affilié bénéficie auprès de l'assureur.

Sauf instruction contraire, le bénéficiaire du capital-décès dans le cadre du contrat transféré est le même que le bénéficiaire du capital-décès dans le cadre de l'engagement individuel de pension dont l'affilié bénéficie auprès de l'assureur.

### 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, la gestion des contrats concernés se poursuit de manière standard sous forme de contrats non transférés « sans modification de l'engagement de pension ».



Cela implique notamment les éléments suivants :

- Il n'est porté en compte aucuns frais et aucune indemnité à l'occasion de la transformation en contrat non transféré.
- Les contrats de l'entreprise 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.
- **Couverture en cas de décès :**  
Sans préjudice des éventuelles restrictions qui découlent de la présence de réserves bloquées (voir 1.5.5.1), les primes de risque nécessaires au maintien des couvertures en cas de décès dans leur dernière situation assurée dans le cadre de l'engagement individuel de pension continuent d'être soustraites des réserves 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 à la couverture de risque concernée.  
**Couverture en cas de décès par accident et d'incapacité de travail :**  
Il est automatiquement mis fin aux éventuelles couvertures en cas de décès par accident et à la couverture en cas d'incapacité de travail dès la première échéance de primes impayée.
- 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 à la fin du contrat (voir 1.6.2.4).
- Le(s) mode(s) de placement et la structure des chargements et des tarifs demeurent inchangés.

Sans préjudice des éventuelles restrictions qui découlent de la présence de réserves bloquées (voir 1.5.5.1), l'affilié a la possibilité de faire modifier la couverture en cas de décès (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.

#### 4.4. 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 pour garantir un prêt et l'affectation de la valeur de rachat à la reconstitution d'un crédit hypothécaire ne peut être consentie(s) que pour permettre à l'affilié d'acquies, de construire, d'améliorer, de restaurer ou de transformer des biens immobiliers situés dans l'Espace économique européen qui génèrent des revenus imposables. En outre, les avances et les emprunts doivent être remboursés dès que les biens précités quittent le patrimoine de l'affilié.

L'affilié peut obtenir les conditions, les limitations et les modalités y relatives auprès de l'assureur. L'attention est attirée sur le fait que l'affectation du (des) contrat(s) transféré(s) et/ou non transféré(s) au financement de biens immobiliers peut impliquer que les réserves du (des) contrat(s) concerné(s) ne peuvent être transférées et/ou rachetées par l'affilié (voir 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 des couvertures de risque et des modes de placement.

Au moyen de la signature du formulaire de souscription, l'affilié donne explicitement procuration à l'assureur, en cas de demande de mise en gage du contrat, afin d'échanger avec le gagiste concerné, en leur nom et pour leur compte, des informations et des documents à ce sujet.

#### 4.5. Transfert vers un autre organisme de pension

Sans préjudice des éventuelles restrictions qui découlent de la présence de réserves bloquées (voir 1.5.5.1), l'affilié qui a été affilié à l'engagement individuel de pension peut, après sa sortie de service qui a donné lieu à la gestion poursuivie du contrat de l'entreprise concerné sous forme de contrat non transféré, racheter les réserves de ce contrat non transféré ainsi que celles des contrats transférés, sous forme de transfert au profit d'un contrat similaire auprès d'un assureur ou d'autre organisme de pension et ce, moyennant une indemnité de rachat (voir 1.6.2.2.).

Sur simple demande, l'assureur informe l'affilié lors de sa sortie de service 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, dans le respect des prescriptions légales en la matière et sans préjudice des éventuelles restrictions qui découlent de la présence de réserves bloquées (voir 1.5.5.1), l'affilié peut opérer le rachat (voir 1.6.2.2.) des réserves du (des) contrat(s) transféré(s) et/ou non transféré(s) sous forme de versement de la valeur de rachat lorsqu'il répond aux conditions pour prendre sa pension légale anticipée. Dans ce cas, l'affilié remet à l'assureur une preuve officielle émanant des autorités attestant que les conditions légales sont réunies.

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 4.4), les modalités en sont fixées dans l'acte d'avance ou dans l'avenant de mise en gage.

#### 4.7. Liquidation en rente viagère

Le capital-pension, le versement de la valeur de rachat qui revient à l'affilié, ainsi que le capital-décès, après imputation des éventuel(le)s retenues légales, chargements, indemnités et autres sommes qui seraient encore du(e)s à l'assureur ou à des tiers, peuvent 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 tel que déterminé dans la législation sociale relative aux pensions complémentaires pour les affiliés au statut de travailleur salarié.

Le montant de la rente est fixé sur la base des tarifs 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 considéré comme partenaire :

- pour les contrats non transférés : le partenaire défini dans le certificat personnel 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 le droit de transférer ce capital à un autre organisme de pension qui prend à sa charge toutes les obligations de rente. L'affilié consent à cette possibilité de transfert par la signature du formulaire de souscription. En cas d'un tel transfert, l'assureur est délié de toute obligation afférente à la rente et à son versement.

#### 4.8. Certificat personnel et fiche de pension annuelle

L'assureur établit lors de l'entrée en vigueur et lors de toute modification du contrat transféré et/ou non transféré un certificat personnel actualisé qu'il remet à l'affilié. Le dernier certificat personnel 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 trente (30) jours après que l'assureur l'ait délivré.

L'affilié peut également consulter les prestations assurées en cas de pension et de décès sur le site web de l'Office national des Pensions [www.mypension.be](http://www.mypension.be).

## 5. DISPOSITIONS COMMUNES

### 5.1. Nature juridique des couvertures

Toutes les couvertures de risque, sauf le capital-décès, sont des assurances complémentaires au contrat principal. Cela implique entre autres ce qui suit :

- 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 renonciation 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.

### 5.2. Remise en vigueur

Lorsqu'il est mis fin au paiement des primes pour un contrat, le preneur d'assurance peut en demander la remise en vigueur sur demande écrite dans les trois (3) ans après le dernier paiement de prime. 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 émis.

### 5.3. Informations

Le règlement de gestion avec les fonds de placement qui entrent en considération dans le contrat est disponible gratuitement à la première demande adressée à l'assureur.

Le preneur d'assurance ou l'affilié peut aussi, sur simple demande, obtenir des renseignements concernant la dernière performance annuelle des fonds de placement qui composent la réserve de pension du contrat.

Le preneur d'assurance et l'affilié peuvent obtenir gratuitement et à la première demande les informations suivantes pour chaque fonds de placement externe dans le contrat :

- a. le nom du fonds et éventuellement du sous-fonds ;
- b. le nom du gestionnaire financier du fonds ou du sous-fonds ;
- c. la politique d'investissement du fonds, y compris son éventuelle spécialisation dans certains secteurs économiques ou géographiques ;
- d. toute indication existante dans l'État d'origine du fonds, ou à défaut dans l'État de résidence du preneur d'assurance, quant à la classe de risque ou au profil d'investisseur du fonds ;
- e. la nationalité du fonds et l'autorité de surveillance du fonds ;
- f. la conformité ou non à la directive modifiée 2009/65/CE ;
- g. la date de lancement du fonds et, le cas échéant, sa date de clôture ;
- h. la performance historique annuelle du fonds pour chacun des cinq derniers exercices ou, à défaut, depuis la date de lancement ;
- i. le site Internet sur lequel peuvent être obtenus ou consultés le prospectus et les rapports annuels et trimestriels du fonds ;
- j. les modalités de publication des valeurs d'inventaire du fonds ;
- k. toute restriction éventuelle du droit de remboursement des parts à la première demande.

Le preneur d'assurance et l'affilié peuvent obtenir gratuitement et à la première demande les informations suivantes pour chaque fonds de placement interne dans le contrat :

- a. le nom du fonds de placement interne ;
- b. l'identité du gestionnaire financier du fonds de placement interne ;
- c. le type de fonds de placement interne au regard de la classification imposée par le Commissariat aux Assurances ;
- d. la politique d'investissement du fonds de placement interne, y compris son éventuelle spécialisation dans certains secteurs économiques ou géographiques ;

- e. la capacité du fonds de placement interne à investir ou non dans des fonds alternatifs ;
- f. des indications quant au profil de l'investisseur type ou quant à l'horizon de placement ;
- g. la date de lancement du fonds de placement interne et, le cas échéant, sa date de clôture ;
- h. la performance historique annuelle du fonds de placement interne pour chacun des cinq derniers exercices ou, à défaut, depuis la date de lancement ;
- i. le benchmark que le fonds de placement interne est censé atteindre ou, à défaut d'une telle référence fixée de façon explicite, un ou plusieurs benchmark(s) contre le(s)quel(s) pourront être mesurées les performances du fonds de placement interne ;
- j. l'endroit où peuvent être obtenues ou consultées les données relatives à la comptabilité séparée du fonds de placement interne ;
- k. les modalités d'évaluation et, le cas échéant, de publication des valeurs d'inventaire du fonds de placement interne ;
- l. les modalités de rachat des parts.

L'assureur répond également à cette obligation d'information en communiquant un document d'information essentiel du fonds de placement interne ou externe concerné. Le preneur d'assurance et l'affilié ont le droit d'obtenir gratuitement et à la première demande une version actualisée de ces informations.

#### 5.4. Versement et paiement des prestations

L'assureur peut subordonner tout versement (en cas de renonciation, de rachat, d'avance...) à la présentation des documents qu'il juge nécessaires.

Si le versement a lieu quand l'assuré vit encore, les documents suivants sont présentés :

- Une attestation de vie de l'assuré à la date terme, avec mention de sa date de naissance ;
- Une copie de la carte d'identité du bénéficiaire ou un autre document d'identification pouvant servir de preuve ;
- Si la demande de paiement est effectuée par un mandataire ou un représentant légal du bénéficiaire, l'envoi d'une preuve de ses compétences et d'une copie de sa carte d'identité ;
- Des pièces justificatives et/ou déclarations qui démontrent suffisamment que le bénéficiaire peut profiter d'un tarif réduit concernant les retenues légales.

Si le versement a lieu au décès de l'assuré, les documents suivants sont présentés :

- Un extrait de l'acte de décès avec mention de la date de naissance de l'assuré :
  - si l'extrait de l'acte de décès ne peut être obtenu, car le décès est certain, mais que le corps ne peut être identifié ou n'a pas été retrouvé : l'envoi du jugement qui conclut à une présomption de décès ;
  - si l'extrait de l'acte de décès ne peut être obtenu, car le décès est incertain : l'envoi du jugement qui conclut à la mise en possession provisoire des biens de l'absent ;
- Une copie de la carte d'identité de chaque bénéficiaire ou un autre document d'identification pouvant servir de preuve ;
- Un certificat médical mentionnant la cause du décès (voir aussi 2.1.3.);
- Si la demande de paiement est effectuée par un mandataire ou un représentant légal du bénéficiaire (administrateur provisoire, tuteur...), l'envoi d'une preuve de ses compétences et d'une copie de sa carte d'identité ;
- Un extrait d'un acte ou certificat de succession établi par un notaire ou le receveur compétent du bureau d'enregistrement, lorsque le bénéficiaire est désigné en qualité d'héritier ou de légataire.
- Des pièces justificatives et/ou déclarations qui démontrent suffisamment que le bénéficiaire peut profiter d'un tarif réduit concernant les retenues légales.

En cas de doute, l'assureur se réserve le droit d'exiger des renseignements et/ou documents complémentaires afin de vérifier la régularité et la validité de la demande de paiement ainsi que pour en permettre l'exécution correcte. Si les renseignements et/ou documents complémentaires ne sont pas transmis à l'assureur, celui-ci se réserve le droit de ne pas entamer ou de ne pas poursuivre les opérations liées au paiement.

Si l'assureur dispose de tous les renseignements et/ou documents dont il a besoin pour effectuer le paiement, il verse les sommes dues, après imputation d'éventuel(le)s retenues légales, chargements, indemnités et autres sommes qui seraient encore du(e)s à l'assureur ou à des tiers (comme un créancier gagiste), dans les trente (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.

Tout paiement est effectué en espèces et par virement bancaire au profit du compte bancaire ouvert au nom du preneur d'assurance ou du bénéficiaire. Avant de procéder au paiement, l'assureur peut contacter le preneur d'assurance ou le bénéficiaire pour vérifier si les données de paiement communiquées sont correctes. L'assureur décline toute responsabilité en cas de retard dans l'exécution du paiement si le preneur d'assurance/bénéficiaire n'est pas joignable pour confirmer les données de paiement.

S'il est demandé à l'assureur de procéder au paiement au profit d'une autre personne que le preneur d'assurance ou le bénéficiaire, l'assureur se réserve le droit de refuser cette demande ou de demander des informations complémentaires concernant le bénéficiaire économique avant de procéder au versement demandé.

Sauf exception, le paiement ne peut s'effectuer par transfert de parts d'un fonds de placement ou de titres sur le compte-titre du preneur d'assurance ou du bénéficiaire.

Les éventuels frais bancaires liés au versement sont entièrement à la charge du preneur d'assurance/bénéficiaire.

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

En cas de paiement tardif par l'assureur, seuls des intérêts moratoires au taux d'intérêt légal seront dus comme dommages et intérêts. L'assureur ne bonifie pas d'intérêts pour un retard de paiement suite à une circonstance indépendante de sa volonté.

### 5.5. Correspondance et preuve

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

Tout avis et toute correspondance entre parties se fait valablement à la dernière adresse (de correspondance) qu'elles se sont mutuellement communiquée.

L'envoi d'une lettre recommandée se prouve par la production du récépissé de la poste. L'existence et le contenu de tout document et de toute correspondance se prouvent par la production de l'original ou, à défaut, de sa copie dans les dossiers de l'assureur.

### 5.6. 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 contrat.

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.

### 5.7. Clauses non valables

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

### 5.8. Législation applicable

Le contrat est soumis à la législation belge concernant les assurances-vie et les assurances complémentaires de manière générale et concernant les engagements individuels de pension en particulier.

L'assureur est soumis au contrôle du Commissariat aux Assurances au titre de l'ensemble des règles relevant de la surveillance financière. La loi applicable à la surveillance financière de l'assureur est la loi luxembourgeoise.

Relèvent ainsi du droit luxembourgeois notamment les règles relatives (i) à l'agrément du présent contrat, (ii) aux provisions techniques et (iii) aux actifs admis en représentation des engagements techniques pris dans le cadre du présent contrat.

Tous les litiges entre parties relatives à l'appréciation, la validité et l'exécution du contrat relèvent de la compétence des tribunaux du pays où le preneur d'assurance a son siège social ou sa résidence. Le preneur d'assurance peut aussi assigner l'assureur devant les tribunaux du Grand-Duché de Luxembourg.

### 5.9. Régime fiscal applicable

Avant la conclusion du contrat, une fiche produit et une fiche d'avis fiscal expliquant le régime fiscal applicable sont remises au preneur d'assurance. Le cas échéant, le preneur d'assurance en informe l'affilié à son tour. L'intéressé peut également s'adresser à son courtier en assurances pour tout complément d'information.

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 contrat.

### 5.10. Sanctions économiques

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

### 5.11. Responsabilité

L'assureur ne fournit pas de conseils, ni en ce qui concerne la souscription ou l'investissement, ni en ce qui concerne les différentes opérations en cours de contrat.

L'assureur n'est pas responsable des dommages occasionnés au preneur d'assurance/à l'affilié/au bénéficiaire par la survenance d'un cas de force majeure, d'une mesure prise par une autorité publique belge, luxembourgeoise ou autre ou de tout fait ou événement humain ou naturel quelconque ayant pour effet de troubler, désorganiser, interrompre partiellement ou totalement ses activités, ses services ou ceux des partenaires auxquels il fait appel. L'assureur ne peut en conséquence pas être tenu responsable des dommages causés par la désorganisation partielle ou totale de ses services, à la suite de faits de guerres, d'émeutes, d'incendie, de grèves, etc. ; il en est de même du dommage causé par des attaques à main armée, des erreurs commises par la poste, l'interruption des communications téléphoniques ou télégraphiques ou encore en raison d'un événement grave sur les marchés financiers ou à l'occasion d'autres faits similaires.

L'indemnisation éventuelle à charge de l'assureur sera limitée aux effets directs du dommage et ne s'étendra pas aux effets indirects de quelque nature qu'ils soient. L'assureur n'est notamment pas tenu d'indemniser les pertes de chances de réaliser un gain ou d'éviter une perte.

Lorsque la responsabilité de l'assureur peut être engagée à la suite d'un fait pouvant être qualifié d'infraction pénale subi par le preneur d'assurance/l'affilié/le bénéficiaire, il est toujours en droit de subordonner son indemnisation au dépôt préalable d'une plainte par le preneur d'assurance/l'affilié/le bénéficiaire auprès des autorités compétentes.

Lorsque, en sa qualité de compagnie d'assurances, l'assureur confie ses avoirs en dépôt à une banque dépositaire ou à un gestionnaire financier en Belgique, au Luxembourg ou dans un autre pays, sa responsabilité se limite à la procédure d'acceptation et de suivi de celle-ci/celui-ci. Sauf faute lourde ou dol de sa part dans la procédure d'acceptation et de suivi de cette banque dépositaire/ce gestionnaire financier, l'assureur ne sera pas responsable vis-à-vis du preneur d'assurance/de l'affilié/du bénéficiaire du comportement fautif de cette banque dépositaire ou de ce gestionnaire financier.

### 5.12. Protection des données à caractère personnel

Par la signature du formulaire de souscription et conformément à la législation en vigueur à l'égard du traitement des données à caractère personnel, le preneur d'assurance et l'assuré autorisent l'assureur à enregistrer et à traiter toutes les données à caractère personnel (y compris les données médicales) les concernant et concernant le bénéficiaire dont il dispose et dont il disposera ultérieurement. De manière générale, ces données sont nécessaires à l'assureur pour lui permettre d'apprécier les risques, de préparer, d'établir, de gérer, d'exécuter les contrats d'assurance, de régler d'éventuels sinistres et de prévenir toute fraude.

Ces données peuvent aussi être utilisées à des fins commerciales, sauf indication contraire du preneur d'assurance/de l'assuré. Le preneur d'assurance et l'assuré peuvent s'opposer au traitement des données à ces fins commerciales.

Les données à caractère personnel sont partagées avec les membres du personnel et les partenaires professionnels de l'assureur, dont l'assureur (le réassureur), l'expert, le médecin-contrôle, les entreprises liées (comme d'autres entités au sein du groupe Monceau Assurances), les banques dépositaires et les gestionnaires financiers de fonds de placement internes, ainsi qu'avec les instances belges et luxembourgeoises à qui l'assureur est légalement tenu de communiquer lesdites données dans le strict respect du secret professionnel.

L'assureur informe le preneur d'assurance et l'assuré qu'ils ont le droit d'accéder aux données à caractère personnel les concernant ainsi que d'en demander la rectification si elles sont erronées, incomplètes ou devenues obsolètes. À partir de la date à laquelle le bénéficiaire a acquis irrévocablement la qualité de bénéficiaire, ce dernier dispose également du droit d'accéder aux données à caractère personnel le concernant ainsi que d'en demander la rectification si elles sont erronées, incomplètes ou devenues obsolètes.

Ce droit d'accès et de rectification peut être exercé à tout moment dans les locaux de l'assureur.

Les données à caractère personnel sont conservées par l'assureur au plus tôt jusqu'à l'expiration du contrat et au plus tard jusqu'à l'expiration des délais de prescriptions légaux.

L'assureur est tenu au respect du secret professionnel. À ce titre, il traite les données à caractère personnel de manière strictement confidentielle. L'assureur prend toutes les mesures possibles pour garantir le respect du secret professionnel. Il ne peut cependant pas être déclaré responsable des conséquences de la divulgation des données sous secret professionnel par des tiers ou des travailleurs, sauf en cas de faute lourde ou de dol de sa part.

## 5.13. Réclamations

### 5.13.1. Réclamation auprès de l'assureur

Sans préjudice de son droit de saisir les instances compétentes, l'assureur conseille au preneur d'assurance, à l'affilié ou au bénéficiaire, en tant que plaignant, de transmettre d'abord sa réclamation par écrit au service des réclamations à l'adresse suivante : Vitis Life S.A. - Belgian branch - service des réclamations - Jan Emiel Mommaertslaan, 20 B à B-1831 Diegem. La réclamation pourra également être introduite via le site internet : [www.vitislife.com](http://www.vitislife.com) ou par email : [clientservices@vitislife.com](mailto:clientservices@vitislife.com).

Le courrier de réclamation doit contenir le numéro de contrat, l'adresse et le numéro de téléphone du plaignant et être signé par lui-même ou son mandataire.

L'assureur confirme la réception de la réclamation dans les huit (8) jours qui suivent la date de réception. L'assureur s'engage à examiner chaque réclamation et à y répondre dans un délai d'un (1) mois à compter de la confirmation de réception de la réclamation. Si une réponse définitive n'est pas possible dans ce délai, le plaignant sera informé des raisons du retard ainsi que du nouveau délai de réponse.

Le plaignant peut adresser une réclamation auprès du Responsable de la Direction de l'Assureur, lorsqu'il n'a pas eu de réponse ou que celle-ci n'est pas satisfaisante. La réclamation doit être adressée par écrit au Chief Executive Officer dont l'adresse est la suivante : Vitis Life S.A. - à l'attention du Chief Executive Officer - B.P. 803, L-2018 Luxembourg. La réclamation pourra également être introduite par email : [VL-Chiefexecutiveofficer@vitislife.com](mailto:VL-Chiefexecutiveofficer@vitislife.com).

### 5.13.2. Saisine d'une autorité compétente

En absence de réponse ou de réponse satisfaisante dans un délai de quatre-vingt-dix (90) jours à partir de l'envoi de la réclamation à l'assureur, le plaignant a également le droit d'adresser sa réclamation au Commissariat aux Assurances (Autorité de contrôle des assurances pour le Grand-Duché de Luxembourg) à l'adresse de correspondance suivante : 7 boulevard Joseph II, L-1840, Luxembourg.

La saisine du Commissariat aux Assurances doit se faire dans un délai d'un (1) an à compter de la date d'introduction de la réclamation préalable adressée à l'assureur. La demande doit être introduite sous forme écrite, soit par voie postale à l'adresse du CAA (7 boulevard Joseph II, L-1840, Luxembourg), soit par courriel ([caa@caa.lu](mailto:caa@caa.lu)), soit en ligne sur le site Internet du CAA ([www.caa.lu](http://www.caa.lu)).

La résolution extrajudiciaire des réclamations devant le CAA se fait à titre gratuit.

Le Commissariat aux Assurances rend ses conclusions sur la réclamation, celles-ci ne sont pas contraignantes pour les parties, qui après un délai de réflexion raisonnable, disposent de la liberté d'accepter ou de refuser de les suivre.

Si le plaignant réside en Belgique, il peut s'adresser au « Service Ombudsman Assurances » établi au Square de Meeûs, 35 à B-1000 Bruxelles ([www.ombudsman.as](http://www.ombudsman.as) ; [info@ombudsman.as](mailto:info@ombudsman.as) ; tél. : +32 2 547 59 75) pour ses réclamations éventuelles en rapport avec le présent contrat.

Le plaignant a également le droit d'adresser sa réclamation au Commissariat aux Assurances (l'autorité de contrôle des assurances pour le Grand-Duché de Luxembourg) à l'adresse de correspondance suivante : 7, boulevard Joseph II, L-1840 Luxembourg ou à l'Association des compagnies d'assurance et de réassurance du Grand-Duché de Luxembourg (ACA), 12 rue Érasme, L-1468 Luxembourg.

Le plaignant a aussi le droit d'adresser une réclamation à l'autorité de contrôle en charge du règlement extrajudiciaire des litiges du pays dans lequel est établi l'intermédiaire d'assurances du contrat.

Enfin, il a toujours le droit d'intenter une action en justice.

#### **5.14. Avertissement**

---

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