

Conditions Générales



Les présentes conditions générales décrivent le fonctionnement et les possibilités offertes par votre contrat Fortuna di Generali. Afin de vous permettre de vous familiariser avec celui-ci, nous vous précisons ci-après quelques termes juridiques et techniques essentiels.

Article 1 QUE FAUT-IL ENTENDRE PAR ?

La compagnie :

Generali Belgium sa, entreprise d'assurances (vie & protection non-vie) agréée sous le code BNB (Banque Nationale de Belgique) n° 0145.

Le(s) preneur(s) d'assurance :

La (les) personne(s) (physique ou morale) qui conclu(en)t le contrat Fortuna di Generali auprès de la compagnie et qui effectue(nt) les versements.

S'il y a deux preneurs d'assurance, le terme 'preneur d'assurance' vise, selon le contexte, conjointement les deux preneurs d'assurance ou le preneur d'assurance.

Lorsqu'il y a deux preneurs d'assurance, tous les droits liés au contrat d'assurance doivent être exercés de commun accord entre les preneurs d'assurance.

Toute opération ou demande relative au contrat doit être adressée à la compagnie par un écrit signé par l'ensemble des preneurs d'assurance. Il en va de même pour tout document que la compagnie demande au(x) preneur(s) d'assurance de signer.

L'(les)assuré(e)(s) :

La (les) personne(s) sur laquelle (lesquelles) repose(nt) le risque de survenance de l'événement assuré.

S'il y a deux assurés, le terme 'assuré' vise, selon le contexte, conjointement les deux assurés ou l'assuré.

Le(s) bénéficiaire(s) :

La ou les personne(s) (physique(s) ou morale(s)) en faveur de laquelle(desquelles) sont stipulées les prestations d'assurances.

Le versement :

La prime d'assurance payée par le preneur d'assurance comprenant les taxes et cotisations éventuelles prévues par la législation belge ainsi que les frais.

Le versement net :

Le versement diminué des frais et des éventuelles taxes ou cotisations.

L'accident :

Tout événement soudain et fortuit qui produit une lésion corporelle objectivement constatable et dont une des causes est extérieure à l'organisme de l'assuré et indépendante de sa volonté ou de celle du(des) bénéficiaire(s).

Sont assimilés à des accidents :

- la noyade ;
- les lésions subies lors du sauvetage de personnes ou de biens en péril ;
- les intoxications et brûlures résultant, soit de l'absorption involontaire de substances toxiques ou corrosives soit du dégagement fortuit de gaz ou de vapeurs.

Le suicide, la tentative de suicide et le décès de l'assuré suite à une euthanasie ne sont pas des accidents. N'est pas non plus un accident le décès suite à une euthanasie pratiquée sur l'assuré en raison d'une affection qui est la conséquence d'un accident.

Les fonds d'investissement :

Les fonds internes de GENERALI BELGIUM SA dans lesquels sont investis les versements nets.

L'unité :

La part d'un fonds attribuée au contrat.

Le prix d'entrée :

Le prix auquel une unité d'un fonds peut être attribuée au contrat. Il correspond au prix d'achat des unités dans le fonds.

Le prix de sortie :

Le prix auquel une unité d'un fonds peut être reprise. Il correspond au prix de vente des unités du fonds.

Le jour de valorisation :

Le jour où la compagnie détermine le prix d'entrée et le prix de sortie de l'unité. Ce jour est fixé conformément à la politique d'investissement des fonds.

Les bases techniques :

Les bases techniques sont composées des lois de mortalité, des taux d'intérêt technique éventuels, des chargements d'inventaire, des chargements proportionnels au(x) versement(s) et, en ce qui concerne les fonds d'investissement, les éventuels chargements d'entrée, de gestion et de sortie.

Les options financières :

Une option financière est un mécanisme qui peut être activé sur certains fonds d'investissement, et qui vise à limiter partiellement l'éventuelle perte ou risque lié aux fonds.

Il existe plusieurs types d'options financières susceptibles d'être activées : l'option « Investissement Progressif », l'option « Stop Loss Dynamique », éventuellement couplée avec l'option de « Réinvestissement Automatique ».

Le fonds de base :

Le fonds de base est un fonds d'investissement sur lequel une option financière peut être souscrite. Il s'agit du fonds qui sera débité lors du déclenchement du Stop Loss Dynamique ou du fonds qui sera crédité lors du déclenchement d'un Investissement Progressif ou du Réinvestissement Automatique.

Les règlements de gestion reprennent les fonds qui sont éligibles comme fonds de base en fonction de l'option financière.

Le fonds de sécurisation :

Le fonds de sécurisation est un fonds d'investissement qui sera crédité lors du déclenchement du Stop Loss Dynamique et sera débité lors du déclenchement de l'Investissement Progressif ou du Réinvestissement Automatique.

Les règlements de gestion reprennent les fonds qui peuvent être sélectionnés comme fonds de sécurisation, en fonction de l'option financière.

L'activation d'une option financière :

L'activation d'une option financière signifie qu'elle est en attente de déclenchement pour effectuer le ou les transfert(s) automatique(s) de réserve prévu(s) par cette option. Une option activée signifie donc que les conditions nécessaires pour réaliser un transfert automatique dans le cadre de cette option financière sont contrôlées chaque jour.

Le déclenchement d'une option financière :

Le déclenchement d'une option financière signifie que les conditions nécessaires pour réaliser un transfert automatique dans le cadre de cette option financière sont réunies. Le déclenchement d'une option correspond donc au moment où le transfert entre le fonds de base et le fonds de sécurisation défini par l'option est initié, ou inversement.

La FSMA :

La FSMA (Financial Services and Markets Authority), autorité de contrôle des services et marchés financiers est sise rue du Congrès 12-14, 1000 Bruxelles.

Article 2 FORTUNA DI GENERALI, LE CONCEPT

2.1. Comment fonctionne le contrat Fortuna di Generali ?

Fortuna di Generali est un contrat d'assurance-vie de la Branche 23 à versements libres lié à la performance d'un ou plusieurs fonds d'investissement souscrit entre le preneur d'assurance et la compagnie.

Le risque financier du contrat est entièrement supporté par le preneur d'assurance. Les rendements obtenus dans le passé ne constituent aucune garantie pour l'avenir.

Les fonds d'investissement éligibles au contrat, leur stratégie de placement, leurs règles de gestion ainsi que la détermination de la valeur des unités sont mentionnés dans les règlements de gestion.

Ces règlements peuvent être consultés sur le site www.generalibei.be ou peuvent être obtenu via votre courtier.

Le contrat ne donne lieu à aucun versement de participations aux bénéfices de Generali Belgium.

Le contrat est régi par les dispositions légales et réglementaires belges relatives à l'assurance-vie, ainsi que par les conditions générales et particulières (et les avenants éventuels) et les règlements de gestion des fonds. Les conditions particulières complètent et précisent les conditions générales. En cas de contradiction, les conditions particulières priment. Les conditions générales et particulières doivent être fournies au(x) client(s) sur un support durable (papier, digital, ...).

L'information concernant la politique en matière de conflits d'intérêts et de rémunérations est disponible sur le site web de la compagnie <https://www.generalibei.be/protection-du-consommateur.html> ou peut être obtenu via votre courtier.

Si le preneur d'assurance souhaite recevoir de plus amples informations concernant cette politique, il peut en faire la demande auprès de la compagnie.

Les versements

Le preneur d'assurance choisit librement les versements qu'il souhaite effectuer à la compagnie. Dans ce cas, le preneur d'assurance en avertit son intermédiaire d'assurance qui lui fournira une communication structurée qui devra impérativement être utilisée pour effectuer le versement.

Toutefois, la compagnie se réserve le droit de limiter le nombre de versements à 4 par année civile, de refuser ou de rembourser des versements.

Les versements s'effectuent par virement sur le compte bancaire de la compagnie dont le numéro est mentionné sur la proposition d'assurance.

Dans le cas d'un contrat avec deux preneurs d'assurance, chaque versement doit être effectué depuis un seul compte bancaire. Il n'est pas autorisé d'effectuer le paiement d'un versement depuis les comptes bancaires respectifs de chacun des preneurs d'assurance.

2.2. Quels sont les frais appliqués ?

Des frais sont prélevés sur les versements. Ils s'élèvent à maximum 3,40 % des versements. Les versements bruts et nets sont mentionnés dans les conditions particulières du contrat.

Des frais de gestion financière sont prélevés sur la valeur des fonds et sont compris dans la valeur de l'unité conformément aux règlements de gestion des fonds.

2.3. Mécanisme de l'investissement

Le preneur d'assurance détermine librement le ou les fonds d'investissement dans le(s)quel(s) ses versements nets seront investis parmi ceux proposés dans le présent contrat. En cas de choix de plusieurs fonds, la répartition des versements entre ces fonds doit toutefois respecter les minima repris sur la proposition d'assurance.

Une unité est associée à chacun des fonds proposés. Le nombre d'unités acquises est déterminé en millièmes, en divisant la part de chaque versement net dans le fonds par le prix d'entrée de l'unité au plus tard sur la base de la valorisation du 3^e jour ouvrable qui suit le jour où le compte bancaire de la compagnie est crédité, pour autant que la compagnie soit en possession du dossier complet nécessaire à l'émission du contrat.

Ces valeurs peuvent à tout moment être consultées sur le site www.generali.be et dans la presse financière belge.

2.3.1. Epargne constituée

Le résultat de la multiplication du nombre d'unités de chaque fonds attribué au contrat par le prix de sortie correspondant à un instant donné constitue ce que l'on appelle l'épargne constituée à cet instant.

2.3.2. Comment la compagnie investit-elle les versements ?

Chaque versement net est réparti entre le ou les fonds d'investissement selon le choix du preneur d'assurance.

La compagnie convertit, selon les règles définies par les présentes conditions, les conditions particulières et les règlements de gestion, chaque versement en unités du ou des fonds choisis.

Cette conversion est réalisée au plus tard sur la base de la valorisation du 3^e jour ouvrable qui suit le jour où le compte bancaire de la compagnie est crédité, pour autant que les conditions suivantes soient remplies :

- Pour le premier versement, la compagnie doit être en possession du dossier complet nécessaire à l'émission du contrat.
- Pour les versements suivants, la procédure décrite au paragraphe 2.1 doit être respectée et le paiement doit être effectué avec la communication structurée fournie par la compagnie.

Dans le cas où les conditions ci-dessus ne sont pas remplies, la conversion du versement en unités est réalisée au plus tard sur la base de la valorisation du 3^e jour ouvrable qui suit le jour où la compagnie est en possession du dossier complet nécessaire à l'émission du contrat ou en possession de toutes les informations lui permettant d'affecter le versement au contrat.

2.4. Options financières

Fortuna di Generali propose trois options financières. Celles-ci visent à aider le preneur d'assurance à gérer partiellement le risque financier lié aux fonds d'investissement.

Ces options sont :

- Le mécanisme d'Investissement Progressif
- Le Stop Loss Dynamique ou mécanisme dynamique de limitation des pertes
- Le Réinvestissement Automatique ou mécanisme de réinvestissement progressif, option complémentaire au Stop Loss Dynamique.

Le preneur d'assurance peut opter pour une ou plusieurs de ces options financières, en respectant les principes de compatibilité des options traités au paragraphe 2.4.5.

Les fonds d'investissement de base et de sécurisation sur lesquels peuvent être activés chaque type d'options financières sont mentionnés dans les règlements de gestion.

Les choix du preneur d'assurance concernant les options lors de la souscription sont mentionnés dans les conditions particulières du contrat.

Le preneur d'assurance peut demander l'ajout, la modification ou la suppression d'une ou plusieurs options en cours de vie du contrat. Les modalités de ces adaptations sont décrites au paragraphe 6.5.

La date d'effet d'une option financière est sa date d'enregistrement par la compagnie. Pour une option financière demandée à la souscription du contrat, cette date correspond à la date d'émission du contrat. Pour un ajout, une modification ou une suppression en cours de vie du contrat, cette date correspond à la date d'enregistrement de la demande mentionnée sur l'avenant qui est remis au preneur d'assurance par son intermédiaire.

L'activation, la désactivation et le déclenchement d'une option dépendent du type d'options souscrites simultanément, des paramètres choisis et de l'état du contrat.

2.4.1. Le mécanisme d'Investissement Progressif (IP)

L'Investissement Progressif est le transfert automatique d'un fonds de sécurisation sur lequel le versement est effectué, vers un ou plusieurs fonds de base, choisi(s) parmi ceux proposés dans les règlements de gestion pour cette option. Ce transfert automatique est périodique pendant une durée d'investissement déterminée par le preneur d'assurance (de 1 à 24 mois, par tranche d'un mois), dans le but de lisser certains risques financiers en investissant de manière progressive.

Le nombre d'investissements à réaliser correspond au nombre de mois choisi pour la durée de l'Investissement Progressif. Le nombre de parts associées à chaque investissement correspond au nombre de parts issues de la conversion du versement dans le fonds de sécurisation divisé par le nombre de mois choisi.

Lors de chaque déclenchement, l'investissement est automatiquement réalisé le premier jour ouvrable du mois, avec un minimum de 5 jours ouvrables à compter de la date d'émission du contrat ou de réception d'un versement complémentaire.

La conversion en unités est réalisée au plus tard sur la base de la valorisation du 3^e jour ouvrable qui suit le jour du déclenchement.

La modification ou la suppression de l'option Investissement Progressif sur un fonds n'impacte pas automatiquement les plans d'investissement éventuellement déjà activés sur ce fonds. Ces derniers resteront actifs tel que prévus à moins que le preneur d'assurance ne demande explicitement de les arrêter.

Par contre, tout arrêt d'un plan d'investissement en cours sur un fonds entraîne obligatoirement la suppression de l'option sur ce fonds.

2.4.2. Le Stop Loss Dynamique ou mécanisme dynamique de limitation des pertes

L'option Stop Loss Dynamique a pour but la limitation des pertes possibles dues à une chute de la valeur d'un fonds d'investissement.

Le Stop Loss prévoit que, lorsque la valeur du fonds de base choisi passe sous un seuil de protection déterminé, la réserve du fonds concerné soit automatiquement et intégralement transférée vers un fonds de sécurisation choisi parmi ceux proposés dans les règlements de gestion pour cette option.

A chaque activation de l'option, le seuil de protection initial est calculé en multipliant la valeur de l'unité du fonds de base à ce moment-là par le facteur $(1-x \%)$ où x représente le pourcentage de protection déterminé par le preneur d'assurance (10 %, 15 %, 20 %, 25 % ou 30 %). Le seuil de protection est ensuite revu dynamiquement : tous les jours, le seuil est recalculé sur la base de la nouvelle valeur de l'unité et mis à jour dès que le nouveau seuil est supérieur ou en cas de modification du pourcentage de protection.

L'activation d'une option Stop Loss Dynamique n'a aucun effet sur le mécanisme d'investissement défini au niveau du contrat pour l'affectation des primes futures.

En cas de déclenchement de l'option, le transfert est réalisé au plus tard sur la base de la valorisation du 3^e jour ouvrable qui suit le jour du dépassement du seuil de protection.

En cas de déclenchement de l'option, si le Stop Loss Dynamique n'est pas couplé à une option de réinvestissement automatique, le transfert intégral de la réserve vers le fonds de sécurisation entraîne la cessation de l'option sur le fonds de base, même si un versement est investi ultérieurement dans ce fonds.

En revanche, si le Stop Loss Dynamique est couplé à une option de réinvestissement automatique, l'option Stop Loss est désactivée pendant la période du réinvestissement. Elle est réactivée automatiquement dès la fin du dernier transfert prévu dans le cadre du réinvestissement automatique.

La suppression d'une option Stop Loss Dynamique implique l'arrêt du calcul du seuil de protection.

2.4.3. Le Réinvestissement Automatique

L'option Réinvestissement Automatique est une option complémentaire de l'option Stop Loss Dynamique.

Le Réinvestissement Automatique consiste en le réinvestissement progressif vers le fonds de base initial d'une part proportionnelle des unités transférées lors du déclenchement de l'option Stop Loss Dynamique pendant une durée de réinvestissement déterminée par le preneur d'assurance (de 1 à 24 mois, par tranche d'un mois).

Le nombre de réinvestissements à réaliser correspond au nombre de mois choisi pour la durée du réinvestissement automatique. Le nombre de parts associées à chaque réinvestissement automatique correspond au nombre de parts issues de la conversion du versement dans le fonds de sécurisation divisé par le nombre de mois choisi.

Lors de chaque déclenchement, le réinvestissement est automatiquement réalisé le premier jour ouvrable du mois, avec un minimum de 5 jours ouvrables, qui suit la date de déclenchement du Stop Loss Dynamique. La conversion en unités est réalisée au plus tard sur la base de la valorisation du 3^e jour ouvrable qui suit le jour du déclenchement.

La modification ou la suppression de l'option sur un fonds n'impacte pas automatiquement les plans de réinvestissement éventuellement déjà activés sur ce fonds. Ces derniers resteront actifs tel que prévu à moins que le preneur d'assurance ne demande explicitement de les arrêter.

Par contre, tout arrêt d'un plan en cours sur un fonds entraîne obligatoirement la suppression de l'option sur ce fonds.

2.4.4. Quels sont les frais appliqués pour les options ?

Aucuns frais ne sont prélevés pour la souscription, la modification, la suppression ou le déclenchement d'une ou plusieurs options.

2.4.5. Compatibilité des options entre elles

L'Investissement Progressif est une option activable par prime versée. Plusieurs plans d'Investissement Progressif liés à différentes primes versées peuvent donc être déclenchés en parallèle au sein d'un même contrat, tandis que le Stop Loss Dynamique et le Réinvestissement Automatique sont des options activables par fonds. Le preneur d'assurance ne peut donc souscrire qu'une seule option de Stop Loss Dynamique et Réinvestissement Automatique par fonds. En outre, il n'est pas possible de souscrire à un Réinvestissement Automatique sur un fonds sans souscrire à un Stop Loss Dynamique sur le même fonds. La suppression d'un Stop Loss Dynamique entraîne donc obligatoirement la suppression du Réinvestissement Automatique couplé.

Le principe de base est que, pour un fonds donné, un plan d'investissement dans le cadre d'un Investissement Progressif ou d'un Réinvestissement Automatique ne peut pas être activé en même temps qu'un Stop Loss Dynamique.

L'activation de ces options, pour un fonds donné, se fait de manière séquentielle :

- Un plan d'investissement lié à un Investissement Progressif est prioritaire par rapport à un Stop Loss Dynamique. A chaque versement de prime, le Stop Loss Dynamique est désactivé jusqu'à la fin du dernier transfert prévu dans le cadre du plan d'investissement de l'Investissement Progressif.
- Un plan de Réinvestissement Automatique ne s'activera qu'une fois le Stop Loss Dynamique achevé. Le Stop Loss Dynamique est alors désactivé jusqu'à la fin du dernier transfert prévu dans le cadre du Réinvestissement Automatique.
- Le Stop Loss Dynamique est activé ou réactivé automatiquement, s'il y a lieu, pour autant qu'il n'y ait ni plan d'investissement lié à un Investissement Progressif, ni plan de Réinvestissement Automatique en cours sur ce fonds.

Par contre, les options d'Investissement Progressif et de Réinvestissement Automatique sont des options compatibles entre elles. La période d'investissement choisie est alors obligatoirement de même durée pour les deux options. Lors de leurs activations, plusieurs plans d'investissement et de réinvestissement peuvent s'effectuer en parallèle vers un même fonds ou vers des fonds différents.

2.4.6. Compatibilité des options avec les autres caractéristiques du contrat

La souscription des options financières est incompatible avec la souscription de retraits planifiés et la souscription d'une couverture décès, autre que 100 % de l'épargne constituée.

2.4.7. Compatibilité des options avec d'autres mouvements et actes de gestion

Versement

Un versement supplémentaire sur un fonds de base sur lequel une option Stop Loss Dynamique est activée n'influence pas le fonctionnement de l'option, ni le calcul du seuil de protection. Le versement supplémentaire s'intègre à la réserve du fonds de base.

Un versement supplémentaire sur un fonds de sécurisation sur lequel une option de Réinvestissement Automatique est activée ne s'intègre pas au plan de Réinvestissement Automatique.

Un versement supplémentaire sur un fonds de sécurisation sur lequel une option d'Investissement Progressif est activée ne s'intègre pas au plan d'Investissement Progressif existant. Le versement supplémentaire crée son propre plan d'investissement lié à l'option.

Retrait

Un retrait sur un fonds sur lequel une option Stop Loss Dynamique est activée diminue la réserve du fonds associée à l'option mais n'influence pas le niveau du seuil de protection. Cependant tant que le mouvement de retrait est en cours, le calcul du seuil et tout déclenchement éventuel de l'option n'est pas contrôlé.

Inversement, toute demande de retrait sur un fonds sur lequel une option Stop Loss Dynamique est déclenchée est mise en attente jusqu'à la finalisation du transfert lié à l'option.

Un retrait sur un fonds de sécurisation n'est autorisé que sur la partie de la réserve du fonds qui n'est pas liée à un plan d'investissement en cours ou à un plan de Réinvestissement Automatique en cours.

Article 3 PRESTATION EN CAS DE DÉCÈS

3.1. Quels sont les montants assurés en cas de décès ?

En cas de décès de l'assuré, avant le terme du contrat, la compagnie verse au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) la prestation décès mentionnée aux conditions particulières.

Un contrat avec deux assurés ne prévoit le versement de la prestation décès qu'au décès du deuxième assuré.

Le montant de la prestation décès sera, dans tous les cas, toujours au moins égal à l'épargne constituée et évaluée au plus tard sur la base de la valorisation du 3^e jour ouvrable qui suit le jour où la compagnie a eu connaissance du décès.

Le paiement de la prestation décès met fin au contrat.

La souscription d'un contrat avec deux assurés est incompatible avec la souscription d'une couverture décès autre que 100 % de l'épargne constituée.

3.2. Quand la garantie décès sort-elle ses effets ?

Dès réception par la compagnie de la proposition d'assurance dûment complétée et signée, enregistrement du premier versement sur le compte bancaire de la compagnie et sous réserve du résultat favorable des formalités médicales, la garantie décès sort ses effets à la date indiquée aux conditions particulières.

Dès l'enregistrement sur le compte bancaire de la compagnie du premier versement, la compagnie accorde, à titre provisoire, une garantie de 6 250 EUR couvrant le décès suite à un accident pendant une période de 30 jours maximum. L'accident et le décès doivent survenir durant cette période.

Cette garantie provisoire cesse dès que la garantie décès choisie conformément au point 3.1. sort ses effets. Au cas où la couverture décès choisie dans la proposition d'assurance est soumise à une acceptation médicale particulière ou en cas d'insuffisance de versement permettant de garantir la prestation décès, la compagnie émettra le contrat en prenant par défaut une couverture décès provisoire égale à 100 % de l'épargne constituée.

Dans le cas où la garantie décès n'a pas sorti ses effets 3 mois après la signature de la proposition d'assurance en raison, soit de l'absence de résultat favorable des formalités médicales, soit de l'insuffisance des versements, la compagnie poursuivra le contrat avec une prestation décès égale à 100 % de l'épargne constituée.

Les formalités médicales accomplies lors de la souscription peuvent se révéler insuffisantes en cas de versements libres trop importants. Dans ce cas, la compagnie se réserve le droit de demander des formalités médicales supplémentaires.

3.3. Quand prélève-t-on le coût de la garantie décès ?

Le coût de la garantie décès est prélevé sur l'épargne constituée du contrat, en nombre d'unités évaluées au prix de sortie du jour de valorisation qui précède le prélèvement et proportionnellement à l'épargne constituée de chaque fonds choisi. Le premier prélèvement s'effectue à la date à laquelle la garantie décès sort ses effets. Les prélèvements suivants s'effectuent par anticipation le premier de chaque mois.

La compagnie maintient la garantie aussi longtemps que l'épargne est suffisante pour permettre de prélever le coût de la garantie décès. En cas d'insuffisance, la compagnie attire l'attention du preneur d'assurance, par simple lettre, sur l'utilité d'effectuer un versement supplémentaire lui permettant d'éviter la résiliation du contrat. A défaut de versement, le contrat est résilié de plein droit.

3.4. Modification de la prestation décès

En cours de contrat, il est possible pour le preneur d'assurance de demander une modification de la prestation en cas de décès. Toute augmentation de cette prestation sera soumise aux conditions d'acceptation en vigueur au moment de la demande.

A l'occasion d'événements importants dans la vie du preneur d'assurance ou de l'assuré (mariage, naissance, adoption, décès du conjoint), il est possible d'augmenter le capital décès sans aucune formalité médicale pour autant que :

- l'âge de l'assuré n'excède pas 50 ans au moment de la demande ;
- l'augmentation ne dépasse pas 20 % du capital décès avec une limite de 12 500 EUR, et que le nouveau capital décès n'excède en aucun cas le plafond de 125 000 EUR.

La demande, accompagnée des pièces justificatives, doit être introduite dans les 6 mois qui suivent l'événement.

3.5. Etendue de la garantie en cas de décès

Les prestations décès sont acquises dans le monde entier quelles que soient les causes et les circonstances du décès de l'assuré, à l'exception des seuls cas repris ci-après.

Les risques non couverts sont ceux résultant :

- du suicide ou d'une tentative de suicide de l'assuré. Toutefois, le suicide ou la tentative de suicide est couvert s'il se produit après la première année qui suit la date d'effet du contrat. Ce même principe s'applique aux augmentations des prestations assurées ;
- du fait intentionnel du preneur d'assurance ou d'un des bénéficiaires ou à l'instigation de l'un d'eux ;
- d'une condamnation judiciaire, d'un crime ou d'un délit à caractère intentionnel ;
- du décès de l'assuré quelle qu'en soit la cause survenant à la suite d'émeutes, de troubles civils ou de tout acte de violence collectif d'inspiration politique, idéologique ou sociale accompagnés ou non de rébellion contre l'autorité ou tout pouvoir concédé ;
- du décès de l'assuré quelle qu'en soit la cause à la suite d'un événement de guerre entre Etats ou de guerre civile ou faits de même nature. Toutefois, si les circonstances le justifient, ce risque peut être couvert par une convention particulière dont les conditions sont admises par la FSMA.

Lorsque le décès de l'assuré survient durant un séjour à l'étranger il convient de distinguer 2 cas :

- 1) si le conflit éclate pendant le séjour, les couvertures décès sont acquises pour autant que l'assuré ne participe pas activement aux hostilités ;
- 2) si l'assuré se rend dans un pays où il y a conflit armé, la couverture décès peut être acquise pour autant que le preneur d'assurance en informe la compagnie au minimum 30 jours avant le départ de l'assuré, que l'assuré ne participe pas activement aux hostilités et que la compagnie ait marqué son accord pour la couverture. L'accord peut être subordonné au paiement d'une surprime et toutes les conditions de l'accord doivent être mentionnées dans un avenant au contrat.

En cas de décès de l'assuré suite à un risque non couvert, la compagnie paie l'épargne constituée et évaluée au plus tard sur la base de la valorisation du 3^e jour ouvrable qui suit la notification du décès. Lorsque le décès résulte du fait intentionnel d'un des bénéficiaires ou à son instigation, le paiement est effectué aux autres bénéficiaires.

Article 4 BASES ET PRISE D'EFFET DU CONTRAT FORTUNA DI GENERALI

Dès réception par la compagnie de la proposition d'assurance dûment complétée et signée et enregistrement du premier versement sur le compte bancaire de la compagnie, le contrat prend effet à la date indiquée aux conditions particulières.

La compagnie se réserve le droit d'acceptation du contrat.

Le contrat est régi par les dispositions légales et réglementaires belges relatives à l'assurance-vie, ainsi que par les conditions générales et particulières (et les annexes éventuelles) et les règlements de gestion des fonds.

Le contrat est établi de bonne foi sur base, d'une part, des dispositions légales et réglementaires belges applicables aux assurances sur la vie, et d'autre part, sur base des déclarations du preneur d'assurance et de celles de l'assuré.

Toute omission ou inexactitude de la part du preneur d'assurance ou de l'assuré dans le but d'induire la compagnie en erreur sur les éléments d'appréciation des engagements rend l'assurance nulle.

Si l'omission ou la fausse déclaration a été faite sans mauvaise foi, le contrat devient incontestable après un an d'existence.

Dans les trente jours qui suivent la prise d'effet du contrat, le preneur d'assurance a la possibilité de résilier son contrat.

La résiliation de la part du preneur d'assurance s'effectue par l'envoi d'un recommandé daté et signé avec effet immédiat au moment de la notification.

Dans ce cas, la compagnie rembourse au preneur d'assurance la valeur des unités attribuées au versement, sous déduction du coût de la garantie décès et majorée des frais d'entrée, et évaluée au plus tard sur la base de la valorisation du 3^e jour ouvrable qui suit le jour de réception de la demande de résiliation. La résiliation par la compagnie devient effective 8 jours après la notification faite par la compagnie.

Article 5 DISPONIBILITÉ DE L'ÉPARGNE CONSTITUÉE

5.1. Terme

En cas de vie de l'assuré au terme du contrat, l'épargne constituée est versée au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) et ne donne lieu à aucun prélèvement d'indemnité.

L'épargne constituée est évaluée au plus tard sur la base de la valorisation du 3^e jour ouvrable qui suit la date d'échéance. Le terme du contrat est mentionné dans les conditions particulières.

5.2. Transferts

5.2.1. Transferts entre fonds d'investissement de Fortuna

Si le preneur d'assurance le souhaite, il peut transférer à tout moment des unités (équivalent à minimum 250 EUR) d'un ou plusieurs fonds vers un ou plusieurs autres fonds autorisés par la compagnie en utilisant le bulletin de transfert fourni par l'intermédiaire d'assurance.

Le nombre d'unités, calculées au prix de sortie, détermine le montant transféré. Simultanément et pour le même montant, déduction faite des charges de transferts éventuelles, la compagnie attribue des nouvelles unités calculées également au prix de sortie. En cas de transfert partiel, la valeur de chaque fonds constituant le contrat ne peut devenir inférieure à 250 EUR.

Le transfert est effectué au plus tard sur la base de la valorisation du 3^e jour ouvrable qui suit le jour où la compagnie reçoit la demande du preneur d'assurance datée et signée.

5.2.2. Charges de transferts

Le preneur d'assurance peut effectuer un transfert gratuit par année calendrier.

Pour les transferts suivants, les charges de transfert sont fixées à 0,50 % de la valeur transférée, et limitée à un montant maximum de 100 EUR.

5.3. Retrait

Le preneur d'assurance peut à tout moment retirer tout ou partie (équivalent à minimum 250 EUR) de la valeur de son contrat, sauf dans le cas où une législation ou une réglementation applicable au contrat l'interdit. Le nombre de retrait sera limité à 1 retrait par mois avec un maximum de 4 retraits par an. Toutefois après retrait partiel, l'épargne constituée du contrat ne peut être inférieure à 1 250 EUR.

Un retrait s'exprime toujours en nombre d'unités. Ce retrait doit être demandé par le preneur d'assurance au moyen du bulletin de retrait fourni par l'intermédiaire d'assurance, dûment complété, daté et signé par lui, accompagné d'une copie recto-verso de sa carte d'identité ou d'une copie des statuts de la société.

Le retrait des unités s'effectue au plus tard sur la base de la valorisation du 3^e jour ouvrable qui suit le jour où la compagnie reçoit en retour la quittance de liquidation signée par le preneur d'assurance, à condition que le délai écoulé entre la date de la demande de retrait et la date de réception de la quittance signée n'excède pas 1 mois.

Passé ce délai, une nouvelle demande de retrait devra être effectuée.

En cas de contrat avec deux assurés, après le décès du premier assuré, le(s) preneur(s) d'assurance a (ont) la possibilité de retirer à tout moment tout ou partie de la valeur du contrat sans frais.

En cas de décès, la prestation décès est diminuée du montant retiré dans le mois.

Le retrait donne lieu au prélèvement d'une pénalité égale à :

- 3 % en cas de retrait la première année ;
- 2 % en cas de retrait la deuxième année ;
- 1 % en cas de retrait la troisième année ;
- 0 % à partir de la quatrième année.

En cas de retrait total, si un prélèvement est effectué, son montant sera dans tous les cas au moins égal à 75 EUR. Ce montant forfaitaire est indexé en fonction de l'indice santé des prix à la consommation (base 1988 = 100).

En cas de retrait trop important, la compagnie se réserve le droit de revoir la couverture décès choisie et de la limiter, le cas échéant, à 100 % de l'épargne constituée ou de demander des formalités médicales supplémentaires.

Le retrait total constitue un rachat et met fin au contrat. Pour obtenir le retrait total du contrat, le preneur d'assurance doit restituer la police et ses avenants et produire l'accord écrit des bénéficiaires acceptants éventuels.

5.4. Retraits planifiés

Conformément aux dispositions du paragraphe 5.3. et dans la mesure où celles qui suivent n'y dérogent pas, le preneur d'assurance a la possibilité de planifier des retraits dont les modalités sont fixées aux conditions particulières. Cette possibilité n'est offerte qu'aux contrats prévoyant une prestation décès en pourcentage de l'épargne constituée et si l'épargne constituée atteint un montant minimum de 12 500 EUR. La souscription des options financières est incompatible avec la souscription de retraits planifiés.

La fréquence de ces retraits planifiés doit être régulière et peut être annuelle, semestrielle, trimestrielle ou mensuelle.

Le paiement s'effectuera sur un compte bancaire belge auprès d'une banque établie en Belgique dont le preneur d'assurance aura communiqué le numéro sur la proposition d'assurance. Les paiements seront effectués tant que le preneur d'assurance n'aura pas notifié à la compagnie son désir de modifier les modalités de paiement ou de mettre fin à ceux-ci. Un préavis de 15 jours sera toutefois applicable.

Les retraits planifiés doivent s'élever à minimum 625 EUR sur base annuelle et ne peuvent en aucun cas dépasser 20 % du total des versements effectués sur base annuelle.

Le paiement des retraits est effectué par Generali Belgium le premier ou le quinzième jour ouvrable de chaque mois selon le choix du preneur d'assurance. Ils s'expriment en montant. Le montant de chaque retrait est converti en nombre d'unités au plus tard sur la base de la valorisation du 3^e jour ouvrable qui suit la date du paiement. Les retraits planifiés s'effectuent proportionnellement à l'épargne constituée de chaque fonds constituant le contrat.

Chaque retrait planifié donne lieu au prélèvement d'une indemnité forfaitaire égale à 2,5 EUR par retrait prélevée en nombre d'unités.

En cas de retrait partiel, la compagnie se réserve le droit d'adapter les retraits planifiés.

La procédure des retraits planifiés est suspendue dès que l'épargne constituée n'atteint plus 2,5 fois le montant du retrait. Dans ce cas, le preneur d'assurance est averti par simple lettre et peut choisir entre effectuer un versement supplémentaire ou procéder au rachat du contrat. A défaut de réaction, le contrat restera en vigueur mais la procédure des retraits planifiés sera annulée.

Le contrat prend fin lorsque le nombre d'unités devient nul.

5.5. Avance

Le contrat ne donne droit à aucune avance sur le paiement des prestations.

Article 6 DISPOSITIONS DIVERSES

6.1. Quels sont les droits des bénéficiaires ?

Le preneur d'assurance désigne les bénéficiaires de son contrat en cas de vie et en cas de décès et peut à tout moment modifier ce choix. Pour être opposable à la compagnie, cette modification doit lui être notifiée par un écrit daté et signé par le preneur d'assurance.

Le bénéficiaire en cas de vie est toujours le preneur d'assurance lui-même.

Dès que le(s) bénéficiaire(s) accepte(nt) le bénéfice du contrat, il(s) acquière(nt) un droit irrévocable aux prestations qu'il(s) est(sont) appelé(s) à recevoir.

Dès lors, sans son(leur) accord exprès, le preneur d'assurance ne peut plus obtenir de nouveaux retraits, modifier la prestation décès, modifier la clause bénéficiaire, céder les droits du contrat, effectuer un transfert entre fonds d'investissement de Fortuna ou effectuer un transfert vers Crescendo (Cambio) si le bénéficiaire acceptant est différent de celui du contrat Fortuna.

Tant que le preneur d'assurance est en vie, l'acceptation du bénéfice ne peut se faire que par un avenant au contrat signé par ce(s) bénéficiaire(s), la compagnie et le preneur d'assurance.

Après le décès du preneur d'assurance, la compagnie ne tient compte de l'acceptation du bénéfice que si elle est notifiée par écrit par le(s) bénéficiaire(s).

6.2. Cession de droits

6.2.1. Que se passe-t-il en cas de décès du preneur d'assurance s'il n'est pas l'assuré ?

Si le preneur d'assurance n'est pas l'assuré et qu'il décède avant l'assuré, les droits du contrat sont transférés de plein droit à l'assuré, sauf désignation expresse d'une autre personne dans les conditions particulières.

Lorsqu'il y a deux assurés, si le preneur d'assurance décède avant l'un des assurés, les droits du contrat sont transférés de plein droit aux assurés ou à l'assuré survivant, sauf désignation expresse d'une autre personne dans les conditions particulières.

6.2.2. Que se passe-t-il s'il y a deux preneurs d'assurance ?

En cas de prédécès d'un des deux preneurs d'assurance avant l'(les)assuré(s), les droits du contrat sont transférés de plein droit au preneur d'assurance survivant, sauf désignation expresse différente dans les conditions particulières.

Lorsqu'il y a deux preneurs d'assurance, si ceux-ci décèdent simultanément, les droits du contrat sont transférés de plein droit aux assurés ou à l'assuré survivant, sauf désignation expresse d'une autre personne dans les conditions particulières.

6.3. Quelles sont les formalités à respecter pour le versement des prestations ?

La compagnie verse les prestations assurées au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) aux conditions particulières dès réception des pièces justificatives reprises ci-après :

dans tous les cas :

- la police et ses avenants éventuels ;
- une copie recto-verso de la carte d'identité du(des) bénéficiaire(s) ou une copie des statuts de la société ;

en cas de vie de l'assuré au terme du contrat ou en cas de retrait total si le contrat est souscrit pour une durée indéterminée :

- un certificat de vie de l'assuré mentionnant sa date de naissance ;

en cas de décès de l'assuré :

- un extrait de l'acte de décès de l'assuré mentionnant sa date de naissance ;
- un certificat médical rédigé sur formulaire délivré par la compagnie et mentionnant la cause du décès.

Dans les cas où le(s) bénéficiaire(s) n'a(ont) pas été désigné(s) nominativement : un acte de notoriété établissant les droits du(des) bénéficiaire(s). Cet acte doit mentionner les noms, prénoms, dates de naissance et adresses des bénéficiaires.

Si le bénéficiaire est mineur et n'a plus ni père ni mère : un document attestant de l'autorisation du juge de paix. Ce document doit mentionner le nom du tuteur légal et le numéro du compte bancaire bloqué au nom du bénéficiaire mineur.

La compagnie peut en outre réclamer toute pièce complémentaire jugée nécessaire et procéder, à ses propres frais, à un examen post mortem.

Les prestations sont indivisibles en ce qui concerne la compagnie. Dès lors, en présence de plusieurs bénéficiaires, un mandat dûment signé devra être envoyé à la compagnie désignant le mandataire auquel celle-ci versera les prestations.

Le paiement est effectué contre quittance signée.

S'il est constaté que la date de naissance de l'assuré communiquée à la compagnie n'est pas exacte, les garanties seront recalculées en fonction de la date exacte.

6.4. Modification du contrat

La compagnie ne peut apporter unilatéralement aucune modification aux conditions générales ou particulières du contrat.

Le preneur d'assurance peut demander que la compagnie adapte les conditions particulières du contrat. Toute adaptation doit être notifiée par un écrit daté et signé du preneur d'assurance et est confirmée par un avenant ou un document actant la modification.

Toute demande d'ajout, de modification ou de suppression d'une ou plusieurs option(s) financière(s) ne peut être effectuée par le preneur d'assurance qu'auprès de son intermédiaire qui dispose des outils dédiés à cet effet.

Il fera compléter, dater et signer un formulaire par le preneur d'assurance et lui transmettra l'avenant actant la modification.

6.5. Information annuelle

Chaque année la compagnie envoie au preneur d'assurance une information détaillée quant à la situation du contrat. Cette information reprend entre autres le nombre d'unités acquises sur le contrat compte tenu des versements et des retraits effectués durant l'année écoulée.

6.6. Qu'en est-il des frais et impôts ?

La compagnie se réserve le droit de demander des frais ou indemnités pour des dépenses particulières occasionnées par le fait du preneur d'assurance, de l'assuré ou du bénéficiaire. Ces dépenses particulières sont notamment les dépenses occasionnées par les recherches d'adresses, les recherches de bénéficiaires, les envois recommandés, les demandes de justificatifs et duplicata de toute sorte, les demandes de relevés de paiements et les paiements provenant de l'étranger. Les éventuels droits de timbre et d'enregistrement, tous impôts et taxes éventuels, présents et futurs, applicables à toutes les sommes dues de part et d'autre en vertu du contrat, sont également à charge du preneur d'assurance ou des bénéficiaires.

L'ensemble des règles fiscales applicables au contrat, tant au niveau des primes versées qu'au niveau des prestations payées, sont décrites dans la brochure fiscale qui peut être obtenue sur simple demande du preneur d'assurance à la compagnie.

6.7. Modification des montants et frais forfaitaires et des bases techniques

Les montants et frais forfaitaires exprimés dans les présentes conditions générales et dans les conditions particulières sont ceux en vigueur au 1/1/2002. Ils sont susceptibles d'être adaptés par la compagnie.

Conformément à l'article 26 de l'Arrêté Royal Vie du 14 novembre 2003, les bases techniques sont susceptibles d'être modifiées pour le futur.

Toute modification des frais ou des bases techniques fera l'objet d'une communication au preneur d'assurance.

Cet article ne vise pas les 75 EUR mentionnés au point 5.3.

6.8. Comment adresser les instructions relatives au contrat ?

Toute instruction relative au contrat doit être adressée à la compagnie et notifiée par un écrit daté et signé.

Le preneur d'assurance doit informer la compagnie dans les meilleurs délais de tout changement quant à son adresse, ses coordonnées de contact (mandataire, représentant, ...), ou autres informations personnelles.

Tout changement d'adresse n'est opposable à la compagnie que si celle-ci en a été informée par lettre recommandée.

Sauf convention contraire, les instructions prendront cours au plus tard le jour de valorisation du 3^e jour ouvrable qui suit le jour où la compagnie reçoit la notification par écrit, pour autant qu'une procédure d'acceptation ne soit pas prévue.

6.9. Qu'en est-il de la correspondance ou d'éventuelles contestations ?

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

S'il y a deux preneurs d'assurance, l'assureur peut valablement envoyer tout avis au preneur d'assurance conjointement aux deux preneurs d'assurance et peut utiliser l'adresse du 'premier preneur d'assurance' figurant dans la proposition comme adresse de correspondance unique.

Les preneurs d'assurance ont toujours la possibilité de faire changer l'adresse de correspondance unique par un avis écrit à l'assureur, daté et signé par eux deux.

Toute notification d'une partie à l'autre est censée être faite à la date de son dépôt à la poste.

Toutes les contestations éventuelles sont de la compétence exclusive des tribunaux belges. La loi applicable au contrat est la loi belge.

L'émission des documents précontractuels et contractuels ainsi que toute communication relative au contrat peuvent se faire en néerlandais, à la demande du client.

6.10. Dispositions propres à FATCA ('Foreign Account Tax Compliance Act')

Le Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) et le Common Reporting Standards (CRS) sont deux législations dont l'objectif est de lutter contre l'évasion fiscale par le biais de la mise en place d'un échange automatique de données entre les administrations fiscales concernées. Ceci se traduit par une obligation de déclaration annuelle par les institutions financières aux SPF Finances qui échangera avec les administrations fiscales concernées des données portant sur les revenus de certains produits financiers détenus, en Belgique, par des contribuables non belges.

Le CRS concerne des personnes non-résidentes fiscales belges et le dispositif FATCA concerne les « US persons », à savoir toutes celles ayant de droit la nationalité américaine ou celles qui ont, d'une manière définie par FATCA, un lien avec les Etats-Unis.

Un tel lien (« indice US ») est considéré comme présent dans les cas suivants :

- l'assujettissement à la fiscalité américaine ;
- l'acquisition de la nationalité américaine ;
- l'acquisition d'une carte verte de résidence permanente aux États-Unis (Green Card) ;
- le fait de disposer d'un numéro de téléphone, d'une adresse postale ou d'un domicile aux États-Unis ;
- la représentation éventuelle par un mandataire ou autre représentant aux États-Unis.

Au cas où la présence d'un indice US mène à l'application des obligations de reporting prévues par la réglementation FATCA, Generali Belgium se réserve la faculté de mettre fin au présent contrat.

En ce cas, la valeur du contrat sera remboursée au preneur d'assurance, sous déduction des éventuelles retenues fiscales, par versement sur le compte en banque utilisé pour le paiement de la dernière prime ou tout autre compte que le preneur d'assurance renseignerait.

En tant qu'assureur, il est donc important que Generali Belgium soit mis au courant de l'existence de certains liens avec des pays souscrivant à l'échange automatique de données que ce soit maintenant ou dans le futur.

Pour toute modification de votre statut fiscal, nous vous ferons parvenir un questionnaire supplémentaire en vue de compléter l'enquête sur l'application de la réglementation FATCA ou CRS.

Vous êtes tenu d'informer Generali Belgium de tout changement concernant votre situation et vos données personnelles en accordant une attention toute particulière à la mise à jour de tout critère éventuel en lien avec les indices US ou un changement de résidence fiscale.

Toutes les conséquences financières résultant d'une omission de communication ou d'une communication tardive d'un changement par rapport aux indices US ou de la résidence fiscale de la part du preneur d'assurance, peuvent être récupérées par Generali Belgium auprès du preneur d'assurance.

Article 7 MIFID

7.1. Devoir d'analyse

En vue de comprendre les risques liés au produit, outre l'analyse des besoins, le contrat doit faire l'objet d'un test du caractère adéquat et/ou du caractère approprié du produit devant être réalisé par un intermédiaire d'assurances préalablement choisi par le preneur d'assurance.

Ces tests doivent prendre en compte la situation financière, les objectifs d'épargne et d'investissement et le niveau de connaissance et d'expérience en la matière du preneur d'assurance au moment de la souscription.

Toute modification substantielle ultérieure de ces conditions ou de ces informations doit être rapportée à la compagnie ou à l'intermédiaire d'assurances par le preneur d'assurance pour mise à jour de son dossier.

7.2. Conflits d'intérêt

Conformément à la législation MiFID, les résumés des politiques de rémunération et de gestion des conflits d'intérêts de Generali Belgium sont disponibles sur le site web de l'entreprise www.generali.be.

La version complète ainsi que toute information complémentaire sur ces politiques peuvent être obtenues à la demande par le client.

7.3. Sanctions internationales

La compagnie se réserve le droit de mettre fin de façon unilatérale au contrat et/ou de geler les avoirs et/ou de ne pas dédommager un sinistre si le preneur d'assurance, ou les personnes qui lui sont associées :

- ont été enregistrées sur les listes des sanctions internationales établies en vue de prévenir le phénomène de terrorisme ; ou
- font l'objet de mesures restrictives émises par un Etat ou une organisation internationale ; ou
- si le sinistre a lieu dans un pays soumis à des sanctions internationales.

7.4. Gestion de plaintes

En cas de plainte au sujet du présent document, le preneur d'assurance peut contacter la compagnie :

Par écrit à Generali Belgium - Service Gestion des Plaintes - Avenue Louise 149, 1050 Bruxelles

Par e-mail à l'adresse : gestion.plaintes@generali.be

Par téléphone au 02/403 81 56

Par fax au 02/403 86 53

L'information concernant la procédure de traitement des plaintes est disponible sur le site www.generali.be dans la rubrique Contact : 'Votre avis nous intéresse'.

Conformément à la réglementation en vigueur, la compagnie s'engage à recourir à une procédure de règlement extrajudiciaire des litiges de consommation. Celle-ci est entièrement gratuite pour le preneur d'assurance.

Par conséquent, si celui-ci estime ne pas avoir obtenu la solution adéquate, il peut s'adresser à l'Ombudsman des Assurances, entité qualifiée, sise à l'adresse actuelle Square de Meeûs 35 à 1000 Bruxelles (info@ombudsman.as, www.ombudsman.as), sans préjudice de la possibilité d'intenter une action en justice.



Avertissement

*Toute escroquerie ou tentative d'escroquerie envers l'entreprise d'assurances entraîne non seulement la résiliation du contrat d'assurance, mais fait également l'objet de poursuites pénales sur la base de l'article 496 du Code pénal. En outre, l'intéressé peut être repris dans le fichier du groupement d'intérêt économique **Datassur**. En vertu de la loi sur la protection de la vie privée, il en sera informé et aura, le cas échéant, la possibilité de faire rectifier les informations le concernant.*