

Les présentes conditions générales décrivent le fonctionnement et les possibilités offertes par votre contrat Profilife. 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 :

l'entreprise belge d'assurances Generali Belgium SA agréée sous le code n° 0145, auprès de laquelle le contrat est souscrit.

#### LE PRENEUR D'ASSURANCE :

la personne (physique ou morale) qui conclut le contrat Profilife auprès de la compagnie et qui effectue les versements.

#### L'ASSURE(E) :

la personne sur laquelle repose le risque de survenance de l'événement assuré.

#### LE(S) BENEFICIAIRE(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 et les frais. Elle ne comprend pas les primes d'assurances complémentaires éventuelles.

#### 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 bénéficiaire.

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 (fonds dont les valeurs représentatives font partie de l'actif de la compagnie) dans lesquels sont investis les versements nets.

#### L'UNITE :

la part d'un fonds attribuée au contrat.

#### **LE PRIX D'ENTREE :**

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, du taux d'intérêt technique éventuel, du chargement 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.

## **Article 2**

### **PROFILIFE, LE CONCEPT**

#### **2.1. Comment fonctionne le contrat Profilife ?**

PROFILIFE est un contrat d'assurance vie à versements planifiés lié à la performance d'un ou plusieurs fonds d'investissement souscrit entre le preneur d'assurance et la compagnie.

La stratégie de placement, les règles de gestion du fonds d'investissement ainsi que la détermination de la valeur de l'unité sont repris dans le(s) règlement(s) de gestion du(des) fonds lié(s) au contrat. Ce(s) règlement(s) peu(ven)t être obtenu(s) sur simple demande du preneur d'assurance à la compagnie.

Le risque financier du contrat est entièrement supporté par le preneur d'assurance.

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

#### **Les versements**

Le preneur d'assurance choisit librement le montant annuel qu'il souhaite verser à la compagnie ainsi que les modalités de paiement. Ce montant constitue son objectif annuel.

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

Un premier versement dont le montant est déterminé en fonction des garanties choisies est nécessaire pour ouvrir le contrat.

Le preneur d'assurance planifie les versements qu'il désire effectuer et un avis lui est alors envoyé aux dates prévues.

Deux options lui sont offertes :

#### **Option 1 : La planification régulière**

Les versements sont effectués à fréquence régulière. Elle peut être annuelle, semestrielle, trimestrielle ou mensuelle. Cependant, la mensualisation des versements n'est possible que pour autant qu'une domiciliation bancaire soit prévue.

#### **Option 2 : La planification personnalisée**

Les versements peuvent être "programmés" à cinq dates différentes sur l'année au choix du preneur d'assurance.

Une combinaison des 2 options est possible.

Il est également possible d'effectuer des versements supplémentaires supérieurs à l'objectif initialement prévu. Dans ce cas, le preneur d'assurance en avertit la compagnie qui lui fournira une référence de paiement. Toutefois, la compagnie se réserve le droit de fixer des limites, de refuser ou de rembourser des versements.

Dans tous les cas, chaque versement doit s'élever à minimum 25 EUR.

Lorsque la compagnie constate que la somme des versements effectués durant l'année est inférieure à l'objectif annuel initialement prévu, elle adresse au preneur d'assurance pour le 30 novembre de l'année en cours, une invitation à régulariser son épargne, à concurrence du solde nécessaire pour atteindre le montant annuel initialement fixé.

Le preneur d'assurance a la possibilité de prévoir l'indexation annuelle de ses versements, sur base d'un taux de 2,5 % ou 5 %. L'indexation est proposée au 1er janvier de chaque année.

## **2.2. Quels sont les frais appliqués ?**

Des frais sont prélevés sur les versements (chargements proportionnels). Ils s'élèvent à maximum 7 % des versements. Les versements bruts et nets sont mentionnés dans les conditions particulières du contrat.

En outre, une somme de 10 EUR est prélevée sur le premier versement à titre de frais d'ouverture du contrat. Ces frais d'ouverture ne sont pas prélevés en cas de souscription d'un contrat combiné Self Life et Profilife (Cameleon).

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.

Des frais forfaitaires d'encaissement sont prélevés sur chaque versement, ils s'élèvent à 1,24 EUR. Dans le cas où le versement est encaissé par domiciliation bancaire, ces frais sont réduits à zéro. Ces frais ne sont pas prélevés en cas de souscription d'un contrat combiné Self Life et Profilife (Cameleon).

## **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 le jour de valorisation qui suit celui où la compagnie est créditée effectivement du versement.

Ces valeurs peuvent à tout moment être obtenues à la compagnie et dans la presse spécialisée.

### **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. Le jour de valorisation qui suit le jour où le compte financier de la compagnie est crédité des versements, la compagnie convertit ce dernier en unités du ou des fonds choisis sur base du prix d'entrée des unités du ou des fonds et selon les règles définies par les présentes conditions, les conditions particulières et le(s) règlement(s) de gestion du(des) fonds.

## **Article 3**

### **PRESTATION EN CAS DE DECES**

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

En cas de décès de l'assuré, avant le terme du contrat si celui-ci est conclu pour une durée déterminée, la compagnie verse au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) la prestation décès mentionnée aux conditions particulières. Le montant de la prestation décès sera, dans tous les cas, toujours au moins égal à l'épargne constituée et évalué au jour de valorisation qui suit le jour où la compagnie a eu connaissance du décès.

Le paiement de la prestation décès met fin au contrat.

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

Dès réception par la compagnie de la proposition d'assurance dûment complétée et signée, enregis-

trement du premier versement sur le compte financier 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 financier 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 de 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 si les versements effectués dépassent largement l'objectif annuel initialement prévu. Dans ce cas, la compagnie peut 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 le chef 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 Commission Bancaire, Financière et des Assurances.

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 jour de valorisation 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

### GARANTIES COMPLEMENTAIRES

Conformément aux conditions générales des assurances complémentaires, le preneur d'assurance a la possibilité de souscrire les assurances complémentaires suivantes :

- capital accident ;
- exonération des primes en cas d'invalidité ;
- rente d'invalidité.

La souscription de ces garanties n'est possible qu'à condition que les versements planifiés soient réguliers et domiciliés.

Les garanties complémentaires cessent en cas de résiliation, de terme et de retrait total du contrat principal, en cas de décès de l'assuré, en cas de non-paiement des versements planifiés ou des primes des assurances complémentaires et en cas de non-fonctionnement ou de suppression de la domiciliation obligatoire des versements.

Le preneur d'assurance a le droit de mettre fin, à tout moment et indépendamment du sort réservé à l'assurance principale, au paiement des primes des assurances complémentaires.

Lorsque le contrat Profilife est combiné à un contrat Self Life (Cameleon), les garanties complémentaires sont affectées au contrat Self Life.

## Article 5

### BASES ET PRISE D'EFFET DU CONTRAT PROFILIFE

Dès réception par la compagnie de la proposition d'assurance dûment complétée et signée et enregistrement du premier versement sur le compte financier 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 ses conditions générales et particulières (et ses annexes éventuelles) et le règlement 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 prix d'entrée des unités au jour de valorisation qui suit la réception de la demande de résiliation. La résiliation par la compagnie devient effective 8 jours après la notification faite par la compagnie.

Le contrat est conclu pour une durée indéterminée, sauf dérogation prévue aux conditions particulières.

Lorsque le contrat Profilife est combiné à un contrat Self Life (Cameleon), celui-ci est nécessairement conclu pour une durée fixe.

## Article 6

### DISPONIBILITE DE L'EPARGNE CONSTITUEE

#### 6.1. Transferts

##### **6.1.1. Transferts entre fonds d'investissement de Profilife**

Le preneur d'assurance peut transférer à tout moment tout ou partie des unités d'un ou plusieurs fonds vers un ou plusieurs autres fonds autorisés par la compagnie en utilisant le bulletin de transfert, prévu à cet effet, daté et signé. Le montant transféré des fonds d'investissement est déterminé par le nombre d'unités, évaluées aux prix de sortie du jour de valorisation qui suit la date de réception de la demande. Le montant total transféré ne peut être inférieur à 250 EUR. Ce montant, déduction faite des charges de transferts et impôts éventuels, est réparti en pourcentage entre les fonds d'investissement selon le choix du preneur d'assurance. Le transfert s'effectue par attribution de nouvelles unités évaluées au prix de sortie du jour de valorisation qui suit la date de réception de la demande. En cas de transfert partiel, la valeur de chaque fonds constituant le contrat ne peut devenir inférieure à 250 EUR.

##### **6.1.2. Transferts entre Self Life et Profilife (contrat Cameleon)**

Le preneur d'assurance peut transférer à tout moment, tout ou partie de l'épargne constituée (en EUR) du contrat Self Life et/ou tout ou partie des unités des fonds du contrat Profilife vers le contrat Self Life et/ou un ou plusieurs autres fonds d'investissement autorisés par la compagnie, en utilisant le bulletin de transfert, prévu à cet effet, daté et signé. Le montant transféré sortant des fonds d'investissement est déterminé par le nombre d'unités, évaluées aux prix de sortie du jour de valorisation qui suit la date de réception de la demande. Le montant transféré total ne peut être inférieur à 250 EUR. Ce montant, déduction faite des charges de transferts et impôts éventuels, est réparti en pourcentage entre le contrat Self Life et/ou les fonds d'investissement selon le choix du preneur d'assurance. Le transfert vers les fonds d'investissement s'effectue par attribution de nouvelles unités évaluées au prix de sortie du jour de valorisation qui suit la date de réception de la demande. En cas de transfert partiel, l'épargne restante sur le contrat Self Life, de même que la valeur de chaque fonds d'investissement en Profilife, ne peut être inférieure à 250 EUR. En cas de transfert total vers le contrat Profilife, le contrat Self Life est considéré comme annulé et vice-versa.

##### **6.1.3. Charges de transferts**

Le preneur d'assurance bénéficie d'une opération de transfert gratuite par année civile. Les charges des transferts suivants sont fixées à 1 % de la valeur transférée. Ces charges ne peuvent être inférieures à 12,50 EUR, ni supérieures à 37,50 EUR, par entité créditée (contrat Self Life ou fonds d'investissement).

#### 6.2. 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 dûment complété, daté et signé par lui, accompagné d'une copie recto-verso de sa carte d'identité.

Le retrait des unités s'effectue au prix de sortie du jour de valorisation 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 décès, la prestation décès est diminuée du montant retiré dans le mois.

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

- 5 % en cas de retrait la première année ;
- 4 % en cas de retrait la deuxième année ;
- 3 % en cas de retrait la troisième année ;
- 2 % en cas de retrait la quatrième année ;
- 1 % en cas de retrait la cinquième année ;
- 0 % à partir de la sixième 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.

Si des circonstances exceptionnelles l'exigent et pour sauvegarder les intérêts du preneur d'assurance, la compagnie pourrait suspendre temporairement tout ou partie des opérations de retrait et prendre toute mesure nécessaire. Dans ces circonstances, l'application de ces mesures exceptionnelles seraient immédiatement portée à la connaissance du preneur d'assurance.

### 6.3. Terme

Dans le cas où le contrat est conclu pour une durée déterminée, l'épargne constituée est versée, en cas de vie de l'assuré au terme, au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) et ne donne lieu à aucun prélèvement d'indemnité. L'épargne constituée est évaluée au prix de sortie du jour de valorisation qui suit la date d'échéance.

Dans le cas contraire, les dispositions prévues au paragraphe 6.2. sont d'application.

Le paiement de la totalité de l'épargne constituée met fin au contrat.

### 6.4. Avance

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

## Article 7

### DISPOSITIONS DIVERSES

#### 7.1. 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.

Dans le cas où le contrat est souscrit pour une durée indéterminée, le bénéficiaire en cas de vie est toujours le preneur d'assurance lui-même. Sauf convention contraire, si le preneur d'assurance et l'assuré sont deux personnes distinctes, en cas de décès du preneur d'assurance, la propriété du contrat est transférée de plein droit à l'assuré.

Toutefois, dès que le(s) bénéficiaire(s) accepte(nt) le bénéfice du contrat, il(s) acquièr(en)t 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 Profilife ou effectuer un transfert vers Self Life (Cameleon) si le bénéficiaire acceptant est différent de celui du contrat Profilife.



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).

## **7.2. 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) ;

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 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.

## **7.3. 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.

Les adaptations qui entraînent une augmentation de l'effort annuel d'épargne ou du capital décès sont soumises aux conditions en vigueur au moment de l'adaptation.

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.

## **7.4. 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.



### 7.5. 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 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.

### 7.6. 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 6.2.

### 7.7. 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.

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 le jour de valorisation qui suit le jour où la compagnie reçoit la notification par écrit, pour autant qu'une procédure d'acceptation ne soit pas prévue.

La compagnie se réserve cependant le droit de ne pas y donner suite si elle a le sentiment que l'exécution de celle-ci impliquerait une contravention à une disposition légale ou réglementaire ou à une disposition du présent contrat. Dans cette hypothèse, la compagnie informe immédiatement le preneur d'assurance de sa décision.

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

Les notifications à faire au preneur d'assurance sont valablement faites à sa dernière adresse signalée.

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.

Tout problème relatif à un contrat peut être soumis par le preneur d'assurance à la compagnie.

Si le preneur d'assurance estime ne pas avoir obtenu la solution adéquate, il peut s'adresser à l'Ombudsman des Assurances, à l'adresse actuelle Square de Meeûs 35 à 1000 Bruxelles, 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.*