

CONDITIONS GENERALES

ERGO Life Assurance-placement

1. Sommaire

1. DEFINITIONS.....	3
2. FONCTIONNEMENT GENERAL DU CONTRAT.....	3
2.1. Entrée en vigueur et paiement des primes	3
2.2. Constitution des avoirs sur compte	3
2.3. Valeur des avoirs sur compte / modes de placement	4
3. COUVERTURES	4
3.1. Versement au terme du contrat.....	4
3.2. Versement en cas de décès	4
3.3. Versement en cas de décès successif (dans les 12 mois).....	10
3.4. Versement en cas de décès par accident (ou affection soudaine)	11
4. DROITS DU PRENEUR D'ASSURANCE.....	15
4.1. Dispositions générales	15
4.2. Résiliation.....	15
4.3. Changement de règles de placement et de mode de placement	16
4.4. Désignation et changement de bénéficiaires.....	16
4.5. Rachat.....	16
4.6. Avance et mise en gage	17
4.7. Cession des droits	17
5. DROITS DU (DES) BENEFICIAIRE(S).....	18
6. DISPOSITIONS DIVERSES.....	18
6.1. Conversion de montants monétaires en unités et inversement.....	18
6.2. Frais et impôts.....	20
6.3. Certificat personnel et extrait de compte annuel	20
6.4. Remise en vigueur	21
6.5. Versements	21
6.6. Correspondance et preuve	21
6.7. Modification des Conditions générales	22
6.8. Cadre légal	22
6.9. Protection de la vie privée	22
6.10. Plaintes et litiges.....	23

1. DEFINITIONS

assureur	ERGO Insurance s.a., ayant son siège social à 1000 Bruxelles, boulevard Bischoffsheim 1-8
contrat	l'assurance-placement ou le bon d'assurance, comprenant les présentes Conditions générales, le(s) Règlement(s) de Gestion, le Certificat personnel et d'éventuels autres documents, qui doivent être lus conjointement et forment un ensemble
preneur d'assurance	la personne qui conclut le contrat avec l'assureur; s'il y a deux preneurs d'assurance, le terme 'preneur d'assurance' se rapporte, selon le contexte, conjointement aux deux preneurs d'assurance ou séparément à chaque preneur d'assurance
assuré(s)	la (les) personne(s) physique(s) sur la tête de laquelle (desquelles) la (les) couverture(s) est (sont) conclue(s)
bénéficiaire(s)	la (les) personne(s) à qui revien(nen)t le(s) versement(s) prévus dans le contrat
avoirs sur compte ou réserve	la valeur du contrat à un moment déterminé

2. FONCTIONNEMENT GENERAL DU CONTRAT

2.1. Entrée en vigueur et paiement des primes

Le contrat entre en vigueur à la date indiquée dans le Certificat personnel. La date de paiement d'une prime est la date valeur de cette prime sur le compte bancaire de l'assureur. Le paiement de prime se fait directement sur le compte bancaire indiqué par l'assureur avec mention des références communiquées ou par domiciliation, selon ce qui a été convenu. Le paiement de prime n'est pas obligatoire, sauf si le preneur d'assurance s'y est obligé par un autre engagement que le contrat (comme un emprunt ou un crédit). Si le Certificat personnel l'autorise de manière explicite, des primes complémentaires peuvent être versées sur le compte bancaire indiqué par l'assureur en sus de la (des) prime(s) convenue(s) et ce, selon les modalités convenues.

2.2. Constitution des avoirs sur compte

En vue du financement des prestations d'assurance prévues dans le Certificat personnel, des avoirs sur compte sont constitués auprès de l'assureur. Ces avoirs sur compte sont alimentés dans un premier temps par la (les) prime(s) nette(s) (la prime nette est la prime sous déduction d'éventuels frais d'entrée et impôts). Les avoirs sur compte sont investis dans un ou plusieurs modes de placement (voir 2.3). Le rendement de chaque mode de placement et l'éventuelle participation bénéficiaire bonifient les avoirs sur compte. Les avoirs sur compte peuvent diminuer par l'imputation de certains frais ou impôts. Si une couverture 'versement supplémentaire en cas de décès' et/ou 'versement en cas de décès successif' a été souscrite, une prime de risque mensuelle est soustraite des avoirs sur compte (voir 3.2.2 et 3.3.2). Le versement au terme du contrat et le versement en cas de décès à raison des avoirs sur compte (voir 3.1 et 3.2) sont aussi soustraits des avoirs sur compte.

2.3. Valeur des avoirs sur compte / modes de placement

Les modes de placement des avoirs sur compte peuvent accorder un intérêt et/ou être liés à un fonds d'investissement et font ainsi partie de la branche dite 21 et/ou 23. Les modes de placement appliqués sont mentionnés dans le Certificat personnel. Les Règlements de gestion décrivent les caractéristiques de chaque mode de placement.

- La valeur (de la quotité) des avoirs sur compte investis (investie) dans un mode de placement de la branche 23 est exprimée en unités. L'évolution de la valeur d'une unité est liée à l'évolution de la valeur d'un fonds d'investissement. Les fluctuations de la valeur d'unité entraînent ainsi une augmentation ou une diminution des avoirs sur compte. La valeur (de cette quotité) des avoirs sur compte s'obtient en multipliant le nombre d'unités par leur valeur respective.
- La quotité des avoirs sur compte investie dans un mode de placement de la branche 21 est, pour des raisons de gestion technique, également gérée en unités par l'assureur. L'octroi des intérêts aux avoirs sur compte s'opère en majorant quotidiennement la valeur des unités concernées à raison du taux d'intérêt. Le Règlement de gestion indique si l'assureur accorde une éventuelle participation bénéficiaire en sus du taux d'intérêt convenu. L'éventuelle participation bénéficiaire nette est également affectée à la constitution des avoirs sur compte. Les Règlements de gestion des modes de placement concernés donnent d'autres précisions sur la participation bénéficiaire.

La valeur des avoirs sur compte est communiquée au moins une fois par an au preneur d'assurance par le biais d'un extrait de compte. Il y est également donné un aperçu de l'évolution des avoirs sur compte depuis l'extrait de compte précédent.

3. COUVERTURES

3.1. Versement au terme du contrat

Lorsque le contrat a un terme et que 'l'événement assuré' dans le cadre de la couverture 'versement en cas de décès' (voir 3.2.1.1) ne s'est pas produit avant le terme, les avoirs sur compte constitués au terme sont versés au(x) bénéficiaire(s) 'au terme' et le contrat prend fin.

3.2. Versement en cas de décès

3.2.1. Description de la couverture

3.2.1.1. **Evénement assuré**

Si l'assuré décède pendant la période de couverture (voir 3.2.3.1), l'assureur verse le capital convenu au(x) bénéficiaire(s) 'en cas de décès' ('capital-décès') et le contrat prend fin.

S'il y a deux assurés, 'le décès de l'assuré' doit s'entendre comme, selon ce qui a été convenu, le décès soit d'un des deux assurés ('premier décès de deux'), soit des deux assurés ('dernier décès de deux').

- Si l'événement assuré implique le décès d'un des deux assurés ('premier décès de deux'), la couverture ne vaut que si au moins un des deux assurés décède pendant la période de couverture et la date de survenance de l'événement assuré est la date du (premier) décès.
- Si l'événement assuré implique le décès des deux assurés ('dernier décès de deux'), la couverture ne vaut que si les deux assurés décèdent pendant la période de couverture et la date de survenance de l'événement assuré est la date du décès du dernier assuré survivant.

En cas de décès (simultané ou non) des deux assurés, il n'y a pas de 'double versement'.

3.2.1.2. Montant

Pour le calcul du capital-décès à verser, le montant assuré (et le montant sous-jacent des avoirs sur compte sur la base du nombre d'unités et des valeurs d'unité) à la date de survenance de l'événement assuré (voir 3.2.1.1) est pris en considération (voir cependant le point 3.2.4 en cas de déclaration tardive du décès). Il n'y a pas de participation bénéficiaire en cas de décès.

L'éventuelle différence entre le montant du capital-décès et le montant des avoirs sur compte du contrat est appelée 'versement supplémentaire en cas de décès'. En vue du financement de cette couverture, l'assureur soustrait périodiquement une prime de risque des avoirs sur compte (voir 3.2.2).

Sauf demande contraire du preneur d'assurance avec l'accord écrit de l'assureur, le montant assuré du capital décès est, en cas de rachat partiel (voir 4.5), automatiquement diminué du montant du rachat partiel.

3.2.2. Primes de risque pour la couverture 'versement supplémentaire en cas de décès'

3.2.2.1. Généralités

En vue du calcul des primes de risque pour l'éventuelle couverture 'versement supplémentaire en cas de décès' (voir 3.2.1.2), le montant à assurer du 'versement supplémentaire en cas de décès' est calculé au début de chaque mois sur la base du montant le plus récent connu des avoirs sur compte. Les primes de risque sont les primes requises pour assurer la couverture 'versement supplémentaire en cas de décès' pour une période de chaque fois un mois. Elles sont en principe soustraites des avoirs sur compte au début de chaque mois.

Si les avoirs sur compte sont liés à plusieurs modes de placement, les primes de risque sont en principe imputées sur les quotités d'avoirs sur compte liées aux différents modes de placement et ce, proportionnellement à leur dernier montant respectif connu à la date d'effet de chaque soustraction (voir 6.1.3).

Si, quelle qu'en soit la raison, l'assureur constate que les avoirs sur compte sont devenus insuffisants pour continuer de soustraire les primes

de risque nécessaires ou que la soustraction affecterait les réserves bloquées (voir 4.6), il peut mettre fin prématurément à la couverture 'versement supplémentaire en cas de décès'. Cette cessation anticipée intervient cependant au plus tôt 30 jours après que l'assureur en a informé le preneur d'assurance par lettre recommandée.

3.2.2.2. Tarifification des primes de risque

Sans préjudice de l'éventuelle application de surprimes pour des risques aggravés (voir 3.2.5.2), les tarifs utilisés pour le calcul des primes de risque sont ceux que l'assureur a déposés auprès de la Financial Services and Markets Authority (FSMA). Outre les majorations de primes individuelles dans le cadre d'une aggravation du degré de risque (voir 3.2.5.3), l'assureur peut cependant, dans le respect des éventuelles restrictions impératives en la matière, pour des raisons justifiées et de manière raisonnable et proportionnée, relever les tarifs pour le calcul des primes de risque à tout moment en cours de contrat dans le cadre d'une révision générale pour la catégorie d'assurances dont relève le contrat, ainsi entre autres:

- si l'assureur y est obligé en vertu de dispositions légales ou réglementaires;
- si une quelconque modification de la législation, une quelconque intervention des autorités de contrôle, une quelconque jurisprudence, etc. étendait la portée de la couverture ou les obligations de l'assureur;

- si l'assureur estime que l'équilibre de son portefeuille d'assurances est mis en péril par une quelconque modification de la législation, par une quelconque intervention des autorités de contrôle, par une quelconque jurisprudence, etc., ou encore, par un accroissement du degré de risque de mortalité au sein de la population, de la population du marché de l'assurance belge ou de son propre portefeuille (ou un segment de celui-ci);
- si une quelconque modification de la législation, une quelconque intervention des autorités de contrôle, une quelconque jurisprudence, etc. interdisait certains critères de segmentation;
- en présence de circonstances qui, selon les dispositions légales ou réglementaires, autorisent l'assureur de procéder à une adaptation tarifaire.

L'assureur peut aussi modifier les chargements intégrés dans le tarif s'il peut démontrer que le coût de gestion des contrats a augmenté depuis la conclusion du contrat.

3.2.3. Etendue de la couverture

3.2.3.1. Période de couverture

La période de couverture commence et expire au plus tard aux dates respectives indiquées dans le Certificat personnel. Sauf indication contraire dans le Certificat personnel, la période de couverture commence au plus tôt à la date de paiement de la première prime ou de la prime unique, celle-ci étant la date valeur de cette prime sur le compte bancaire de l'assureur. Si le contrat a un terme, la période de couverture expire toujours au plus tard au terme. Si le contrat n'a pas de terme, la période de couverture expire au plus tard lors de la survenance de 'l'événement assuré' (voir 3.2.1.1).

3.2.3.2. Etendue géographique

La couverture en cas de décès est valable dans le monde entier.

3.2.3.3. Risques exclus

L'assureur n'accorde pas de couverture dans le cadre du 'versement supplémentaire en cas de décès' (voir 3.2.1.2) et limite donc le versement en cas de décès aux avoirs sur compte constitués sur la base du nombre d'unités et des valeurs d'unité à la date de survenance de 'l'événement assuré' (voir 3.2.1.1; voir cependant aussi le point 3.2.4 en cas de déclaration tardive du décès) si le décès la conséquence directe ou indirecte des risques exclus suivants:

- Le suicide de l'assuré n'est pas couvert s'il survient moins d'un an après l'entrée en vigueur ou la remise en vigueur du contrat ou de l'avenant d'augmentation des prestations assurées. Dans ce dernier cas, seule l'augmentation n'est pas couverte.
- Le décès de l'assuré des suites d'un accident d'un appareil de navigation aérienne sur lequel il s'est embarqué comme passager, est couvert. Moyennant mention expresse dans le Certificat personnel et conformément aux conditions d'acceptation en vigueur à ce moment-là, l'assurance couvre également le décès de l'assuré des suites d'un accident d'un appareil de navigation aérienne sur lequel il s'est embarqué comme membre du personnel navigant ou comme pilote militaire. N'est jamais assuré le décès de l'assuré des suites d'un accident d'un appareil de navigation aérienne:
- non autorisé au transport de personnes ou de choses;
- militaire; toutefois, le décès est couvert s'il s'agit d'un appareil affecté au moment de l'accident au transport de personnes;
- transportant des produits à caractère stratégique dans des régions en état d'hostilités ou

- d'insurrection;
- se préparant ou participant à une épreuve sportive;
- effectuant des vols d'essai;
- du type 'ultra léger motorisé'.
- N'est pas couvert le décès survenu à la suite d'émeutes, de troubles civils, de tout acte de violence collectif, d'inspiration politique, idéologique ou sociale, accompagnés ou non de rébellion contre les autorités ou tout pouvoir institué, si l'assuré y a pris part activement et volontairement.
- N'est pas couvert le décès survenant par événement de guerre, c'est-à-dire résultant directement ou indirectement d'une action offensive ou défensive d'une puissance belligérante ou de tout autre événement à caractère militaire, y compris la guerre civile. Toutefois, si les circonstances le justifient, et moyennant l'accord de la Financial Services and Markets Authority (FSMA), ce risque peut être couvert par une convention particulière.
Lorsque l'assuré décède à la suite d'une guerre qui a éclaté pendant son séjour à l'étranger, les prestations assurées sont liquidées si le décès survient dans les 30 jours suivant le début des hostilités. La couverture est également accordée après le délai de 30 jours à condition que le bénéficiaire prouve qu'il était impossible à l'assuré de quitter plus tôt ce pays. Le décès n'est jamais assuré, quelle qu'en soit la cause, lorsque l'assuré a pris part activement aux hostilités. Le bénéficiaire doit apporter la preuve que l'assuré n'a pas pris part activement à ces hostilités.
- Le décès de l'assuré, causé directement par une faute intentionnelle d'une gravité exceptionnelle, par laquelle celui qui l'a commise s'expose sans raison valable à un danger dont il aurait dû être conscient, n'est pas couvert.
- Le terrorisme au sens de la Loi du 1er avril 2007 relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme (cette exclusion n'est toutefois valable que si le décès survenu dans ce cadre a été causé par des armes ou des instruments destinés à exploser en raison de la modification de structure du noyau nucléaire).

Si 'l'événement assuré' implique le décès de deux assurés ('dernier décès de deux' - voir 3.2.1.1), l'assureur n'effectue aucun versement dans le cadre de la couverture 'versement supplémentaire en cas de décès' lorsqu'au moins un des deux assurés décède suite à un des risques exclus précités.

3.2.4. Déclaration de sinistre

Le décès de tout assuré doit être déclaré à l'assureur au plus tard dans les 30 jours après le décès par le biais du formulaire destiné à cet effet. En cas de déclaration tardive, l'assureur peut réduire son intervention du montant du préjudice qu'il a subi, sauf s'il est dûment démontré que la déclaration de sinistre a été remise aussi rapidement qu'il était raisonnablement possible de le faire. Cependant, quelle que soit la raison de la déclaration tardive, l'assureur est toujours en droit de réduire son intervention dans le cadre de la couverture du capital-décès du préjudice qu'il subit en conséquence d'une éventuelle évolution négative des valeurs d'unité de réserves liées à un mode de placement de la branche 23 (voir les Règlements de gestion) depuis la date de survenance de 'l'événement assuré' (voir 3.2.1.1).

La déclaration doit mentionner le lieu, la date et l'heure du décès ainsi que les circonstances dans

lesquelles il est survenu. Il faut également toujours joindre une attestation médicale - selon le modèle dûment complété de l'assureur - qui indique la cause du décès. L'assureur peut exiger toutes pièces complémentaires. Tous les intéressés à l'intervention de l'assureur sont tenus de demander à tous les médecins qui ont administré des soins au défunt de leur communiquer tous les renseignements que l'assureur sollicite et sont tenus de remettre sans délai les renseignements ainsi obtenus au médecin-conseil de l'assureur. Si une de ces obligations n'est pas remplie, l'assureur peut refuser totalement ou partiellement son intervention.

Si de faux certificats sont produits, de fausses déclarations sont effectuées ou si certains faits ou certaines circonstances ayant manifestement de l'importance pour l'appréciation des obligations de l'assureur sont intentionnellement omis ou non signalés, l'assureur peut refuser son intervention et réclamer le remboursement de toutes sommes indûment versées, majorées des intérêts légaux.

3.2.5. Dispositions diverses

3.2.5.1. Communication de renseignements corrects

Lors de la conclusion, l'augmentation ou la remise en vigueur de la couverture en cas de décès, le preneur d'assurance et l'assuré (les assurés) doivent communiquer à l'assureur, en toute sincérité et sans omission, tous les éléments dont ils ont connaissance et qu'ils doivent raisonnablement considérer comme des éléments d'appréciation du risque par l'assureur. Il s'agit entre autres de l'activité professionnelle, de sports et autres activités pratiqués, ainsi que des maladies et affections déjà diagnostiquées ou dont au moins les symptômes se sont déjà manifestés.

En cas de communication inexacte de la date de naissance de l'assuré (d'un assuré), l'assureur peut adapter les primes de risque et/ou les prestations d'assurance (le cas échéant, rétroactivement) sur la base des éléments tarifaires en fonction de la date de naissance exacte. En cas d'omissions involontaires ou de déclarations inexactes involontaires autres que celle portant sur la date de naissance, les dispositions légales y relatives s'y appliquent durant la première année après, respectivement, la conclusion, l'entrée en vigueur d'une augmentation non prévue initialement (en ce qui concerne cette augmentation) ou la remise en vigueur de la couverture.

Toute fraude, omission volontaire ou déclaration volontairement inexacte entraîne la nullité de la couverture. Les primes de risque soustraites sont acquises à l'assureur. L'attention est attirée sur le fait que la loi prévoit aussi des sanctions en cas d'omissions involontaires ou de déclarations inexactes involontaires qui, selon les cas, peuvent mener jusqu'au refus de l'assureur d'accorder son intervention. Conditions générales Assurance-placement (08-02-2010) 5

3.2.5.2. Acceptation de la couverture 'versement supplémentaire en cas de décès' par l'assureur et maladies et affections préexistantes

La couverture 'versement supplémentaire en cas de décès' (voir 3.2.1.2) et toute augmentation de son montant nominal sont soumises aux critères d'acceptation généraux qu'applique l'assureur. La couverture n'est assurée que si elle figure sur le Certificat personnel ou dans une autre confirmation écrite émanant de l'assureur.

Si des déclarations du (des) preneur(s) d'assurance ou de l'assuré (des assurés), des formalités médicales et/ou des examens médicaux à l'occasion de la conclusion, l'augmentation ou la remise en vigueur de la couverture 'versement supplémentaire en cas de décès' mentionnent, révèlent ou rendent sur la base de symptômes probable une maladie ou affection existante, celle-ci est couverte, sauf contre-avis écrit de l'assureur avec mention de la maladie ou affection pour laquelle (l'augmentation de) la couverture n'est pas accordée.

Si l'assureur impute une surprime pour la couverture 'versement supplémentaire en cas de décès' et/

ou refuse totalement ou partiellement (par exemple pour une maladie ou affectation déterminée) la couverture, cette surprime et/ou ce refus s'applique(nt) également à toute augmentation ultérieure de la couverture, sauf s'il en est convenu autrement.

3.2.5.3. Aggravation du risque

Si un document quelconque laisse apparaître que, lors de l'acceptation de la couverture 'versement supplémentaire en cas de décès' par l'assureur ou pour le calcul du tarif de cette couverture, il a été tenu compte de caractéristiques particulières de l'assuré (tabagisme, activité professionnelle, statut social, sports pratiqués, domicile, etc.), toute modification de ces éléments qui entraîne une aggravation du risque pour l'assureur doit lui être signalée spontanément par écrit dans les 30 jours. L'assureur est aussi habilité à interroger le preneur d'assurance et/ou l'assuré sur les éventuelles modifications intervenues dans les caractéristiques particulières susvisées de l'assuré, auquel cas le preneur d'assurance et/ou l'assuré est/sont tenu(s) d'y répondre dans les délais impartis.

Si l'aggravation du risque était de telle nature que l'assureur aurait accordé cette couverture sous d'autres conditions, il propose, dans le mois à compter de l'avis précité, d'adapter les conditions de la couverture avec effet à la date de l'aggravation du risque.

Si la proposition de l'assureur est refusée ou n'est pas acceptée dans un délai d'un mois à compter de la réception de cette proposition, l'assureur peut résilier la couverture par lettre recommandée dans les 15 jours. Si, cependant, l'assureur peut fournir la preuve qu'il n'aurait pas accordé la couverture dans les circonstances modifiées, il peut résilier la couverture par lettre recommandée dans un délai d'un mois à compter de la date à laquelle il a eu connaissance de l'aggravation du risque.

Si un sinistre survient avant que l'aggravation du risque n'ait été communiquée à l'assureur, le versement, si le fait de ne pas avoir spontanément communiqué l'aggravation du risque peut être reproché ou si elle n'a pas été communiquée à l'assureur en réponse à une interrogation en ce sens par ce dernier, est réglé sur la base des prestations qui auraient été assurées avec la prime réellement payée, en tenant compte des caractéristiques modifiées du risque. Si, cependant, l'assureur peut fournir la preuve qu'il n'aurait pas accordé la couverture dans les circonstances modifiées, il peut limiter la prestation au remboursement de toutes les primes payées pour la couverture. Si le fait de ne pas avoir communiqué spontanément l'aggravation du risque ou de ne pas l'avoir communiquée en réponse à une interrogation en ce sens par l'assureur, relève d'une intention frauduleuse, l'assureur peut refuser toute prestation et toutes les primes échues au moment où il prend connaissance de l'omission frauduleuse lui reviennent à titre de dédommagement.

Les dispositions du présent point ne s'appliquent pas à la dégradation de l'état de santé de l'assuré.

3.2.5.4. Secret médical

L'assuré (les assurés) et les tiers intéressés libèrent tous médecins du secret médical vis-à-vis du médecin-conseil de l'assureur afin de remplir toutes les obligations prévues par les Conditions générales, aussi après un décès. L'assuré (les assurés) donne(nt) expressément autorisation à tous médecins de transmettre au médecin-conseil de l'assureur une déclaration dûment complétée - selon le modèle établi par l'assureur - relative à la cause du décès.

3.3. Versement en cas de décès successif (dans les 12 mois)

3.3.1. Description de la couverture

3.3.1.1. Événement assuré

Si les assurés viennent tous deux à décéder soit simultanément, soit successivement dans une période de 12 mois, l'assureur verse le capital convenu au(x) bénéficiaire(s) de cette couverture ('capital en cas de décès successif'). Il y a couverture si le premier décès survient pendant la période de couverture (voir 3.3.3.1) et si le second décès survient au plus tard 12 mois après le premier.

3.3.1.2. Montant

Le 'capital en cas de décès successif' à verser est son montant assuré à la date du premier décès. Il n'y a pas de participation bénéficiaire en cas de décès.

3.3.2. Primes de risque

Les dispositions du point 3.2.2 s'appliquent conformément, si ce n'est que pour la couverture 'capital en cas de décès successif', les primes de risque sont calculées sur la base de la totalité du montant assuré.

3.3.3. Etendue de la couverture

3.3.3.1. Période de couverture

Les dispositions du point 3.2.3.1 s'appliquent conformément. La période de couverture du 'versement en cas de décès successif' expire au plus tard lors de la survenance de 'l'événement assuré' dans le cadre de la couverture 'versement en cas de décès' (voir 3.2.1.1).

3.3.3.2. Etendue géographique

La couverture en cas de décès est valable dans le monde entier.

3.3.3.3. Risques exclus

L'assureur n'accorde pas de couverture dans le cadre du 'versement en cas de décès successif' et n'effectue donc aucun versement dans le cadre de cette couverture si le décès la conséquence directe ou indirecte d'un risque exclu. La liste des risques exclus pour cette couverture est la même que celle qui figure au point 3.2.3.3. Il est question d'un risque exclu si au moins un des deux assurés décède suite à un des risques exclus précités.

3.3.4. Déclaration de sinistre

Les dispositions du point 3.2.4 s'appliquent conformément, si ce n'est que la dernière phrase du premier alinéa du point 3.2.4 est sans objet dans le cadre de la couverture 'versement en cas de décès successif'.

3.3.5. Dispositions diverses

Les dispositions du point 3.2.5 s'appliquent conformément.

3.4. Versement en cas de décès par accident (ou affection soudaine)

3.4.1. Description de la couverture

3.4.1.1. **Événement assuré dans le cadre de la couverture de base ('versement en cas de décès par accident')**

Si l'assuré décède dans le délai de 180 jours après un accident et par suite directe de cet accident et si tant l'accident que le décès surviennent pendant la période de couverture (voir 3.4.3.1), l'assureur verse le capital convenu à u(x) bénéficiaire(s) de cette couverture ('capital-décès par accident'). S'il y a deux assurés, 'le décès de l'assuré' doit s'entendre comme le décès d'un des deux assurés ('premier décès de deux'). En cas de décès simultané, il n'y a pas de 'double versement'.

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

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

3.4.1.2. **Événement assuré dans le cadre de la couverture étendue ('versement en cas de décès par accident ou affection soudaine')**

La couverture 'versement en cas de décès par accident' (voir 3.4.1.1) peut être étendue à la couverture 'versement en cas de décès par accident ou affection soudaine'. L'extension à 'l'affection soudaine' consiste à couvrir, outre les circonstances visées au point 3.4.1.1 et au profit du (des) même(s) bénéficiaire(s), le décès de l'assuré qui est la conséquence directe d'une affection soudaine telle que décrite ci-dessous et à condition que tant l'affection soudaine que le décès qui en découle se produisent pendant la période de couverture (voir 3.4.3.1). S'il y a deux assurés, 'le décès de l'assuré' doit ici aussi s'entendre comme le décès d'un des deux assurés ('premier décès de deux') et en cas de décès simultané, il n'y a ici pas davantage de 'double versement'.

Sont considérées comme des affections soudaines au sens de cette assurance, pour autant qu'elles ne découlent pas d'un accident tel que visé au point 3.4.1.1:

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

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

3.4.1.3. Montant

Le 'capital-décès par accident (ou affection soudaine)' à verser est le montant assuré à la date du 'décès de l'assuré' au sens du point 3.4.1.1 ou 3.4.1.2, étant toutefois entendu que les éventuelles augmentations du montant assuré intervenues entre la date de l'accident ou de l'affection soudaine et celle du décès ne sont pas versées si celles-ci n'avaient pas déjà été convenues avant la date de l'accident ou de l'affection soudaine. Il n'y a pas de participation bénéficiaire en cas de décès.

Si le Certificat personnel fait une distinction entre le capital-décès 'par maladie' et 'par accident (ou affection soudaine)', seule la différence positive entre le montant assuré 'par accident (ou affection soudaine)' et le montant assuré 'par maladie' relève des dispositions concernant la couverture 'capital-décès par accident (ou affection soudaine)'. Le montant assuré 'par maladie' forme conjointement avec le montant assuré correspondant 'par accident (ou affection soudaine)' la couverture 'versement en cas de décès' (voir 3.2).

3.4.2. Primes de risque

Les dispositions du point 3.2.2 s'appliquent conformément, si ce n'est que pour la couverture 'versement en cas de décès par accident (ou affection soudaine)', les primes de risque sont calculées sur la base de la totalité du montant assuré.

3.4.3. Etendue de la couverture

3.4.3.1. Période de couverture

Les dispositions du point 3.2.3.1 s'appliquent conformément. La période de couverture du 'versement en cas de décès par accident (ou affection soudaine)' expire au plus tard lors de la survenance de 'l'événement assuré' dans le cadre de la couverture 'versement en cas de décès' (voir 3.2.1.1).

3.4.3.2. Etendue géographique

La couverture en cas de décès est valable dans le monde entier.

3.4.3.3. Risques exclus

3.4.3.3.1. Risques exclus en cas de décès par accident

L'assureur n'accorde pas de couverture dans le cadre de la couverture 'versement en cas de décès par accident' (voir 3.4.1.1) suite à un risque qui se rait exclu dans le cadre de la couverture 'versement en cas de décès' conformément au point 3.2.3.3 (appliqué tant au décès qu'à l'accident) ou si le décès est causé par un accident qui est lui-même la conséquence directe ou indirecte d'une des circonstances suivantes dans laquelle l'assuré se trouve au moment de l'accident:

- L'état d'ivresse ou d'intoxication par l'alcool d'au moins 1,6gr/l de sang ou sous l'influence de stupéfiants ou de drogues, sauf si l'assuré ou le bénéficiaire prouve qu'il n'existe aucun lien de cause à effet entre l'accident et ces circonstances;

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

3.4.3.3.2. Risques exclus en cas de décès par affection soudaine

L'assureur n'accorde pas de couverture dans le cadre de la couverture 'versement en cas de décès par accident ou affection soudaine', en ce qui concerne l'extension à l'affection soudaine (voir 3.4.1.2), suite à un risque qui serait exclu dans le cadre de la couverture 'versement en cas de décès' conformément au point 3.2.3.3, appliqué tant au décès qu'à l'affection soudaine, ou si le décès est causé par une affection soudaine qui est elle-même la conséquence directe ou indirecte d'une des circonstances suivantes dans laquelle l'assuré se trouve au moment de l'affection soudaine:

1. l'état d'ivresse ou d'intoxication par l'alcool d'au moins 1,6gr/l de sang, sauf si l'assuré ou le bénéficiaire prouve qu'il n'existe aucun lien de cause à effet entre l'affection soudaine et ces circonstances;
2. la participation à des paris, à des défis, à un crime ou à un délit;
3. une rixe pour autant que l'assuré y ait pris part volontairement et activement;
4. un suicide, une tentative de suicide ou toute lésion causée ou provoquée intentionnellement par le bénéficiaire de la garantie ou par l'assuré lui-même;
5. l'utilisation de médicaments, de stimulants, de stupéfiants ou de substances analogues de façon non conforme à une prescription médicale ainsi que le non respect conscient de la prise de médicaments vitaux;
6. les maladies prolifératives telles que les cancers, les leucémies, les lymphomes;
7. les effets directs ou indirects d'explosion, d'irradiation, de dégagement de chaleur provenant de la transmutation de noyaux ou de la radioactivité. Reste cependant couvert, le décès causé par des sources de rayonnements ionisants utilisées ou destinées à être utilisées dans une structure médicalisée dûment habilitée ;
8. une intervention chirurgicale qui n'était pas nécessaire à la suite d'un accident couvert (ou à cause d'un empoisonnement, consécutif à une opération chirurgicale autre que celle que l'assuré devait subir à cause d'un accident couvert).

3.4.4. Déclaration de sinistre

Les dispositions du point 3.2.4 s'appliquent conformément, si ce n'est que la dernière phrase du premier alinéa du point 3.2.4 est sans objet dans le cadre de la couverture 'versement en cas de décès par accident (ou affection soudaine)'. La déclaration doit mentionner le lieu, la date et l'heure du décès ainsi que les circonstances dans lesquelles il est survenu. Il en va de même pour l'accident éventuel ou l'affection soudaine éventuelle qui a provoqué le décès, étant entendu que la nature de l'accident ou de l'affection soudaine et l'identité des témoins éventuels doivent également être communiquées.

3.4.5. Dispositions diverses

Les dispositions du point 3.2.5 s'appliquent conformément, si ce n'est qu'en cas d'omissions involontaires ou de déclarations inexacts involontaires autres que celle portant sur la date de naissance (voir 3.2.5.1), les dispositions équivalentes relatives s'appliquent pendant toute la durée de la couverture 'versement en cas de décès par accident (ou affection soudaine)', sauf disposition impérative contraire.

3.4.6. Nature juridique de la couverture

La couverture 'versement en cas de décès par accident (ou affection soudaine)' est une assurance complémentaire aux autres couvertures, qui constituent ensemble le contrat principal. Ceci implique entre autres que:

- le preneur d'assurance a, dans ses rapports avec l'assureur, le droit de mettre fin au paiement de prime pour la couverture 'versement en cas de décès par accident (ou affection soudaine)' à tout moment et indépendamment du sort du contrat principal;
- les dispositions des conditions générales relatives au contrat principal s'appliquent également à la couverture 'versement en cas de décès par accident (ou affection soudaine)', sauf s'il y est

- dérogé ou si le contexte laisse apparaître qu'elles ne s'appliquent qu'au seul contrat principal;
- la résiliation ou le rachat total du contrat principal entraîne de plein droit la cessation de la couverture 'versement en cas de décès par accident (ou affection soudaine)'.

4. DROITS DU PRENEUR D'ASSURANCE

4.1. Dispositions générales

Le preneur d'assurance bénéficie de certains droits en cours de contrat. Les plus importants sont décrits aux points suivants. En application de certaines dispositions légales ou conventionnelles, il se peut toutefois que l'exercice de certains droits soit interdit, suspendu ou qu'il requiert l'accord d'un ou de plusieurs tiers (comme en cas d'obtention d'une avance, de mise en gage, d'acceptation du bénéfice, etc.). Le cas échéant, une demande d'exercice ou un ordre d'exécution d'un droit doit dès lors être contresigné(e) par le(s) tiers qui doi(ven)t marquer son (leur) consentement pour que la demande ou l'ordre puisse être considéré(e) comme valable. Si ce n'est pas le cas ou, de manière plus générale, dans tous les cas où l'assureur, quelle qu'en soit la raison, ne peut donner (immédiatement) suite à une demande d'exercice ou un ordre d'exécution d'un droit, il en informe le preneur d'assurance dans les meilleurs délais et lui en communique la raison.

En présence de deux preneurs d'assurance, toute demande d'exercice ou tout ordre d'exécution d'un droit et, de manière plus générale, tout acte ou toute opération qui requiert l'accord (écrit) du preneur d'assurance, requiert l'accord (écrit) des deux preneurs d'assurance, sauf indication contraire sur le Certificat personnel. Si le Certificat personnel indique que l'accord (écrit) d'un des deux preneurs d'assurance suffit, l'accord (écrit) des deux preneurs d'assurance sera toutefois requis à compter du premier jour ouvrable de l'assureur après réception d'une demande écrite en ce sens qui lui est adressée par un ou par les deux preneurs d'assurance. Dans ce cas, les actes et opérations en cours d'exécution à ce jour seront annulés pour autant qu'ils n'aient pas encore pris effet sur le plan juridique.

4.2. Résiliation

Le preneur d'assurance peut résilier le contrat par lettre recommandée datée et signée, adressée à l'assureur:

- soit dans les 30 jours à compter de la date d'entrée en vigueur du contrat;
- soit, si le formulaire de souscription indique que le contrat est conclu pour garantir ou reconstituer un crédit sollicité par le preneur d'assurance, dans les 30 jours à compter de la date à laquelle il apprend que le crédit ne lui est pas accordé.

En cas de résiliation, le contrat prend fin et l'assureur rembourse au preneur d'assurance les avoirs sur compte constitués, majorés de tous les frais imputés (en ce qui concerne les modes de placement de

la branche 23, uniquement des droits d'entrée), mais le cas échéant, après application d'une correction financière (voir les Règlements de gestion) et, dans la première hypothèse susvisée de résiliation, après imputation des frais d'exams médicaux (voir aussi 6.5).

4.3. Changement de règles de placement et de mode de placement

Le preneur d'assurance peut demander à l'assureur de modifier en cours de contrat les modes de placement des primes futures ou des participations bénéficiaires futures et/ou des avoirs sur compte déjà constitués (changement de mode de placement).

Dans le cadre d'un changement de mode de placement, les avoirs sur compte investis dans un mode de placement déterminé sont, le cas échéant après application d'une correction financière (voir les Règlements de gestion) et après retenue d'éventuels frais de changement (voir 6.2.2) et impôts, totalement ou partiellement liquidés (soustraction des avoirs sur compte) et le montant qui en résulte est réinvesti dans un ou plusieurs autres modes de placement (attribution aux avoirs sur compte).

Une demande de changement de règles de placement et de mode de placement est introduite par les documents 'demande de changement de règles de placement' et 'demande de changement de mode de placement' que l'assureur met à disposition sur simple demande. L'assureur peut, sans pour autant y être obligé, exécuter une demande formulée d'une autre manière (télécopie, e-mail, etc.). Un changement de règles de placement ou de mode de placement n'est effectif que lorsque l'assureur a confirmé l'opération concernée par le biais du Certificat personnel.

4.4. Désignation et changement de bénéficiaires

Le preneur d'assurance désigne le(s) bénéficiaire(s) et peut changer le(s) bénéficiaire(s) qu'il a initialement désigné(s) (voir aussi 5). Le changement des bénéficiaires doit être contenu dans un écrit daté et signé. Pour être opposable à l'assureur, cet écrit doit lui être communiqué.

4.5. Rachat

Le preneur d'assurance peut opérer le rachat total ou partiel des avoirs sur compte constitués. En cas de rachat total, le contrat prend fin. La demande de rachat est introduite au moyen d'un formulaire de rachat ou de retrait daté et signé que l'assureur met à disposition sur simple demande. Ce formulaire vaut quittance dès que l'assureur a versé les avoirs sur compte rachetés.

Tant pour un rachat total que pour un rachat partiel, il est le cas échéant appliqué une correction financière (voir les Règlements de gestion) et une indemnité de rachat est portée en compte (voir aussi 6.5).

Cependant, chaque année, le preneur d'assurance peut retirer au maximum 15% des avoirs sur compte sans indemnité de rachat. Si ces 15% sont retirés en plusieurs fois au cours de la même année calendrier,

des frais forfaitaires de 40 EUR sont portés en compte à partir du deuxième retrait (ce montant est indexé en fonction de l'indice 'santé' des prix à la consommation (indice de base = indice de septembre 2008)); l'indice à prendre en considération est celui du deuxième mois du trimestre précédant la date du rachat.

Pour la partie du montant qui dépasse les 15% susmentionnés des avoirs sur compte, l'indemnité de rachat est appliquée comme suit, sauf stipulation contraignante contraire.

L'indemnité de rachat est égale au maximum des 2 montants indiqués ci-dessous:

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

et

- 3% du montant des avoirs sur compte rachetés en cas de rachat durant la première année du contrat, 2% du montant des avoirs sur compte rachetés en cas de rachat durant la deuxième année du contrat, 1% du montant des avoirs sur compte rachetés en cas de rachat durant la troisième année du contrat et 0% en cas de rachat à partir de la quatrième année du contrat (dans ce dernier cas, l'indemnité de rachat se limite donc au montant indexé de 75,00 EUR précité).

En dérogation à ceci et conformément aux dispositions du Règlement de gestion, un rachat partiel annuel des avoirs sur compte peut intervenir sans application d'une correction financière.

En outre, l'assureur n'impute pas d'indemnité de rachat si les avoirs sur compte rachetés sont affectés, par transfert, à une autre assurance-vie conclue auprès de l'assureur.

4.6. Avance et mise en gage

Le preneur d'assurance peut obtenir une avance sur les prestations d'assurance futures, moyennant la signature d'un acte d'avance qui en détermine les conditions et les modalités.

Le preneur d'assurance peut mettre les droits qui découlent du contrat en gage. La mise en gage requiert un avenant au Certificat personnel, signé par le preneur d'assurance, le créancier gagiste et l'assureur. L'assureur peut refuser une demande d'octroi d'avance si le contrat est déjà grevé d'une mise en gage et inversement. L'obtention d'une avance ou la mise en gage peut entraîner le blocage total ou partiels des avoirs sur compte (réserve bloquées).

4.7. Cession des droits

Le preneur d'assurance peut céder en tout ou en partie les droits précités dont il bénéficie à une ou plusieurs personnes désignées à cet effet, également appelée(s) ci-dessous le(s) 'cessionnaire(s)'. La cession requiert un avenant au Certificat personnel, signé par le preneur d'assurance, le(s) cessionnaire(s) et l'assureur. Il peut cependant aussi être stipulé directement dans le Certificat personnel que les droits du preneur d'assurance seront cédés, lors du décès de ce dernier (dans l'hypothèse où ce décès n'implique pas la réalisation de 'l'événement assuré' dans le cadre de la couverture 'versement en cas de décès' - voir 3.2.1.1) et ce, jusqu'au moment où le contrat prend fin, à la (les) personne(s) désignée(s) à cet effet et ce, selon les éventuelles modalités qui y sont fixées. Si, cependant, il y a deux preneurs d'assurance et si le décès d'un d'entre eux n'implique pas la réalisation de 'l'événement assuré' dans le

cadre de la couverture 'versement en cas de décès' (voir 3.2.1.1), tous les droits du preneur d'assurance défunt (y compris la valeur économique que ces droits représentent) sont, sauf indication contraire dans le Certificat personnel, cédés dès le décès au preneur d'assurance survivant.

5. DROITS DU (DES) BENEFICIAIRE(S)

Le(s) bénéficiaire(s) bénéficie(nt) des droits suivants:

- le droit aux versements visés au point 3;
- le droit d'accepter le bénéfice de ces versements dès avant leur exigibilité, moyennant un avenant au Certificat personnel signé par lui (eux), le preneur d'assurance et l'assureur (l'acceptation du bénéfice a, sauf dans les cas où la législation autorise la révocation, entre autres pour effet que la résiliation, la révocation et le changement de la désignation bénéficiaire, le rachat, l'obtention d'une avance, la mise en gage et la cession des droits requièrent l'accord écrit du bénéficiaire acceptant).

6. DISPOSITIONS DIVERSES

6.1. Conversion de montants monétaires en unités et inversement

6.1.1. Généralités

Les opérations qui donnent lieu à une attribution aux avoirs sur compte génèrent la conversion de montants monétaires en unités. Inversement, les opérations qui donnent lieu à une soustraction ou à la liquidation des avoirs sur compte génèrent la conversion d'unités en montants monétaires. Ces conversions interviennent à certaines dates de valorisation et se font sur la base de la valeur d'unité de la date de valorisation concernée. Chaque jour où une nouvelle valeur d'unité est calculée est une date de valorisation. En ce qui concerne les modes de placement de la branche 23, les Règlements de gestion fixent la périodicité des dates de valorisation. En ce qui concerne le mode de placement de la branche 21, chaque jour-calendrier est une date de valorisation. Si la valeur d'unité n'est pas encore connue à une date déterminée, l'assureur peut provisoirement rapporter sur la base de la valeur d'unité la plus récente connue.

6.1.2. Opérations qui donnent lieu à une attribution aux avoirs sur compte

La conversion de montants monétaires en unités liées à un mode de placement de la branche 21 s'opère à la date de valorisation coïncidant avec la date d'effet de l'opération concernée. La conversion de montants monétaires en unités liées à un mode de placement de la branche 23 s'opère à la (première) date de valorisation coïncidant avec ou suivant la date du traitement administratif de l'opération concernée par l'assureur, mais au plus tôt le premier jour ouvrable de l'assureur situé après la date d'effet de l'opération concernée et au plus tard à la (première) date de valorisation coïncidant avec ou suivant le troisième jour ouvrable de l'assureur situé après la date d'effet de l'opération concernée. Les dates d'effet des différentes opérations sont les suivantes:

- paiement de prime: la date valeur de la prime sur le compte bancaire de l'assureur (si, toutefois, le paiement de prime s'effectue d'une autre manière que celle indiquée par l'assureur, la date

d'effet du paiement de prime est l'éventuelle date ultérieure à laquelle l'assureur identifie la destination du paiement de prime);

- participation bénéficiaire: la date fixée par l'Assemblée générale des actionnaires de l'assureur.

6.1.3. Opérations qui donnent lieu à une soustraction ou à la liquidation des avoirs sur compte

La conversion d'unités liées à un mode de placement de la branche 21 en montants monétaires s'opère à la date de valorisation coïncidant avec la date d'effet de l'opération concernée. La conversion d'unités liées à un mode de placement de la branche 23 en montants monétaires s'opère, en ce qui concerne la couverture 'versement en cas de décès' (voir 3.2), sur la base des valeurs d'unités les plus récentes connues à la date d'effet du versement en cas de décès (voir cependant 3.2.4 en cas de déclaration tardive du décès). Pour les autres opérations, la conversion d'unités liées à un mode de placement de la branche 23 en montants monétaires s'opère à la (première) date de valorisation coïncidant avec ou suivant la date du traitement administratif de l'opération concernée par l'assureur, mais au plus tôt le premier jour ouvrable de l'assureur situé après la date d'effet de l'opération concernée et au plus tard à la (première) date de valorisation coïncidant avec ou suivant le troisième jour ouvrable de l'assureur situé après la date d'effet de l'opération concernée. Cependant, en cas de résiliation, de rachat et de versement au terme, les unités liées à des opérations visées à l'article 24, § 2, alinéa 2 et § 4 de l'arrêté royal du 14 novembre 2003 relatif à l'activité d'assurance sur la vie sont converties selon les règles qui s'appliquent aux unités liées à un mode de placement de la branche 23. En ce qui concerne les primes de risque et les frais, l'assureur peut opérer la conversion à une date de valorisation ultérieure. Les dates d'effet des différentes opérations sont les suivantes:

- primes de risque: le premier jour de chaque mois;
- frais standard: le premier jour de chaque mois;
- résiliation: la date de réception par l'assureur de la lettre recommandée valable et des éventuels autres documents jugés nécessaires;
- rachat: la date de réception par l'assureur du formulaire de rachat ou de retrait valable et des éventuels autres documents jugés nécessaires ou la date de rachat ultérieure souhaitée, telle qu'éventuellement mentionnée dans le formulaire de rachat ou de retrait;
- versement au terme: le terme;
- versement en cas de décès: la date de survenance de 'l'événement assuré' (voir 3.2.1.1; voir cependant aussi 3.2.4 en cas de déclaration tardive du décès).

6.1.4. Changement de mode de placement

Dans le cadre d'un changement de mode de placement, les avoirs sur compte investis dans un mode de placement déterminé sont, le cas échéant après application d'une correction financière (voir les Règlements de gestion) et après retenue d'éventuels frais de changement (voir 6.2.2) et impôts, totalement ou partiellement liquidés (soustraction; flux sortant) et le montant qui en résulte est réinvesti dans un ou plusieurs autres modes de placement (attribution; flux entrant) (voir 4.3).

- En ce qui concerne le flux sortant, les règles du point 6.1.3 s'appliquent, avec comme date d'effet la date de réception par l'assureur de la demande valable de changement de mode de placement.
- En ce qui concerne le flux entrant, les règles du point 6.1.2 s'appliquent, avec comme date d'effet la date de valorisation du flux sortant. Le flux entrant affecté à des unités liées à un mode

de placement de la branche 23 peut cependant également s'effectuer à sa date d'effet ou à la date de valorisation ultérieure à laquelle l'assureur est informé du résultat monétaire du flux sortant.

6.2. Frais et impôts

6.2.1. Frais standard

Outre les éventuels frais d'entrée, l'assureur impute également des frais pour la gestion du contrat et, le cas échéant, pour rémunérer l'intermédiaire. L'assureur ne peut modifier ces frais en cours de contrat que dans la mesure où il s'agit d'une indexation selon l'indice-santé des prix à la consommation de montants forfaitaires intégrés dans le tarif ou, de manière raisonnable et justifiée, dans le cadre d'une révision générale (de la structure) des frais pour la catégorie d'assurances dont relève le contrat. Le preneur d'assurance peut demander à l'assureur un aperçu détaillé (de la structure) des frais.

6.2.2. Chargements particuliers

L'assureur peut, en sus des frais standard, aussi porter en compte des dépenses particulières occasionnées par le preneur d'assurance, l'assuré (les assurés) ou le(s) bénéficiaire(s). L'assureur applique ces frais de manière raisonnable et justifiée. L'assureur ne peut imputer des chargements particuliers non spécifiquement prévus dans les Conditions générales ou dans un quelconque autre document que moyennant avis préalable à l'intéressé (aux intéressés). Sans préjudice de l'indexation éventuellement prévue, l'assureur ne peut, en cours de contrat, relever les montants des chargements particuliers convenus que de manière raisonnable et justifiée et dans le cadre d'une révision générale de ceux-ci pour la catégorie d'assurances dont relève le contrat concerné.

6.2.3. Impôts

L'assureur peut mettre à charge du preneur d'assurance ou du (des) bénéficiaire(s) tous impôts, cotisations et charges de quelle nature que ce soit qui peuvent grever les primes, les avoirs sur compte, les revenus des placements ou tout versement.

6.3. Certificat personnel et extrait de compte annuel

L'assureur établit lors de l'entrée en vigueur et lors de toute modification du contrat un Certificat personnel (actualisé) qu'il remet au preneur d'assurance (le dernier certificat délivré remplace toujours le précédent). L'assureur émet aussi annuellement un 'extrait de compte' qu'il remet au preneur d'assurance. Le preneur d'assurance est supposé marquer intégralement son accord sur le contenu de son Certificat personnel et de ses extraits de compte, sauf s'il a communiqué par écrit ses remarques à l'assureur dans les 30 jours après que l'assureur l'a délivré. Le Certificat personnel donne un aperçu des éléments majeurs du contrat (montant de primes, couvertures, etc.). L'assureur y reprend éventuellement aussi une prévision indicative relative à son déroulement futur. Cette prévision est basée

sur un certain nombre d'hypothèses que l'assureur ne peut toutefois pas garantir (paiement ponctuel des primes aux échéances fixées, pourcentage de la participation bénéficiaire, évolution de la valeur des fonds d'investissement, structure des tarifs et des frais inchangée, etc.).

6.4. Remise en vigueur

Lorsqu'il est mis fin au paiement des primes pour le contrat, le preneur d'assurance peut en demander la remise en vigueur sur demande écrite dans les 3 ans. Ceci vaut également, sauf en ce qui concerne les contrats auxquels les dispositions légales en matière de remise en vigueur ne sont pas applicables, en cas de rachat, si ce n'est que dans ce cas le délai est ramené à 3 mois et que les avoirs sur compte rachetés doivent en outre être reversés (sans nouveaux frais d'entrée) à l'assureur. L'assureur subordonne la remise en vigueur des couvertures 'versement supplémentaire en cas de décès' et 'versement en cas de décès successif' à ses critères d'acceptation (voir 3.2.5.2 et 3.3.5). La remise en vigueur prend effet à la date mentionnée sur le nouveau Certificat personnel.

6.5. Versements

L'assureur peut subordonner tout versement (aussi en cas de résiliation, de rachat et d'avance) à la présentation des documents qu'il juge nécessaires. L'assureur verse les sommes dues, le cas échéant après application d'une correction financière (voir les Règlements de gestion) et après imputation d'éventuel(le)s retenues légales, frais, indemnités et autres sommes qui seraient encore du(e)s à l'assureur ou à des tiers (comme un créancier gagiste), dans les 30 jours après réception des documents demandés et, si la demande en est faite, après réception d'une quittance de règlement signée.

Lorsqu'un versement est dû à plusieurs personnes, l'assureur peut exiger que les intéressés désignent une personne pourvue de procurations dûment authentifiées l'autorisant à recevoir le versement conjointement en leur nom.

L'assureur ne peut être tenu d'effectuer le versement en cas de décès ou le versement en cas de décès successif à un bénéficiaire qui a intentionnellement provoqué le décès de l'assuré ou un des assurés ou qui y a instigué. Dans ce cas, l'assureur peut agir comme si cette personne n'était pas bénéficiaire. L'assureur ne bonifie pas d'intérêts pour un retard de paiement suite à une circonstance indépendante de sa volonté.

6.6. Correspondance et preuve

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

Toute notification et toute correspondance entre parties se font valablement à la dernière adresse (de correspondance) qu'elles se sont mutuellement communiquée. S'il y a deux preneurs d'assurance, l'assureur peut valablement envoyer toute notification au preneur d'assurance conjointement aux deux preneurs d'assurance et ce, à l'adresse de correspondance mentionnée sur le formulaire de souscription. A défaut de mention d'adresse de correspondance spécifique sur le formulaire de souscription, l'assureur peut utiliser l'adresse du 'premier preneur d'assurance' figurant sur le Certificat personnel comme adresse de correspondance unique. Dès que l'assureur a connaissance du fait qu'aucun des deux preneurs d'assurance n'habite encore à l'adresse de correspondance communiquée initialement,

il peut utiliser l'adresse (nouvelle) du 'premier preneur d'assurance' figurant sur le Certificat personnel comme adresse de correspondance unique. Si l'adresse de correspondance est l'adresse d'un des preneurs d'assurance et si ce preneur d'assurance décède, l'assureur peut, dès qu'il a connaissance du décès, utiliser l'adresse de l'autre preneur d'assurance comme adresse de correspondance unique. Les preneurs d'assurance ont toujours la possibilité de faire changer l'adresse de correspondance unique moyennant un avis écrit à l'assureur, daté et signé par eux deux.

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.

6.7. 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 le preneur d'assurance par écrit et lui communique la nature et les raisons des modifications apportées, ainsi que la date à laquelle les nouvelles Conditions générales prennent effet.

6.8. Cadre légal

6.8.1. Législation applicable

Le contrat est régi par la législation belge relative aux assurances-vie individuelles et aux assurances complémentaires. Si le preneur d'assurance est établi en dehors de la Belgique, les parties optent expressément, si la loi l'autorise ainsi, pour l'application du droit belge. 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 en conformité avec cette disposition impérative.

6.8.2. Régime fiscal applicable

En ce qui concerne le régime fiscal applicable, il est renvoyé à la fiche fiscale remise au preneur d'assurance avant la conclusion du contrat. Pour de plus amples renseignements concernant le régime fiscal applicable, le preneur d'assurance peut s'adresser à l'assureur. La responsabilité de l'assureur ne peut cependant aucunement être engagée si certains avantages fiscaux escomptés n'étaient ou ne pouvaient être obtenus ou si une pression (para)fiscale inattendue grevait le contrat.

6.9. Protection de la vie privée

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

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

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

6.10. Plaintes et litiges

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

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