

Le contrat d'assurance Profilife 'Engagement Individuel de Pension' (EIP) est une convention de pension au sens de la législation relative aux pensions complémentaires pour dirigeants d'entreprise (Titre 4 de la loi du 15 mai 2014 portant des dispositions diverses et ses arrêtés d'exécution). Elle est conclue par le preneur d'assurance au profit d'un dirigeant d'entreprise indépendant en vue de la constitution d'une pension complémentaire.

Le contrat d'assurance Profilife EIP est un contrat d'assurance vie de la branche 23 qui vise à constituer une pension complémentaire. Les garanties choisies par le preneur d'assurance sont définies dans les conditions particulières.

Les présentes conditions générales règlent le fonctionnement et décrivent les possibilités offertes par le contrat d'assurance.

PARTIE 1 : NOTIONS UTILISEES DANS LE PRESENT CONTRAT D'ASSURANCE

Article 1

QUE FAUT-IL ENTENDRE PAR ?

LA COMPAGNIE :

La société anonyme Athora Belgium, ayant son siège social en Belgique, à 1050 Bruxelles, Rue du Champ de Mars, 23, entreprise d'assurances inscrite dans la Banque-Carrefour des Entreprises sous le numéro 0403.262.553 et autorisée par la BNB sous le numéro 0145.

LE CONTRAT D'ASSURANCE :

Le présent contrat d'assurance dénommé Profilife EIP, constitué des conditions générales et des conditions particulières, est conclu entre la compagnie et le preneur d'assurance. Les conditions particulières complètent les conditions générales et priment sur celles-ci dans le cas où elles y dérogent.

Le contrat d'assurance détermine les conditions de l'assurance, ainsi que les droits et obligations du preneur d'assurance, de l'assuré, des bénéficiaires et de la compagnie.

Les garanties suivantes peuvent être souscrites :

- Pension de retraite complémentaire
- Décès

PENSION COMPLEMENTAIRE :

La pension de retraite complémentaire et la prestation en cas de décès de l'assuré avant la date terme du contrat d'assurance.

LE PRENEUR D'ASSURANCE (L'ORGANISATEUR) :

La personne morale qui conclut le contrat d'assurance auprès de la compagnie et qui effectue les versements.

LE DIRIGEANT D'ENTREPRISE :

La personne physique visée à l'article 32 alinéa premier, 1° et 2°, du Code des impôts sur les revenus 1992, à savoir la personne physique

- 1° qui exerce un mandat d'administrateur, de gérant, de liquidateur ou des fonctions analogues;
- 2° qui exerce au sein de la société une fonction dirigeante ou une activité dirigeante de gestion journalière, d'ordre commercial, financier ou technique, en dehors d'un contrat de travail.

L'assuré est le dirigeant d'entreprise.

L'ASSURE :

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

LE(S) BENEFICIAIRE(S) :

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

LA CONVENTION DE PENSION :

La convention de pension définit les droits et obligations de l'organisateur, de l'assuré et de ses ayants droit, et de la compagnie, les prestations assurées ainsi que les règles d'exécution de l'engagement de pension. La convention de pension est constituée des conditions particulières du contrat d'assurance vie et des conditions générales

Le texte de la convention de pension sera communiqué à l'assuré par l'organisateur sur simple demande.

Les notions suivantes sont à interpréter comme suit dans le cadre de la convention de pension :

- La compagnie est l'organisme de pension
- Le preneur d'assurance est l'organisateur
- L'assuré est la personne qui bénéficie de droits actuels ou différés, conformément à la convention de pension
- Le(s) bénéficiaire(s) est (sont) le(s) ayant(s) droit de l'assuré
- La convention de pension est financée par le versement pour la pension complémentaire.

LE VERSEMENT :

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

LE VERSEMENT NET :

Le versement diminué des frais, autres retenues et des taxes éventuelles.

LES RESERVES ACQUISES :

Les réserves acquises de l'assuré sont égales, à tout moment, à l'épargne constituée, le cas échéant, diminuée de l'indemnité de rachat et des frais des avances et/ou mises en gage dus sur la base des dispositions du contrat d'assurance.

LE RÈGLEMENT DE GESTION :

Le document reprenant, conformément aux dispositions légales et réglementaires belges, les fonds d'investissement éligibles au contrat d'assurance, leur stratégie de placement, leurs règles de gestion, ainsi que la détermination de la valeur des unités.

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.

N'est pas considéré comme un accident :

- le suicide,
- la tentative de suicide.

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 d'assurance. Ce même principe s'applique aux augmentations des prestations assurées.

LES FONDS D'INVESTISSEMENT :

Les fonds internes de la compagnie dans lesquels sont investis les versements nets.

L'UNITÉ :

La part d'un fonds d'investissement attribuée au contrat d'assurance.

LA VALEUR D'ENTRÉE :

La valeur à laquelle une unité d'un fonds d'investissement peut être attribuée au contrat d'assurance. Elle correspond à la valeur d'achat des unités dans le fonds d'investissement.

LA VALEUR DE SORTIE :

La valeur à laquelle une unité d'un fonds d'investissement peut être reprise. Elle correspond à la valeur de vente des unités du fonds d'investissement.

LA VALORISATION :

La détermination par la compagnie de la valeur d'entrée et de sortie de l'unité.

LE JOUR DE VALORISATION :

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

L'ÉPARGNE CONSTITUÉE :

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

LES BASES TECHNIQUES :

Les bases techniques sont composées des lois de mortalité, des chargements proportionnels au(x) versement(s), et des chargements de gestion des fonds d'investissement.

L'ÂGE DE LA PENSION :

La date de fin du contrat d'assurance indiquée dans les conditions particulières.

LE DEPART A LA PENSION :

La prise de cours effective de la pension de retraite relative à l'activité professionnelle qui a donné lieu à la constitution des prestations.

AUTORITES DE CONTROLE

La FSMA (L'Autorité des Services et Marchés Financiers, Rue du Congrès 12-14 à 1000 Bruxelles) et la BNB (Banque Nationale de Belgique, Boulevard de Berlaimont 14, 1000 Bruxelles).

En particulier, la FSMA veille à l'application de la législation sociale concernant les pensions complémentaires et la BNB veille à la conformité avec la réglementation prudentielle applicable.

PARTIE 2 : BASES, PRISE D'EFFET DU CONTRAT D'ASSURANCE ET FINANCEMENT

Article 2

BASES, PRISE D'EFFET DU CONTRAT D'ASSURANCE ET COMMUNICATION D'INFORMATIONS CORRECTES À LA COMPAGNIE

2.1. Bases du contrat d'assurance

Le contrat d'assurance est régi par les dispositions légales et réglementaires belges relatives à l'assurance-vie et aux pensions complémentaires pour dirigeants d'entreprise, ainsi que par les documents suivants qui forment un tout indivisible :

- les conditions générales ;
- les règlements de gestion des fonds d'investissement ;
- les conditions particulières et les avenants éventuels.

Les documents mentionnés ci-dessus sont fournis au preneur d'assurance sur un support durable.

2.2. Prise d'effet du contrat d'assurance

L'émission de l'offre par la compagnie, et la signature par le preneur d'assurance de l'offre et de la proposition d'assurance n'engagent ni la compagnie ni le preneur d'assurance à conclure le contrat d'assurance.

La signature de la proposition d'assurance par le preneur d'assurance ne fait pas non plus courir la couverture.

Dès réception par la compagnie de la proposition d'assurance dûment complétée et signée, ainsi que les documents nécessaires à l'émission du contrat d'assurance, et enregistrement du premier versement sur le compte bancaire de la compagnie, le contrat d'assurance prend effet à la date indiquée aux conditions particulières, sous réserve du droit de la compagnie d'accepter le contrat d'assurance.

Si l'assuré est également occupé comme salarié au service de l'organisateur, l'Engagement Individuel de Pension porte uniquement sur l'activité de dirigeant d'entreprise au service du preneur d'assurance et pas sur l'activité de salarié.

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

2.3. Déclarations du preneur d'assurance et de l'assuré

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

2.4. Omission ou inexactitude intentionnelle

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.

2.5. Omission ou inexactitude non intentionnelle

Si l'omission ou la fausse déclaration a été faite sans mauvaise foi, le contrat d'assurance devient incontestable après un an d'existence. Passé ce délai, la compagnie ne peut plus invoquer les éventuelles omissions ou inexactitudes involontaires. Avant expiration de ce délai, les règles suivantes sont d'application :

- En cas d'omission ou d'inexactitude non intentionnelle, la compagnie peut résilier le contrat d'assurance dans un délai d'un mois à compter du moment où elle en prend connaissance, pour autant qu'il s'agisse d'une omission ou d'une inexactitude telle que la compagnie n'aurait jamais conclu le contrat d'assurance si elle en avait eu connaissance au moment de la conclusion du contrat d'assurance;
- Si toutefois la connaissance de cette omission ou inexactitude non intentionnelle ne risquait pas d'empêcher la compagnie de conclure un contrat d'assurance avec le preneur d'assurance, celle-ci lui proposera, le cas échéant, de modifier le contrat d'assurance dans un délai d'un mois à partir du jour où elle en a pris connaissance et avec effet à partir de ce jour.
- Si le preneur d'assurance refuse la proposition de modification du contrat d'assurance ou que cette proposition n'a pas été acceptée à l'expiration d'un délai d'un mois à partir de sa réception, la compagnie peut résilier le contrat d'assurance dans les quinze jours.
- Si l'omission ou l'inexactitude non intentionnelle peut être reprochée au preneur d'assurance ou à l'assuré et si l'assuré décède avant que le contrat d'assurance ne soit modifié ou avant que la résiliation du contrat d'assurance ne soit effective, la compagnie paiera une prestation selon le rapport entre la prime payée et la prime qui aurait dû être payée si le preneur d'assurance ou l'assuré n'avait pas commis une omission ou une inexactitude non intentionnelle.
- Si l'omission ou l'inexactitude non intentionnelle ne peut être reprochée au preneur d'assurance ou à l'assuré et si l'assuré décède avant que le contrat d'assurance ne soit modifié ou avant que la résiliation du contrat d'assurance ne soit effective, la compagnie paiera la prestation prévue au contrat d'assurance.

La prestation de la compagnie sera toutefois limitée au remboursement de la valeur des unités attribuées au contrat d'assurance si, au décès de l'assuré, la compagnie constate que le risque assuré était tel que le contrat d'assurance n'aurait pas été conclu si elle en avait eu connaissance.

Article 3

FONCTIONNEMENT, VERSEMENTS, FRAIS ET CHARGEMENTS

3.1. Fonctionnement du contrat d'assurance

Profilife EIP est un contrat d'assurance vie de la Branche 23 à versements planifiés lié à la performance d'un ou plusieurs fonds d'investissement souscrit entre le preneur d'assurance et la compagnie.

Le risque d'investissement est entièrement et à tout moment supporté par l'assuré. Les rendements obtenus dans le passé ne constituent aucune garantie pour l'avenir.

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

Les règlements de gestion peuvent être consultés sur le site www.athora.com/be ou peuvent être obtenus via l'intermédiaire.

3.2. Versements et plan de versement

Le preneur d'assurance détermine le montant annuel qui sera versé à la compagnie dans le cadre du contrat d'assurance, ainsi que la périodicité de paiement. L'ensemble de ces choix forme le plan de versement. Le plan de versement est défini dans les conditions particulières.

Les versements s'effectuent par le preneur d'assurance par virement bancaire sur le compte bancaire de la compagnie, avec mention de la référence, propre à chaque versement, communiquée par la compagnie.

La périodicité de paiement (mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle) choisie par le preneur d'assurance est mentionnée dans les conditions particulières. Cependant, la mensualisation des versements n'est possible que pour autant qu'une domiciliation bancaire soit prévue. Le paiement par ordre permanent n'est pas possible.

Sous réserve du fait que le paiement de la première prime constitue une condition en vue de la prise d'effet du contrat d'assurance, les versements ou une fraction de ceux-ci ne sont pas obligatoires.

Il est également possible d'effectuer des versements supplémentaires en sus du plan de versement initial, dans les limites des règles légales belges en vigueur. Dans ce cas, le preneur d'assurance en avertit la compagnie au préalable et par écrit et celle-ci lui fournira une référence de paiement. Toutefois, la compagnie se réserve le droit de fixer des limites et de refuser ou rembourser des versements supplémentaires.

Chaque versement doit s'élever au minimum à 25 EUR.

3.3. Quels sont les frais et chargements appliqués ?

Les versements bruts et nets sont mentionnés dans les conditions particulières du contrat d'assurance.

Les chargements proportionnels aux versements s'élèvent à maximum 5% des versements.

Des frais forfaitaires d'encaissement sont prélevés sur chaque versement et s'élèvent à 1,24 EUR. Dans le cas où le versement est encaissé par domiciliation bancaire, ces frais sont réduits à zéro. En outre, une somme de 10 EUR est prélevée sur le premier versement à titre de frais d'ouverture du contrat d'assurance.

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

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 l'envoi de duplicata de documents déjà reçus par l'assuré ou le preneur d'assurance, les recherches d'adresses, les recherches de bénéficiaires, les envois recommandés, les demandes de justificatifs et duplicata de toutes sortes, les demandes de relevés de paiement et les paiements en provenance de ou vers l'étranger.

PARTIE 3 : PRINCIPES GENERAUX DE FONCTIONNEMENT DE L'ASSURANCE

Article 4

MECANISME DE L'INVESTISSEMENT

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

Une unité est associée à chacun des fonds d'investissement proposés. Le nombre d'unités acquises est déterminé en millièmes, en divisant la part de chaque versement net dans le fonds d'investissement par la valeur d'entrée de l'unité au plus tard sur la base de la valorisation du 3^e jour ouvrable qui suit celui où la compagnie est créditée effectivement du versement.

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

Comment la compagnie investit-elle les versements ?

Chaque versement net est réparti entre le ou les fonds d'investissement selon le choix de l'assuré. La compagnie convertit, selon les règles définies par les présentes conditions générales, les conditions particulières et les règlements de gestion, chaque versement en unités du ou des fonds d'investissement choisis.

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

- Pour le premier versement, la compagnie doit être en possession du dossier complet nécessaire à l'émission du contrat d'assurance.
- Pour les versements suivants, le paiement doit être effectué avec la communication structurée, propre à chaque versement, fournie par la compagnie. Pour les versements supplémentaires, effectués en dehors du plan de versement, la compagnie doit en outre être en possession des documents demandés.

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

Article 5

DISPONIBILITE DE L'ÉPARGNE CONSTITUEE ET PRESTATION EN CAS DE VIE AU TERME

5.1. Départ à la pension

Lors du départ à la pension de l'assuré, l'épargne constituée est payée à l'assuré, sous déduction des impôts et autres retenues légales dus. La compagnie ne prélève pas d'indemnités à cette occasion. L'épargne constituée est évaluée au plus tard sur la base de la valorisation du 3^e jour ouvrable qui suit la date d'échéance.

Si le départ à la pension est reporté à une date postérieure à la date de fin indiquée dans les conditions particulières, l'assuré est tenu d'en informer la compagnie avant le terme du contrat afin que le terme du contrat d'assurance soit prorogé de plein droit et que l'engagement de pension continue de courir jusqu'au départ à la pension. La prorogation du terme a lieu aux conditions de la compagnie en vigueur au moment de la prorogation.

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

5.2. Rachat anticipé

Dans les limites des possibilités légales, l'assuré peut demander le rachat anticipé de tout ou partie de l'épargne constituée (avec un maximum de 4 rachats par an et un montant minimum par rachat de 250 EUR), tenant compte du fait qu'une avance sur prestations ait éventuellement été accordée et/ou du fait que des droits aient éventuellement été mis en gage pour garantir un prêt, ou si les conditions particulières prévoient des conditions spécifiques à cet égard.

Les dispositions légales prévoient qu'un rachat anticipé de tout ou partie de l'épargne constituée n'est possible qu'à partir de la date où l'assuré satisfait aux conditions pour prendre sa pension de retraite anticipée comme indépendant.

Le rachat doit être demandé par l'assuré au moyen d'un écrit daté et signé de sa main, ou, le cas échéant, au moyen d'un document fourni par l'intermédiaire, accompagné des documents justificatifs demandés par la compagnie.

En cas de rachat partiel, un montant minimum de 1.250 EUR d'épargne constituée doit être maintenu dans le contrat d'assurance.

Un rachat s'exprime toujours en nombre d'unités. Le rachat des unités s'effectue au plus tard sur la base de la valorisation du 3^e jour ouvrable qui suit le jour où la compagnie reçoit en retour la quittance de liquidation signée par l'assuré, à condition que le délai écoulé entre la date de la demande de rachat et la date de réception de la quittance signée n'excède pas 1 mois. Passé ce délai, une nouvelle demande de rachat devra être effectuée.

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

Le rachat total de l'épargne constituée met fin au contrat d'assurance.

Le rachat donne lieu au prélèvement d'une indemnité égale à :

- 5 % du montant racheté, en cas de rachat la première année ;
- 4 % du montant racheté, en cas de rachat la deuxième année ;
- 3 % du montant racheté, en cas de rachat la troisième année ;
- 2 % du montant racheté, en cas de rachat la quatrième année ;
- 1 % du montant racheté, en cas de rachat la cinquième année ;
- 0 % à partir de la sixième année.

En cas de rachat total, si le prélèvement d'une indemnité est effectué, son montant sera au moins égal à 75 EUR. Ce montant forfaitaire est indexé en fonction de l'indice santé (base 1988 = 100).

5.3. Transferts entre fonds d'investissement

L'assuré peut transférer à tout moment tout ou partie des unités d'un ou plusieurs fonds d'investissement vers un ou plusieurs autres fonds d'investissement autorisés par la compagnie ou repris dans les conditions particulières en utilisant le bulletin de transfert de la compagnie, fourni par l'intermédiaire d'assurance. Le montant transféré des fonds d'investissement est déterminé par le nombre d'unités, évaluées à la valeur 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 frais de transferts et impôts éventuels, est réparti en pourcentage entre les fonds d'investissement selon le choix de l'assuré. En cas de transfert partiel, la valeur de chaque fonds d'investissement constituant le contrat d'assurance ne peut devenir inférieure à 250 EUR.

Le transfert s'effectue par attribution de nouvelles unités évaluées au plus tard sur la base de la valorisation du 3^e jour ouvrable qui suit la date de réception de la demande datée et signée.

5.4. Frais de transferts entre fonds d'investissement

L'assuré bénéficie d'une opération de transfert entre fonds d'investissement gratuite par année civile. Les frais des transferts suivants sont fixés à 1 % de la valeur transférée. Ces frais ne peuvent être inférieurs à 12,50 EUR, ni supérieurs à 37,50 EUR, par fonds d'investissement crédité.

Article 6

PRESTATIONS EN CAS DE DECES

6.1. Quelles sont les prestations assurées en cas de décès ?

Le montant de la prestation assurée en cas de décès sera toujours égal à l'épargne constituée du contrat d'assurance et sera évalué au plus tard sur la base de la valorisation du troisième jour ouvrable qui suit le jour au cours duquel la compagnie a été informée du décès.

6.2. Paiement de la prestation assurée en cas de décès

En cas de décès de l'assuré avant le terme du contrat d'assurance, la compagnie verse au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) la prestation assurée en cas de décès, sous déduction des impôts et autres retenues légales dus.

Le paiement de la prestation assurée en cas de décès met fin au contrat d'assurance.

6.3. En quoi consiste la garantie décès provisoire en cas d'accident ?

Dès réception par la compagnie de la proposition d'assurance dûment complétée et signée, enregistrement du premier versement sur le compte bancaire de la compagnie, cette dernière 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. La garantie provisoire cesse dès que la garantie décès sort ses effets, mais au plus tard après 30 jours.

6.4. Quand la prestation assurée en cas de décès cesse-t-elle d'être garantie ?

La prestation assurée en cas de décès cesse d'être garantie lors du paiement de celle-ci, lors de la résiliation du contrat d'assurance avant terme et, au plus tard, à la date définie dans les conditions particulières.

6.5. Étendue de la garantie en cas de décès

En cas de décès de l'assuré, la compagnie paie l'épargne constituée. Cette épargne constituée est évaluée au plus tard sur la base de la valorisation du 3^e jour ouvrable qui suit le jour où la compagnie a eu connaissance du décès.

Lorsque le décès résulte du fait intentionnel d'un des bénéficiaires ou à son instigation, la prestation assurée en cas de décès sera payée aux autres bénéficiaires suivant l'ordre de priorité applicable.

Article 7

AVANCE ET MISE EN GAGE

Si les conditions particulières le prévoient, l'assuré pourra obtenir une avance sur police dans les limites et aux conditions fixées par la compagnie et la réglementation en vigueur. Dans le cas où l'assuré peut obtenir une avance, la première avance ne pourra être accordée que le premier jour ouvrable du mois qui suit la date de souscription du contrat.

L'avance et/ou la mise en gage (en ce compris le transfert de droits à un tiers) ne peuvent être accordées que pour permettre à l'assuré d'acquérir, de construire, d'améliorer, de réparer ou de transformer des biens immobiliers situés sur le territoire de l'Espace Economique Européen qui génèrent des revenus imposables. En outre, les avances doivent être remboursées, dès que ces biens disparaissent du patrimoine de l'assuré. Le fonctionnement du système d'avance, les frais forfaitaires et/ou annuels, les retenues fiscales et sociales éventuelles en vigueur sont mentionnés dans l'acte d'avance.

Les montants accordés à titre d'avance sont déduits des paiements en cas de vie et en cas de décès que la compagnie effectue en exécution du contrat d'assurance.

L'assuré prendra contact avec la compagnie pour connaître les limites et conditions d'obtention d'une avance.

Article 8

QUAND PARLE-T-ON DE SORTIE ?

Il y a sortie en cas de :

- Décès de l'assuré
- Départ à la pension de l'assuré
- Perte de la qualité de dirigeant d'entreprise rémunéré mensuellement par l'organisateur.

En cas de sortie, les versements s'arrêtent.

Dès que le preneur d'assurance a connaissance de la sortie de l'assuré, il en informe la compagnie par écrit.

PARTIE 4 DISPOSITIONS GENERALES RELATIVES AU CONTRAT D'ASSURANCE

Article 9

LE CONTRAT D'ASSURANCE PEUT-IL ETRE RESILIE OU TRANSFERE ?

9.1. ARRIERE DE PAIEMENT, MODIFICATION OU RESILIATION DU CONTRAT D'ASSURANCE

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

Le preneur d'assurance peut modifier ou résilier le contrat d'assurance ou réduire, interrompre ou suspendre les versements prévus, dans le respect des prescriptions légales. Les modifications qui entraînent une augmentation du versement annuel, sont soumises aux conditions de la compagnie en vigueur au moment de la modification.

Il peut notamment le faire dans les cas suivants :

- si les circonstances économiques ou financières font que la poursuite de l'engagement de pension sous sa forme actuelle devient une contrainte contraire à une gestion saine de l'entreprise;
- ou si les lois sociales et/ou fiscales, ou la législation sur les pensions complémentaires étaient modifiées, ou si d'autres circonstances devaient se produire qui ont des conséquences pour le preneur d'assurance ou l'assuré, notamment une augmentation directe ou indirecte du coût de l'engagement de pension;

- ou si la législation en matière de sécurité sociale, à laquelle l'engagement individuel de pension constitue un complément, subissait d'importantes modifications;
- ou si le maintien de l'engagement de pension sous sa forme actuelle devient difficile ou n'est pas raisonnablement justifié en conséquence d'une réorganisation, d'une restructuration, d'une fusion, d'une scission, d'un transfert ou de la liquidation du preneur d'assurance.

Le preneur d'assurance informera toujours l'assuré et la compagnie, au préalable et par écrit, de toute modification ou de la résiliation du contrat d'assurance, et ce conformément aux conditions légales applicables au contrat d'assurance.

Toute modification du contrat d'assurance requiert en principe l'accord de la compagnie. Même si le preneur d'assurance arrête ou modifie les versements prévus dans le plan de versement, il doit en informer l'assuré et la compagnie sans délai.

Toute modification sera confirmée par un avenant au contrat d'assurance qui acte la modification.

La modification ou la résiliation du contrat d'assurance est sans incidence sur la réserve constituée au moyen des versements déjà effectués.

L'arriéré de paiement des primes est sans incidence sur la réserve constituée au moyen des versements déjà effectués.

9.2. Résiliation du contrat d'assurance dans les 30 jours

Dans les trente jours qui suivent la prise d'effet du contrat d'assurance, le preneur d'assurance a la possibilité de résilier le contrat d'assurance, et ce pour autant que la loi l'autorise dans la relation assuré - preneur d'assurance et dans le respect des prescriptions légales. La résiliation dans les 30 jours à l'initiative 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 majorée des frais d'entrée, et évaluée au plus tard sur la base de la valorisation du 3^e jour ouvrable qui suit le jour de la réception de la demande de résiliation.

9.3. Cessation du contrat d'assurance

Le preneur d'assurance a la possibilité à tout moment de mettre fin au contrat d'assurance, moyennant le respect des prescriptions légales. Le preneur d'assurance informera toujours l'assuré, au préalable et par écrit, de la cessation, et ce conformément aux conditions légales applicables au contrat d'assurance.

Le preneur d'assurance informera la compagnie de la cessation au moyen d'un écrit daté et signé.

La cessation du contrat d'assurance est sans incidence sur les réserves acquises par l'assuré et constituées au moyen des versements effectués jusqu'à la cessation du contrat d'assurance.

9.4. Transfert du contrat d'assurance

Si la cessation du contrat d'assurance résulte de la décision du preneur d'assurance de s'adresser à un autre organisme de pension pour le financement de ses obligations de pension, le contrat d'assurance peut être racheté dans le but de transférer l'épargne constituée vers cet organisme.

En cas de transfert vers un autre produit de la compagnie ou vers un autre organisme de pension, la compagnie pourra prélever une indemnité de rachat sur l'épargne constituée. Cette indemnité de rachat est calculée selon les modalités visées ci-après :

- 5 % de l'épargne constituée la première année du contrat d'assurance;
- 4 % de l'épargne constituée la deuxième année du contrat d'assurance;
- 3 % de l'épargne constituée la troisième année du contrat d'assurance;
- 2 % de l'épargne constituée la quatrième année du contrat d'assurance;
- 1 % de l'épargne constituée la cinquième année du contrat d'assurance;
- 0 % à partir de la sixième année.

Dans le cas d'un transfert total et si le prélèvement d'une indemnité est effectué, son montant sera au moins égal à 75 EUR. Ce montant forfaitaire est indexé en fonction de l'indice santé (base 1988 = 100).

Article 10

BENEFICIAIRES DU CONTRAT D'ASSURANCE EN CAS DE DECES DE L'ASSURE

Moyennant le respect des autres dispositions des conditions générales, le preneur d'assurance cède à l'assuré le droit de modifier ou de révoquer le(s) bénéficiaire(s) du contrat d'assurance.

L'assuré désigne les bénéficiaires du contrat d'assurance en cas de décès et peut à tout moment modifier ou révoquer ce choix. Pour être opposable à la compagnie, cette modification doit lui être notifiée par un écrit daté et signé par l'assuré. Cette modification est actée par un avenant. L'assuré est responsable du respect des droits éventuels que son époux (épouse) tire de leur régime matrimonial.

Toutefois, dès que les bénéficiaires acceptent le bénéfice du contrat d'assurance, ils acquièrent un droit irrévocable aux prestations qu'ils sont appelés à recevoir.

Tant que l'assuré est en vie, l'acceptation du bénéfice de l'assurance ne peut se faire que par un avenant au contrat d'assurance, signé par ces bénéficiaires et par la compagnie.

Après le décès de l'assuré, la compagnie ne tiendra compte de l'acceptation du bénéfice que si elle est notifiée par écrit aux bénéficiaires.

En cas d'acceptation du contrat d'assurance par le bénéficiaire, la modification de l'attribution bénéficiaire, le rachat du contrat d'assurance, sa mise en gage ou l'octroi d'une avance sur celui-ci sont subordonnés à l'autorisation écrite du bénéficiaire acceptant. Cette autorisation est également requise pour certains actes de gestion (tel qu'un transfert entre fonds d'investissement) ainsi que pour toute modification ayant pour effet de diminuer les prestations assurées relatives aux versements déjà effectués et stipulés au profit du bénéficiaire acceptant.

Article 11

QUELLES SONT LES FORMALITES A RESPECTER POUR LE VERSEMENT DES PRESTATIONS ?

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

- dans tous les cas :
 - une copie recto-verso de la carte d'identité de l'assuré ou du (des) bénéficiaire(s);
- en cas de vie de l'assuré au terme du contrat d'assurance :
 - 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 (n'ont) pas été désigné(s) nominativement, la compagnie doit disposer d'un acte de notoriété établissant les droits du (des) bénéficiaire(s). Cet acte doit mentionner les noms, prénoms, dates et lieux de naissance et adresses des bénéficiaires.

Si le bénéficiaire est mineur et n'a plus ni père ni mère, la compagnie doit disposer d'un document émanant 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.

Article 12**DISPOSITIONS FISCALES, TAXES ET IMPOTS**

En vue de l'application des limites fiscales, l'épargne constituée au terme du contrat est supposée correspondre à une rente cessible à 80% au profit du conjoint survivant ou du partenaire cohabitant légal survivant et indexée annuellement de 2%.

Les éventuels droits de timbre et d'enregistrement, tous impôts, cotisations et taxes éventuels, présents et futurs, applicables aux versements, aux prestations ou à toutes autres sommes dues en vertu du contrat d'assurance, sont à charge du preneur d'assurance ou des bénéficiaires. Ils sont imputés par la compagnie ou prélevés sur le versement, ou les prestations.

Le traitement fiscal dépend de la situation individuelle du bénéficiaire. Ce traitement fiscal est appliqué conformément à la législation belge en vigueur et est susceptible de modification ultérieure.

La compagnie ne peut être tenue pour responsable de la non-réalisation d'avantages fiscaux attendus ni des retenues fiscales ou autres opérées sur le contrat d'assurance dont le montant serait plus élevé que prévu.

Article 13**GESTION**

Le preneur d'assurance veille à l'application du contrat d'assurance et communique, sous sa responsabilité, tous les renseignements et informations nécessaires à la compagnie dans le cadre de la couverture de la personne assurée par le contrat d'assurance et de l'émission, la gestion et la liquidation des contrats d'assurances.

Article 14**INFORMATION ANNUELLE A L'ASSURE**

Chaque année, la compagnie transmettra au preneur d'assurance une fiche de pension contenant des informations détaillées sur la situation du contrat d'assurance de l'assuré qui est toujours effectivement occupé comme dirigeant d'entreprise du preneur d'assurance. Cette fiche de pension reprend les informations prévues par la loi.

Article 15**DISPOSITIONS NON REPRISES EXPLICITEMENT**

Le preneur d'assurance règlera toutes les questions qui ne sont pas réglées explicitement dans le contrat d'assurance concernant sa relation avec l'assuré, selon l'esprit du contrat d'assurance et dans le respect des principes de bonne foi, d'équité et de raison. Il le fera en concertation avec la compagnie pour les éléments auxquels cette dernière a un intérêt.

Article 16**CORRESPONDANCE ET INSTRUCTIONS A LA COMPAGNIE**

Toute notification d'une partie à l'autre est censée être faite à la date de son dépôt à la poste. Les notifications au preneur d'assurance ou à l'assuré sont valablement faites à leur dernière adresse communiquée.

Toute instruction relative au contrat d'assurance doit être adressée à la compagnie par écrit, datée et signée.

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

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

La compagnie se réserve cependant le droit de ne pas y donner suite si l'exécution de l'instruction impliquait une contravention à une disposition légale ou réglementaire ou à une disposition du contrat d'assurance. Dans cette hypothèse, la compagnie informera immédiatement le preneur d'assurance de sa décision.

La compagnie pourra, sans toutefois y être obligée, considérer d'autres formes de notification (fax, e-mail...) comme valables.

Article 17**MODIFICATION DES MONTANTS ET FRAIS FORFAITAIRES ET DES BASES TECHNIQUES**

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

Conformément à la législation en vigueur, 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 aux articles 5.2 et 9.4.

Article 18

BLANCHIMENT DE CAPITAUX

La compagnie est tenue de s'assurer que le contrat d'assurance n'est pas utilisé à des fins de blanchiment de capitaux. Le preneur d'assurance et le bénéficiaire acceptent de se soumettre aux règles relatives à l'identification et au contrôle de l'identité des clients conformément à la législation applicable en la matière et aux règles édictées par l'autorité de contrôle. Ils s'engagent à transmettre à la compagnie tous les documents et informations nécessaires à cet effet, et à communiquer sans délai tout changement dans ceux-ci.

La compagnie a le droit de résilier le contrat d'assurance si le preneur d'assurance ne lui communique pas suffisamment d'informations ou s'il apparaît que le preneur d'assurance avait une raison illicite de conclure le contrat d'assurance.

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

Article 19

SANCTIONS INTERNATIONALES

La compagnie ne peut être tenue de fournir une couverture, de payer un sinistre ou de fournir des prestations concernant le présent contrat d'assurance dans la mesure où la mise à disposition d'une telle couverture, le paiement d'un tel sinistre ou la fourniture de ces prestations exposerait la compagnie à une sanction économique ou commerciale, ou ferait l'objet d'une interdiction ou d'une restriction en vertu des lois ou règlements de toute juridiction à laquelle la compagnie est assujetti.

Article 20

PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Général

Les données à caractère personnel (ci-après les "données personnelles") du preneur et/ou de l'assuré et (le cas échéant) de son représentant légal sont traitées par l'Assureur pour son propre compte, en tant que responsable du traitement, conformément au Règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, ainsi qu'à la Notice relative à la protection des données à caractère personnel de l'Assureur. Cette notice est disponible sur <http://www.athora.com/be/protection-des-donnees.html>. Une version papier de celle-ci peut être obtenue sur simple demande adressée à votre intermédiaire.

Finalités du traitement des données personnelles

Les données personnelles sont traitées par l'Assureur pour les finalités mentionnées dans la Notice ci-dessus et en particulier pour :

- exécuter ses obligations contractuelles et notamment la gestion et l'exécution des services d'assurance, en ce compris la gestion de la relation clientèle ;
- respecter toutes les obligations légales, réglementaire ou administrative auxquelles il est soumis, notamment en matière de retenues (para)fiscales ;
- des raisons qui relèvent de son intérêt légitime e.a. l'établissement de statistiques, la détection et la prévention des abus et de la fraude, la constitution de preuves, la sécurité des réseaux et systèmes informatiques de l'Assureur, la sécurité des biens et des personnes, l'optimisation des processus (par exemple d'évaluation et d'acceptation du risque, des processus internes, etc.), le développement de nouveaux produits, la prospection, les enquêtes de satisfaction.

Dans certains cas les données personnelles peuvent être traitées sur base du consentement de la personne concernée. Lorsque le traitement est fondé sur le consentement de la personne concernée, celle-ci peut à tout moment retirer son consentement. Elle peut également s'opposer à tout moment au traitement des données personnelles concernant

sa santé. Dans ce cas, l'Assureur peut se trouver dans l'impossibilité de donner suite à sa demande d'intervention et/ou ne peut pas exécuter la relation contractuelle.

Données relatives à la santé

Lorsque, dans le cadre de la description du risque ou du traitement d'un sinistre, la personne concernée confie des données relatives à sa santé à l'Assureur, ce dernier veille à ce que ces données soient traitées moyennant le consentement explicite de la personne concernée, dans la poursuite de la finalité consentie. La personne concernée peut à tout moment retirer son consentement relatif au traitement des données à caractère personnel concernant sa santé. Dans ce cas, elle reconnaît l'Assureur ne peut pas donner suite à sa demande d'intervention et/ou ne peut pas exécuter la relation contractuelle.

Transfert des données personnelles

Si les finalités précitées le requièrent et en conformité avec la législation sur la protection de la vie privée, l'Assureur peut communiquer ces données personnelles à d'autres entreprises d'assurance intervenantes(ou à leurs représentants en Belgique ou leurs correspondants à l'étranger), aux entreprises de réassurance concernées, à un expert, à des bureaux de règlements de sinistres, un médecin conseil, à un avocat, à un conseiller technique, à un intermédiaire d'assurances ou à un sous-traitant, à Datassur ESV, à Informex, ou à d'autres sociétés faisant partie du groupe de l'Assureur. En outre, l'Assureur peut transmettre ces données à toute autre personne ou instance en vertu d'une obligation légale ou d'une décision administrative ou judiciaire, ou encore si un intérêt légitime le justifie.

L'Assureur est susceptible de transmettre les données personnelles en dehors de l'Espace économique européen (EEE) dans un pays qui peut, le cas échéant, ne pas assurer un niveau de protection adéquat des données personnelles. Le cas échéant, le transfert des données personnelles ne sera réalisé que moyennant des garanties appropriées et adaptées.

Dans les limites de la réglementation la personne concernée a le droit :

- de prendre connaissance de ses données;
- de demander une rectification des données personnelles erronées;
- de s'opposer au traitement de ses données;
- de demander la limitation du traitement de ses données;
- de demander la suppression de ses données.

Délais de conservation

Les données personnelles recueillies par l'Assureur sont conservées pendant toute la durée du contrat d'assurance, la période de prescription légale ainsi que tout autre délai de conservation qui serait imposé par la législation et la réglementation applicables.

Demande d'information

Pour toute question ou demande relative au traitement de ses données personnelles, la personne concernée est invitée à contacter notre délégué à la protection des données (« Data Protection Officer » ou « DPO ») par courrier ou e-mail à l'adresse suivante:

Par e-mail : dpo.be@athora.com

Par courrier : Athora Belgium S.A.

A l'attention du Data Protection Officer
Rue du Champ de Mars, 23
1050 Bruxelles

Plainte ou recours

Si la personne concernée estime que le traitement de ses données personnelles constitue une violation de la législation en matière de vie privée, elle peut introduire une plainte auprès de l'Autorité de protection des données dont les coordonnées sont les suivantes :

Autorité de protection des données
Rue de la Presse 35
1000 Bruxelles
Tél.: +32 2 274 48 00

Article 21

GESTION DES PLAINTES

En cas de contestation ou plainte vis-à-vis de la compagnie, sans préjudice de la possibilité d'intenter une action en justice, le preneur d'assurance, l'assuré ou le bénéficiaire peuvent contacter la compagnie :

Par écrit à Athora Belgium - Service Gestion des Plaintes - Rue du Champ de Mars, 23 - 1050 Bruxelles

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

Par téléphone au 02/403 81 56

Par fax au 02/403 86 53

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

Conformément à la réglementation en vigueur, la compagnie s'engage à recourir à une procédure de règlement extrajudiciaire des litiges de consommation.

Celle-ci est entièrement gratuite pour le preneur d'assurance, l'assuré ou le bénéficiaire.

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

Article 22

TRIBUNAUX COMPÉTENTS – DROIT APPLICABLE

Tout problème concernant le contrat d'assurance peut être soumis par le preneur d'assurance/ l'assuré à la compagnie, sans préjudice du droit d'intenter une action en justice.

Toutes les contestations éventuelles sont de la compétence exclusive des tribunaux belges.

Le contrat d'assurance est régi par le droit belge, y compris pendant la phase précontractuelle.

Article 23

RESPONSABILITÉ DE LA COMPAGNIE

La compagnie ne donne aucun conseil, ni concernant la souscription, ni concernant les différentes opérations au cours du contrat d'assurance. Le preneur d'assurance et/ou l'assurée feront assister et conseiller par un intermédiaire en assurances de son choix qui devra respecter le devoir de précaution et l'obligation d'avis.

Le preneur d'assurance et l'assuré dispensent notamment la compagnie de toute vérification en la matière et la déchargent de toute responsabilité à l'égard de leurs choix et des conséquences - en particulier des pertes financières - qui peuvent en résulter, notamment si les choix faits ne sont pas adaptés au profil de l'assuré.

Article 24

DIVERS

Les différentes clauses du contrat d'assurance sont indépendantes les unes des autres. La nullité, l'illégalité ou l'inefficacité éventuelle d'une de ces clauses ne remet pas en cause la validité du contrat d'assurance dans son ensemble.

Toute clause déclarée nulle sera remplacée par une clause rectificative avec effet rétroactif à la date d'effet du contrat d'assurance. La compagnie s'engage à adapter cette clause de telle sorte que son contenu soit le plus conforme possible à l'esprit de la clause initiale.



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.*