Conditions Générales PROFILIFE

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

Article 1 QUE FAUT-IL ENTENDRE PAR ?

LA COMPAGNIE :
Athora Belgium S.A., entreprise d'assurances (vie & protection non-vie) agréée sous le code BNB (Banque Nationale de Belgique) n° 0145.

LE(S) PRENEUR(S) D'ASSURANCE :
La (les) personne(s) (physique ou morale) qui conclu(en)t le contrat Profilife auprès de la compagnie et qui effectue(nt) les versements.

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

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

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

L'(LES) ASSURE(E)(S) :
la(les) personne(s) sur laquelle(lesquelles) repose le risque de survenance de l'événement assuré. S'il y a deux assurés, le terme 'assuré' vise, selon le contexte, conjointement les deux assurés ou l'assuré.

LE(S) BENEFICIAIRE(S) :
la ou les personne(s) (physique(s) ou morale(s)) en faveur de laquelle(desquelles) sont stipulées les prestations d'assurances.

LE VERSEMENT :
la prime d'assurance payée par le preneur d'assurance comprenant les taxes et cotisations éventuelles prévues par la législation belge et les frais. Elle ne comprend pas les primes d'assurances complémentaires éventuelles.

LE VERSEMENT NET :
le versement diminué des frais et des éventuelles taxes ou cotisations.

L'ACCIDENT :
tout événement soudain et fortuit qui produit une lésion corporelle objectivement constatable et dont une des causes est extérieure à l'organisme de l'assuré et indépendante de sa volonté ou de celle du bénéficiaire.

Sont assimilés à des accidents :

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

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

LES FONDS D'INVESTISSEMENT :
les fonds internes de Athora Belgium S.A. dans lesquels sont investis les versements nets.

L'UNITÉ :
la part d'un fonds attribuée au contrat.

LE PRIX D'ENTRÉE :
le prix auquel une unité d'un fonds peut être attribuée au contrat. Il correspond au prix d'achat des unités dans le fonds.

LE PRIX DE SORTIE :
le prix auquel une unité d'un fonds peut être reprise. Il correspond au prix de vente des unités du fonds.

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

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

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

Article 2 PROFILIFE, LE CONCEPT

2.1. Comment fonctionne le contrat Profilife ?

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

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

Ces règlements peuvent être consultés sur le site www.athora.com/be ou peuvent être obtenus via votre courtier.

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

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

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

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

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

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

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

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

Un premier versement, dont le montant est déterminé en fonction des garanties choisies, est nécessaire pour la conclusion du contrat.

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

Deux options lui sont offertes :

Option 1 : La planification régulière
Les versements sont effectués à fréquence régulière. Elle peut être annuelle, semestrielle, trimestrielle ou mensuelle. Cependant, la mensualisation des versements n'est possible que pour autant qu'une domiciliation bancaire soit prévue.

Option 2 : La planification personnalisée
Les versements peuvent être "programmés" à cinq dates différentes sur l'année au choix du preneur d'assurance.

Une combinaison des 2 options est possible.

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

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

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

Le preneur d'assurance a la possibilité de prévoir l'indexation annuelle de ses versements, soit sur base d'un taux de 2,5 % ou 5 % (non-fiscalisé), soit selon les barèmes fiscaux (fiscalisé). L'indexation est proposée au 1er janvier de chaque année.

2.2. Quels sont les frais appliqués ?

Des frais sont prélevés sur les versements. Ils s'élèvent à maximum 3,5 % des versements. Les versements bruts et nets sont mentionnés dans les conditions particulières du contrat.

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

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

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

2.3. Mécanisme de l'investissement

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

Une unité est associée à chacun des fonds proposés. Le nombre d'unités acquises est déterminé en millièmes, en divisant la part de chaque versement net dans le fonds par le prix d'entrée de l'unité au plus tard sur la base de la valorisation du 3è 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.

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

2.3.2. Comment la compagnie investit-elle les versements ?
Chaque versement net est réparti entre le ou les fonds d'investissement selon le choix du preneur

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

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

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

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

Article 3 PRESTATION EN CAS DE DÉCÈS

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

En cas de décès de l'assuré, avant le terme du contrat si celui-ci est conclu pour une durée déterminée, la compagnie verse au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) la prestation décès mentionnée aux conditions particulières.

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

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

Le paiement de la prestation décès met fin au contrat.

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

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

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

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

Cette garantie provisoire cesse dès que la garantie décès choisie conformément au point 3.1. sort ses effets.

Au cas où la couverture décès choisie dans la proposition d'assurance est soumise à une acceptation médicale particulière ou en cas d'insuffisance de versement permettant de garantir la prestation décès, la compagnie émettra le contrat en prenant par défaut une couverture décès provisoire égale à 100 % de l'épargne constituée.

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

Les formalités médicales accomplies lors de la souscription peuvent se révéler insuffisantes si les versements effectués dépassent largement l'objectif annuel initialement prévu. Dans ce cas, la compagnie peut demander des formalités médicales supplémentaires.

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

Le coût de la garantie décès est prélevé sur l'épargne constituée du contrat, en nombre d'unités évaluées au prix de sortie du jour de valorisation qui précède le prélèvement

et proportionnellement à l'épargne constituée de chaque fonds choisi. Le premier prélèvement s'effectue à la date à laquelle la garantie décès sort ses effets. Les prélèvements suivants s'effectuent par anticipation le premier de chaque mois.

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

3.4. Modification de la prestation décès

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

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

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

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

3.5. Etendue de la garantie en cas de décès

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

Les risques non couverts sont ceux résultant :

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

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

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

En cas de décès de l'assuré suite à un risque non couvert, la compagnie paie l'épargne constituée et évaluée au plus tard sur la base de la valorisation du 3e jour ouvrable qui suit la notification du décès.

Lorsque le décès résulte du fait intentionnel d'un des bénéficiaires ou à son instigation, le paiement est effectué aux autres bénéficiaires.

Article 4 GARANTIES COMPLEMENTAIRES

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

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

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

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

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

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

La souscription d'un contrat avec deux assurés est incompatible avec la souscription de garanties complémentaires.

Article 5 BASES ET PRISE D'EFFET DU CONTRAT PROFILIFE

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

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

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

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

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

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

Dans les trente jours qui suivent la prise d'effet du contrat, le preneur d'assurance a la possibilité de résilier son contrat. La résiliation de la part du preneur d'assurance s'effectue par l'envoi d'un courrier recommandé daté et signé avec effet immédiat au moment de la notification.

Dans ce cas, la compagnie rembourse au preneur d'assurance la valeur des unités attribuées au versement, sous déduction du coût de la garantie décès et majorée des frais d'entrée, et évaluée au plus tard sur la base de la valorisation du 3è jour ouvrable qui suit le jour de la réception de la demande de résiliation.

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

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

Article 6 DISPONIBILITÉ DE L'ÉPARGNE CONSTITUÉE

6.1. Terme

Dans le cas où le contrat est conclu pour une durée déterminée, l'épargne constituée est versée, en cas de vie de l'assuré ou d'un des assurés au terme, au(x) bénéficiaire(s)

désigné(s) et ne donne lieu à aucun prélèvement d'indemnité. L'épargne constituée est évaluée au plus tard sur la base de la valorisation du 3è jour ouvrable qui suit la date d'échéance.

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

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

6.2. Transferts

6.2.1. Transferts entre fonds d'investissement de Profilife

Le preneur d'assurance peut transférer à tout moment tout ou partie des unités d'un ou plusieurs fonds vers un ou plusieurs autres fonds autorisés par la compagnie en utilisant le bulletin de transfert, fourni par l'intermédiaire d'assurance. Le montant transféré des fonds d'investissement est déterminé par le nombre d'unités, évaluées au prix de sortie du jour de valorisation qui suit la date de réception de la demande. Le montant total transféré ne peut être inférieur à 250 EUR. Ce montant, déduction faite des charges de transferts et impôts éventuels, est réparti en pourcentage entre les fonds d'investissement selon le choix du preneur d'assurance. En cas de transfert partiel, la valeur de chaque fonds constituant le contrat 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 3è jour ouvrable qui suit la date de réception de la demande datée et signée.

6.2.2. Transferts entre Self Life et Profilife (contrat Cameleon)

Le preneur d'assurance peut transférer à tout moment, tout ou partie de l'épargne constituée (en EUR) du contrat Self Life et/ou tout ou partie des unités des fonds du contrat Profilife vers le contrat Self Life et/ou un ou plusieurs autres fonds d'investissement autorisés par la compagnie, en utilisant le bulletin de transfert, prévu à cet effet, daté et signé. Le montant transféré sortant des fonds d'investissement est déterminé par le nombre d'unités, évaluées aux prix de sortie du jour de valorisation qui suit la date de réception de la demande. Le montant transféré total ne peut être inférieur à 250 EUR. Ce montant, déduction faite des charges de transferts et impôts éventuels, est réparti en pourcentage entre le contrat Self Life et/ou les fonds d'investissement selon le choix du preneur d'assurance. Le transfert vers les fonds d'investissement s'effectue par attribution de nouvelles unités évaluées au plus tard sur la base de la valorisation du 3è jour ouvrable qui suit la date de réception de la demande. En cas de transfert partiel, l'épargne restante sur le contrat Self Life, de même que la valeur de chaque fonds d'investissement en Profilife, ne peut être inférieure à 250 EUR. En cas de transfert total vers le contrat Profilife, le contrat Self Life est considéré comme annulé et vice-versa.

6.2.3. Charges de transferts

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

6.3. Retrait

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

Toutefois après retrait partiel, l'épargne constituée du contrat ne peut être inférieure à 1 250 EUR.

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

Le retrait des unités s'effectue au plus tard sur la base de la valorisation du 3è jour ouvrable qui suit le jour où la compagnie reçoit en retour la quittance de liquidation signée par le preneur d'assurance, à condition que le délai écoulé entre la date de la demande de

retrait et la date de réception de la quittance signée n'excède pas 1 mois. Passé ce délai, une nouvelle demande de retrait devra être effectuée.

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

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

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

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

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

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

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

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

6.4. Avance

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

Article 7 DISPOSITIONS DIVERSES

7.1. Quels sont les droits des bénéficiaires ?

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

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

Toutefois, dès que le(s) bénéficiaire(s) accepte(nt) le bénéfice du contrat, il(s) acquièr(en)t un droit irrévocable aux prestations qu'il(s) est(sont) appelé(s) à recevoir.

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

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

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

7.2. Cession de droits

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

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

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

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

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

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

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

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

dans tous les cas :

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

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

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

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

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

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

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

Le paiement est effectué contre quittance signée.

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

7.4. Modification du contrat

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

Le preneur d'assurance peut demander que la compagnie adapte les conditions particulières du contrat.

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

Toute adaptation doit être notifiée par un écrit daté et signé du preneur d'assurance et est confirmée par un avenant ou un document actant la modification.

7.5. Information annuelle

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

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

La compagnie se réserve le droit de demander des frais ou indemnités pour des dépenses particulières occasionnées par le fait du preneur d'assurance, de l'assuré ou du bénéficiaire. Ces dépenses particulières sont notamment les dépenses occasionnées par les recherches d'adresses, les recherches de bénéficiaires, les envois recommandés, les demandes de justificatifs et duplicata de toute sorte, les demandes de relevés de paiements et les paiements provenant de l'étranger.

Les éventuels droits de timbre et d'enregistrement, tous impôts et taxes éventuels, présents et futurs, applicables à toutes les sommes dues de part et d'autre en vertu du contrat, sont également à charge du preneur d'assurance ou des bénéficiaires.

Le traitement fiscal dépend de la situation individuelle du preneur d'assurance. Ce traitement fiscal est appliqué conformément à la législation en vigueur au moment de la souscription et est susceptible de modification ultérieure.

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

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

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

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

Cet article ne vise pas les 75 EUR mentionnés au point 6.2.

7.8. Comment adresser les instructions relatives au contrat ?

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

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

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

Sauf convention contraire, les instructions prendront cours au plus tard sur la base de la valorisation du 3è 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 elle a le sentiment que l'exécution de celle-ci impliquerait une contravention à une disposition légale ou réglementaire ou à une disposition du présent contrat. Dans cette hypothèse, la compagnie informe immédiatement le preneur d'assurance de sa décision.

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

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

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

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

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

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

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

7.10. Gestion de 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.

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.

7.11. Dispositions propres à FATCA ('Foreign Account Tax Compliance Act') et CRS ('Common Reporting Standards')

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7.12. Dispositions propres à la couverture contre les actes de terrorisme

7.12.1 Définition

Par terrorisme, on entend une action ou une menace d'action organisée dans la clandestinité à des fins idéologiques, politiques, ethniques ou religieuses, exécutée individuellement ou en groupe et attentant à des personnes ou détruisant partiellement ou totalement la valeur économique d'un bien matériel ou immatériel, soit en vue d'impressionner le public, de créer un climat d'insécurité ou de faire pression sur les autorités, soit en vue d'entraver la circulation et le fonctionnement normal d'un service ou d'une entreprise.

Les dommages causés par des armes ou des engins destinés à exploser par une modification de structure du noyau atomique ne sont pas couverts dans le présent contrat.

7.12.2 Adhésion à TRIP

La compagnie couvre les dommages causés par le terrorisme. Celle-ci est membre à cette fin de l'ASBL Terrorism Reinsurance and Insurance Pool (TRIP). Conformément à la loi du 1er avril 2007 relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme, l'exécution de tous les engagements de l'ensemble des entreprises d'assurances membres de l'ASBL est limitée à 1 milliard d'euros par année civile pour les dommages causés par tous les événements reconnus comme relevant du terrorisme, survenus pendant cette année civile. Ce montant est adapté, le 1er janvier de chaque année, à l'évolution de l'indice des prix à la consommation, l'indice de base étant celui de décembre 2005. En cas de modification légale ou réglementaire de ce montant de base, le montant modifié sera automatiquement applicable dès la prochaine échéance suivant la modification, sauf si le législateur a prévu explicitement un autre régime transitoire.

Si le total des indemnités calculées ou estimées excède le montant cité dans le précédent alinéa, une règle proportionnelle est appliquée : les indemnités à payer sont limitées à concurrence du rapport entre le montant cité dans le précédent alinéa ou les moyens encore disponibles pour cette année civile et les indemnités à payer imputées à cette année civile.

7.12.3 Régime de paiement

Conformément à la loi susmentionnée du 1er avril 2007, le Comité décide si un événement répond à la définition de terrorisme. Afin que le montant cité à l'article 7.12.2 ne soit pas dépassé, ce Comité fixe, six mois au plus tard après l'événement, le pourcentage de l'indemnisation que les entreprises d'assurances membres de l'ASBL doivent prendre en charge en conséquence de l'événement. Le Comité peut revoir ce pourcentage. Le Comité prend, au plus tard le 31 décembre de la troisième année suivant l'année de survenance de l'événement, une décision définitive quant au pourcentage d'indemnisation à payer.

L'assuré ou le bénéficiaire ne peut prétendre, envers la compagnie, à l'indemnisation qu'après que le Comité a fixé le pourcentage, la compagnie paie le montant assuré conformément au pourcentage fixé par le Comité.

Si le Comité diminue le pourcentage, la réduction de l'indemnité ne sera pas applicable aux indemnités déjà payées, ni aux indemnités restant à payer pour lesquelles la compagnie a déjà communiqué sa décision à l'assuré ou au bénéficiaire.

Si le Comité relève le pourcentage,l'augmentation de l'indemnité s'applique pour tous les sinistres déclarés découlant de l'événement reconnu comme relevant du terrorisme.

Les dispositions du présent chapitre ne sont pas applicables à la valeur de rachat théorique des assurances-vie.

Article 8 DISPOSITIONS RELATIVES À LA DISTRIBUTION DES PRODUITS D'ASSURANCE : IDD

8.1. Devoir de diligence

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'assuré se 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.

8.2. Conflits d'intérêt

Les résumés des politiques de rémunération et de gestion des conflits d'intérêts de Athora Belgium sont disponibles sur le site web de l'entreprise www.athora.com/be.

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

Article 9 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 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 assujettie.

Article 10 PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

10.1 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 la Compagnie 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 la Compagnie. 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.

10.2 Finalités du traitement des données personnelles

Les données personnelles sont traitées par la Compagnie 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 la Compagnie, la sécurité des biens et des personnes, l'optimalisation 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, la Compagniepeut se trouver dans l'impossibilité de donner suite à sa demande d'intervention et/ou ne peut pas exécuter la relation contractuelle.

10.3 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 la Compagnie, 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.

10.4. Transfert des données personnelles

Si les finalités précitées le requièrent et en conformité avec la législation sur la protection de la vie privée,la Compagnie 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 la Compagnie En outre, la Compagniepeut 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.

la Compagnie 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.

10.5. Droits de la personne concernée

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.

10.6. Délais de conservation

Les données personnelles recueillies par la Compagnie 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.

10.7. 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

10.8 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 11 **ARTICLE DIVERS**

Les différentes clauses du contrat 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 dans sa totalité.
Toute clause ainsi déclarée invalide sera remplacée par une clause rectificative avec effet rétroactif à la date d'effet du contrat. 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.*