Conditions Générales

SELF LIFE
DYNAMICO JUNIOR

Les présentes conditions générales décrivent le fonctionnement et les possibilités offertes par votre contrat Self Life Dynamico Junior 100% réserve. Afin 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 Self Life Dynamico Junior 100% réserve auprès de la compagnie et qui effectue(nt) les versements.

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

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

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

L'(LES)ASSURÉ(E)(S) :
la (les) personne(s) sur laquelle (lesquelles) repose(nt) le risque de survenance de l'événement assuré.

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

LE(S) 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 BASES TECHNIQUES :
les bases techniques sont composées des lois de mortalité, du taux d'intérêt technique, du chargement d'inventaire et des chargements proportionnels au(x) versement(s).

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 SELF LIFE DYNAMICO JUNIOR 100% RÉSERVE, LE CONCEPT

2.1. Comment fonctionne le contrat Self Life Dynamico Junior 100% réserve ?

Self Life Dynamico Junior 100% réserve est un contrat d'assurance vie à versements planifiés souscrit entre le preneur d'assurance et la compagnie.

Les rendements obtenus dans le passé ne constituent aucune garantie pour l'avenir.

Les versements

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

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

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). Les conditions particulières complètent et précisent les conditions générales. En cas de contradiction, les conditions particulières priment. Les conditions générales et particulières doivent être fournies au(x) client(s) sur un support durable (papier, digital, ...).

L'information concernant la politique en matière de conflits d'intérêts et de rémunérations est disponible sur le site web de la compagnie https://www.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.

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

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

Deux options lui sont offertes :

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

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

Une combinaison des 2 options est possible.

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

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

En cours de contrat, le preneur d'assurance a la possibilité de modifier les modalités de son plan de versements. Cette modification est actée par avenant.

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.

La même procédure est appliquée si les versements annuels sont inférieurs aux maxima fiscalement déductibles.

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

2.2. Quels sont les frais appliqués ?

Des frais sont prélevés sur les versements (chargements proportionnels). Ils s'élèvent à maximum 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.

Des frais forfaitaires d'encaissement sont prélevés sur chaque versement, ils s'élèvent à 1,24 EUR. Dans le cas où le versement est encaissé par domiciliation bancaire, ces frais sont réduits à zéro.

2.3. Mécanisme de l'épargne

2.3.1. Epargne constituée

Le résultat de la capitalisation des versements nets, sous déduction le cas échéant du coût du risque décès et majoré des participations bénéficiaires acquises, forme ce que l'on appelle la réserve du contrat ou encore l'épargne constituée.

Chaque versement bénéficie du taux d'intérêt garanti (taux d'intérêt technique) en vigueur lors de sa réception par la compagnie quelle que soit la conjoncture économique et à partir de la date intérêt.

Le taux d'intérêt garanti à la souscription est fixé en conditions particulières.

La date intérêt est fixée au 15 du mois pour tout versement comptabilisé sur le compte bancaire de la compagnie entre le 1 et le 15 du mois et au premier du mois suivant pour tout versement comptabilisé entre le 16 et le dernier jour du mois.

2.3.2. Les contrats participent-ils aux bénéfices ?

La compagnie répartit au 31 décembre de chaque année une participation bénéficiaire en fonction des résultats favorables de sa gestion. Elle est déterminée suivant un plan de participation soumis annuellement à la FSMA (Financial Services and Markets Authority). La participation bénéficiaire est octroyée sous forme d'un intérêt supplémentaire rémunérant l'épargne constituée et s'ajoute à cette dernière. Le montant de cet intérêt supplémentaire est calculé proportionnellement au montant d'intérêt technique de l'année. La participation bénéficiaire est communiquée annuellement au preneur d'assurance.

Article 3 PRESTATION EN CAS DE DECES

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

En cas de décès de l'assuré ou d'un des deux assurés dans le cas où le contrat est souscrit sur deux têtes, avant le terme du contrat, la compagnie versera au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) la prestation décès mentionnée aux conditions particulières évaluée le 1er jour du mois de la date où la compagnie a eu connaissance du décès.

Le paiement de la prestation décès met fin au contrat.

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

Dès réception par la compagnie de la proposition d'assurance dûment complétée et signée, enregistrement du premier versement sur le compte financier de la compagnie, la garantie décès sort ses effets à la date indiquée aux conditions particulières.

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

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

3.3. 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 ; toutefois, la prestation décès est acquise lorsque le décès de l'assuré a pour cause un acte de terrorisme à condition que l'assuré n'y a pas pris une part active et volontaire;
- 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 le 1er jour du mois de la date où la compagnie a eu connaissance 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 (décès et invalidité totale et permanente) ;
- exonération des primes en cas d'incapacité de travail.

Le preneur d'assurance a également la possibilité de souscrire la garantie Junior Assistance conformément aux conditions générales y afférent.

Les garanties complémentaires cessent en cas de résiliation, d'arrivée à 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.

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.

En cas de résiliation de l'assurance principale, les assurances complémentaires prennent fin à la même date. Les versements effectués restent acquis à la compagnie pour le prix du risque couvert.

Article 5 BASES ET PRISE D'EFFET DU CONTRAT SELF LIFE DYNAMICO JUNIOR 100% RÉSERVE

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

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

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. Cette possibilité lui est également accordée si le contrat est souscrit en couverture ou en reconstitution d'une crédit sollicité par le preneur d'assurance, dans les trente jours à compter du moment où il a connaissance que le crédit sollicité n'est pas accordé. La résiliation de la part du preneur d'assurance s'effectue par l'envoi d'un recommandé daté et signé avec effet immédiat au moment de la notification. Dans ce cas, la compagnie rembourse au preneur d'assurance le versement déduction faite le cas échéant du coût de la garantie décès. La résiliation par la compagnie devient effective 8 jours après la notification faite par la compagnie.

Article 6 DISPONIBILITE DE L'EPARGNE CONSTITUEE

6.1. Transferts

6.1.1. Transferts entre Self Life Dynamico Junior 100% réserve et Profilife Junior (contrat Cameleon Dynamico Junior)

Le preneur d'assurance peut transférer à tout moment, tout ou partie de l'épargne constituée (en EUR) du contrat Self Life Dynamico Junior 100% réserve et/ou tout ou partie des unités des fonds du contrat Profilife Junior vers le contrat Self Life Dynamico Junior 100% réserve 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 Dynamico Junior 100% réserve et/ou les fonds d'investissement selon le choix du preneur d'assurance. Le transfert vers les fonds d'investissement s'effectue par attribution de nouvelles unités évaluées au prix de sortie du jour de valorisation qui suit la date de réception de la demande. En cas de transfert partiel, l'épargne restante sur le contrat Self Life Dynamico Junior 100% réserve, de même que la valeur de chaque fonds d'investissement en Profilife Junior, ne peut être inférieure à 250 EUR. En cas de transfert total vers le contrat Profilife Junior, le contrat Self Life Dynamico Junior 100% réserve est considéré comme annulé et vice-versa.

6.1.2. 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 Dynamico Junior 100% réserve ou fonds d'investissement).

6.2. Retrait

Le preneur d'assurance peut à tout moment en cours de contrat retirer tout ou partie de son épargne, sauf dans le cas où une législation ou une réglementation applicable au contrat l'interdit ou que des conditions spécifiques sont mentionnées dans les conditions particulières. Le retrait doit être demandé par le preneur d'assurance au moyen d'un écrit daté et signé par lui, accompagné d'une copie recto-verso de sa carte d'identité.

Le nombre de retraits sera limité à 1 retrait par mois avec un maximum de 4 retraits par an. Le montant minimum par retrait est de 250 EUR.

Une réserve minimale doit être maintenue sur le contrat. Elle s'élève à 1 250 EUR.

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

Tout retrait fera l'objet d'un prélèvement , à titre d'indemnité de rachat, déterminé selon les modalités suivantes :

- 5 % du montant retiré la première année du contrat ;
- 4 % du montant retiré la deuxième année du contrat ;
- 3 % du montant retiré la troisième année du contrat ;
- 2 % du montant retiré la quatrième année du contrat ;
- 1 % du montant retiré la cinquième année du contrat.

Ensuite, à partir de la sixième année, jusqu'aux 60 ans de l'assuré, quel que soit le terme du contrat, le prélèvement effectué sera de 1 %, tandis qu'au-delà de 60 ans, plus aucun prélèvement ne sera effectué. 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).

A l'occasion d'événements tels que la communion (ou tout événement équivalent), l'hospitalisation, les études supérieures ou le mariage de l'enfant à doter, des retraits jusqu'à concurrence de maximum 50 % de la réserve sont possibles. Ces retraits ne feront l'objet d'aucun prélèvement pour autant qu'à ce moment, le contrat ait une existence d'au moins 5 ans, que la demande se fasse dans un délai de 3 mois avant ou après l'événement, et s'accompagne de pièces justificatives.

Le retrait total constitue un rachat et met fin au contrat. Le retrait total ne sera pratiquement payé qu'à condition que le montant net à liquider s'élève à minimum 12,50 EUR. 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.

6.3. Terme

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

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

6.4. Avance

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

Article 7 DISPOSITIONS DIVERSES

7.1. Quels sont les droits des bénéficiaires ?

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

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 ou effectuer un transfert vers Profilife Junior (Cameleon Dynamico Junior) si le bénéficiaire acceptant est différent de celui du contrat Self Life Dynamico Junior 100% réserve.

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'(les)assuré(s), les droits du contrat sont transférés de plein droit au preneur d'assurance survivant, sauf désignation expresse différente dans les conditions particulières.

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) ;

en cas de vie de l'assuré au terme du contrat :

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

en cas de décès de l'assuré ou d'un des deux assurés :

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

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

Si le bénéficiaire est mineur et n'a plus ni père ni mère : un document attestant de l'autorisation du juge de paix. Ce document doit mentionner le nom du tuteur légal et le numéro du compte bancaire du bénéficiaire mineur.La compagnie peut en outre réclamer toute pièce complémentaire jugée nécessaire et procéder, à ses propres frais, à un examen post mortem.

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

Le paiement est effectué contre quittance signée.

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

7.4. 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 l'état de l'épargne constituée compte tenu des versements et des retraits effectués durant l'année écoulée et de la participation bénéficiaire acquise.

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.

En particulier, la compagnie peut porter en compte des frais pour les vérifications et recherches, qu'elle fera dans le cadre d'un contrat dit « dormant », en exécution de la Loi portant des dispositions diverses (I) (1) du 24 juillet 2008. Un contrat d'assurances « dormant » est un contrat d'assurance qui n'a pas fait l'objet de la part du bénéficiaire d'une intervention dans les six mois de la prise de connaissance de la survenance du risque par l'entreprise d'assurances. Ces frais ne peuvent pas excéder 5 % des prestations assurées sans pouvoir excéder 200 EUR. Ce montant maximum forfaitaire est fixé par l'Arrêté Royal du 14/11/2008 et peut être adapté par le Roi.

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

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

7.7. 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.

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

Sauf convention contraire, les instructions prendront cours le 1er 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, l'assureur peut valablement envoyer tout avis au preneur d'assurance conjointement aux deux preneurs d'assurance et peut utiliser l'adresse du 'premier preneur d'assurance' figurant dans la proposition comme adresse de correspondance unique.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Au cas où la présence d'un indice US mène à l'application des obligations de reporting prévues par la 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

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

7.11.1 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.

7.11.2. 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.

7.11.3 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 7.11.2 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 MIFID

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

Conformément à la législation MiFID, 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.

8.3. Sanctions internationales

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

- ont été enregistrées sur les listes des sanctions internationales établies en vue de prévenir le phénomène de terrorisme ; ou

- font l'objet de mesures restrictives émises par un Etat ou une organisation internationale ; ou
- si le sinistre a lieu dans un pays soumis à des sanctions internationales.

8.4. Gestion de plaintes

En cas de plainte au sujet du présent document, le preneur d'assurance peut 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.

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 9 PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

9.1. 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 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.

9.2. 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'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, 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.

9.3. 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 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.

9.4. 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.

9.5. 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.

9.6. 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.

9.7. 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

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.*