

Top Multilife

Conditions générales et produit de l'assurance-vie

SUPPORTER DE VOTRE VIE



TABLE DES MATIÈRES

CONDITIONS GÉNÉRALES.....	4
Partie I : Conditions produit et dispositions communes.....	4
Article 1 : Que faut-il entendre par	4
Article 2 : Quelle est la structure de votre contrat ?.....	4
Article 3 : Quelle est la durée du contrat.....	5
Article 4 : Le capital garanti en cas de décès.....	5
Article 5 : Quelle est votre liberté d'action ?.....	6
Partie II : L'étendue de l'assurance.....	8
Article 1 : En quoi consiste votre contrat ?.....	8
Article 2 : Sur quelles bases le contrat est-il établi ?.....	8
Article 3 : Quand est-on assuré ?.....	8
Article 4 : Les primes.....	9
Partie III : Le capital garanti en cas de décès.....	9
Article 1 : En quoi consiste ce capital ?.....	9
Article 2 : Le terrorisme est-il couvert ?.....	9
Article 3 : Quels sont les risques exclus en cas de décès ?.....	9
Article 4 : Que payons-nous si le décès résulte d'un risque exclu ?.....	10
Article 5 : Quand payons-nous le capital décès ?.....	10
Partie IV : L'évolution de votre contrat.....	10
Article 1 : Que se passe-t-il en cas de prédécès du preneur d'assurance s'il n'est pas l'assuré ?.....	10
Article 2 : Comment exécutons-nous vos instructions ?.....	10
Article 3 : Quand êtes-vous informés ?.....	11
Partie V : Dispositions propres au fonds à actifs dédiés.....	11
Article 1 : Le capital en cas de vie.....	11
Article 2 : Quelle est votre liberté d'action ?.....	11
Article 3 : De quelle information disposez-vous ?.....	11
Partie VI : Dispositions communes au fonds d'investissement.....	12
Article 1 : Le capital en cas de vie.....	12
Article 2 : Quelle est votre liberté d'action ?.....	12
Article 3 : Mandat de domiciliation européenne [SEPA].....	12
Article 4 : Que se passe-t-il en cas de	13
Article 5 : De quelle information disposez-vous ?.....	13
Partie VII : Assurance complémentaire contre le décès ou l'invalidité permanente dû à un accident.....	13
Article 1 : Qu'assurons-nous ?.....	13
Article 2 : Où l'assurance est-elle valable ?.....	13
Article 3 : Qu'entend-on par 'accident' ?.....	13
Article 4 : Comment est fixé le degré de l'invalidité ?.....	14
Article 5 : Quels sont les risques exclus ?.....	14

Article 6 : Quelles sont les obligations de l'assuré et du bénéficiaire ?.....	15
Article 7 : Comment constatons-nous l'invalidité totale ou permanente ?.....	16
Article 8 : Quand cette assurance complémentaire prend-elle fin ?.....	16
Partie VIII : Assurance complémentaire contre le risque d'incapacité de travail.....	17
Article 1 : Qu'entend-on par	17
Article 2 : Objet de l'assurance.....	18
Article 3 : Les prestations et les modalités y afférentes.....	19
Article 4 : Formalités médicales.....	19
Article 5 : Affections préexistantes.....	19
Article 6 : Étendue géographique des garanties.....	20
Article 7 : Quand a-t-on droit aux prestations ?.....	20
Article 8 : Quels sont les risques exclus ?.....	21
Article 9 : Quelles sont les modalités de paiement de la prime ?.....	22
Article 10 : Quelles sont les obligations du preneur d'assurance, de l'assuré ou de ses ayants droit ?.....	22
Article 11 : Comment fixe-ton l'incapacité ?.....	23
Article 12 : Que se passe-t-il lors d'un changement du taux d'incapacité ?.....	23
Article 13 : Adaptation des conditions d'assurance et de prime.....	24
Article 14 : Quand cette assurance complémentaire prend-elle fin ?.....	24
Article 15 : Poursuite individuelle d'un contrat d'assurance lié à l'activité professionnelle.....	24
Article 16 : Préfinancement de la poursuite individuelle d'un contrat d'assurance lié à l'activité professionnelle.....	24
Partie IX : Règlement de participation bénéficiaire du fonds « Pension Life ».....	25
Article 1 : Quels sont les objectifs d'investissement du fonds « Pension Life » ?.....	25
Article 2 : Comment le rendement est-il déterminé ?.....	25
Article 3 : Autres dispositions.....	26
Partie X : Dispositions diverses.....	27
Article 1 : Qu'entend-on par le document d'information légal ?.....	27
Article 2 : Taxes et frais éventuels.....	27
Article 3 : Principes généraux.....	27
Article 4 : Correspondance – loi applicable – demande d'informations et plaintes.....	27
LEXIQUE.....	29
INFORMATION FISCALE.....	30
COMMUNICATION AU POINT DE CONTACT CENTRAL.....	31
CLAUSE PRIVACY.....	32

CONDITIONS GÉNÉRALES

Partie I : Conditions produit et dispositions communes

Article 1 : Que faut-il entendre par ...

Fonds à actifs dédiés

Actifs séparés des autres actifs de l'entreprise d'assurance et constituant un fonds à actifs dédiés. AG s'engage, en plus des bases tarifaires, à répartir et à attribuer, sous forme de participation bénéficiaire, une part du bénéfice réalisé provenant des placements de ces actifs.

Le règlement de participation bénéficiaire de ce fonds à actifs dédiés fait partie intégrante des conditions générales et produit.

Fonds d'investissement

Les fonds définis aux conditions particulières.

Les fonds disponibles sont décrits dans le document d'information légal et, pour les contrats fiscalisés, dans la fiche-info financière.

Unité

La part unitaire d'un fonds d'investissement.

Valeur d'unité

La valeur d'unité est égale à la valeur nette d'inventaire du fonds d'investissement divisé par le nombre d'unités comprises à ce moment dans ce fonds.

Jour de valorisation

Le jour de la détermination de la valeur d'unité d'un fonds d'investissement, tel que précisé dans le règlement de gestion.

Réserve du contrat

La réserve du contrat est la somme

- de la réserve de la partie du contrat investie dans le fonds à actifs dédiés
- et
- de la réserve de la partie du contrat exprimée en unités, qui résulte du nombre d'unités de chaque fonds d'investissement attribuées à votre contrat multiplié par la valeur d'unité.

Taux de base

Le(s) taux d'intérêt technique(s) applicable(s) au contrat.

Article 2 : Quelle est la structure de votre contrat ?

Votre contrat peut être composé de deux parties, l'une investie dans le fonds à actifs dédiés, l'autre liée à des fonds d'investissement et exprimée en unités. Le mode de répartition entre les deux parties est précisé aux conditions particulières. Pour la partie liée à des fonds d'investissement, vous supportez entièrement, en tant que preneur d'assurance, le risque financier de l'opération.

Article 3 : Quelle est la durée du contrat

Le Top Multilife sans immunisation fiscale des primes est une assurance-vie à durée indéterminée ou avec une durée déterminée dont le terme est mentionné dans vos conditions particulières. En cas d'une durée déterminée, si l'assuré est en vie au terme du contrat, nous payons alors le capital vie assuré au bénéficiaire en cas de vie et le contrat prend fin. Si l'assuré décède avant le terme du contrat, nous payons le capital décès au bénéficiaire en cas de décès que vous avez désigné et le contrat prend également fin.

Le Top Multilife avec immunisation fiscales des primes est une assurance-vie à durée déterminée avec un terme fixe aux 99 ans de l'assuré. Si l'assuré est en vie au terme du contrat, nous payons alors le capital assuré au bénéficiaire en cas de vie et le contrat prend fin. Le bénéficiaire en cas de vie est le preneur d'assurance. Le risque de décès de l'assuré est couvert quel que soit le moment de son décès. Lorsque l'assuré décède, le contrat prend fin et nous versons le capital assuré. Toutefois, lorsque des prélèvements sont effectués, le contrat prend fin dès l'épuisement complet des unités qui lui sont attribuées. Dès cet instant, le décès de l'assuré n'est plus couvert.

Article 4 : Le capital garanti en cas de décès

4.1. En quoi consiste le capital décès ?

Vous avez le choix entre les différentes options décès précisées dans la police présignée ou le formulaire d'inscription. L'option choisie est mentionnée aux conditions particulières. L'option décès peut être modifiée à tout moment.

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

La garantie décès sort ses effets dès enregistrement sur notre compte financier de la prime permettant de prélever le coût de cette garantie sur la réserve du contrat, sous réserve du résultat favorable des formalités médicales prévues pour les options décès autres que l'option 'réserve du contrat'. La date d'effet est indiquée aux conditions particulières.

En cas de cessation du paiement des primes, 'le capital décès minimum' ou 'le capital décès complémentaire' éventuel est maintenu aussi longtemps que la réserve du contrat est suffisante pour le prélèvement des primes de risque.

4.3. Comment le coût de la garantie décès est-il prélevé ?

Le coût de la garantie décès est prélevé anticipativement chaque mois, proportionnellement à chaque tranche de réserve au même taux de base, en premier lieu sur la partie du contrat investie dans le fonds à actifs dédiés. En cas d'insuffisance de cette partie, le coût est prélevé, anticipativement chaque mois, sur la partie de votre contrat exprimée en unités. Le prélèvement s'effectue par annulation du nombre d'unités correspondantes. Il s'opère proportionnellement sur les différents fonds que vous avez choisis.

Si la réserve du contrat ne permet plus d'y prélever le coût de la garantie décès, nous vous en informons par écrit.

Un tableau des taux des primes applicables en cas de décès est communiqué dans le document d'information légal. Ce tableau vous donne le taux de la prime à appliquer pour la garantie décès en fonction de l'âge. Si l'âge de l'assuré n'est pas entier, on applique la moyenne mathématique des taux de prime des deux âges entiers entre lesquels se situe l'âge de l'assuré.

La prime de risque décès est déterminée en fonction du taux de prime à appliquer et par le montant du capital sous risque. Le capital sous risque en cas de décès est égal à la différence entre le capital décès, mentionné dans les conditions particulières, et la réserve du contrat au moment du prélèvement de la prime de risque.

Article 5 : Quelle est votre liberté d'action ?

5.1. Désigner les bénéficiaires

Vous pouvez désigner un ou plusieurs bénéficiaires en cas de vie ou en cas de décès de l'assuré ; vous pouvez modifier votre choix à tout moment. Nous ne tiendrons compte de votre désignation ou révocation que si elle nous est notifiée par un écrit daté et signé par vous.

Le bénéficiaire que vous avez désigné peut accepter le bénéfice du contrat.

Dès l'instant où le bénéficiaire désigné accepte le bénéfice, vous ne pourrez, entre autres, sans son accord exprès, obtenir de nouveaux rachats, modifier la clause bénéficiaire, prolonger la durée du contrat, mettre le contrat en gage ou transférer les droits résultant du contrat. Tant que vous êtes en vie, l'acceptation du bénéfice ne peut se faire que par un avenant au contrat signé par ce bénéficiaire, par vous et par nous.

Après votre décès, nous ne tiendrons compte de l'acceptation du bénéfice que si elle nous est notifiée par écrit par le bénéficiaire.

Lorsqu'il est mentionné en qualité de bénéficiaire du contrat 'les frères et sœurs du preneur/assuré, par parts égales' sans faire référence aux demi-frères ou demi-sœurs de celui-ci, et s'il existe des demi-frères ou demi-sœurs au moment de la liquidation du contrat, la répartition se fera selon la règle suivante : 'les frères et sœurs du preneur d'assurance/ assuré par parts égales, en ce compris les demi-frères et demi-sœurs à concurrence de la moitié des parts d'un frère ou d'une sœur'.

5.2. Mise en gage et cession des droits

Vous pouvez mettre en gage votre contrat ou céder les droits résultant de ce contrat à un tiers, notamment en garantie d'une dette. Cette mise en gage ou cette cession doit faire l'objet d'un avenant signé par les trois parties concernées : vous, nous et le créancier gagiste ou cessionnaire des droits.

5.3. Modifier le capital garanti en cas de décès

Vous pouvez à tout moment modifier votre capital garanti en cas de décès moyennant notre acceptation en cas d'augmentation de ce capital.

5.4. Racheter votre contrat

5.4.1. Généralités

Vous avez la faculté de racheter totalement ou partiellement votre contrat selon les modalités fixées aux conditions particulières et aux présentes conditions produit. Un rachat partiel ou périodique n'est pas possible pour les contrats avec immunisation fiscale des primes. Dans ce cas, seul un rachat total du contrat est possible. Un rachat partiel est toutefois possible pour les contrats avec immunisation fiscale dans le cadre de l'épargne-pension à partir de l'année où le preneur n'est plus susceptible de bénéficier de la réduction d'impôt sur les primes de son contrat. Le rachat est limité à la réserve de votre contrat diminué de l'indemnité de rachat mentionnée dans le document d'information légal. Le rachat total met fin au contrat. En cas de rachat total, l'original de votre contrat doit nous être restitué.

Vous faites la demande de rachat au moyen du formulaire de rachat de l'entreprise d'assurances daté et signé par vous. Le montant minimum du rachat est mentionné dans le document d'information légal. Le rachat prend cours à la date à laquelle la quittance de rachat ou tout document équivalent est signé par vous et réceptionnée par la compagnie d'assurance.

Chaque rachat partiel [les rachats périodiques compris] est prélevé proportionnellement à la réserve de la partie du contrat investie dans le fonds à actifs dédiés et à la réserve de la partie du contrat exprimée en unités au moment du rachat. Pour la partie investie dans le fonds à actifs dédiés, chaque rachat partiel est prélevé proportionnellement aux différentes tranches de réserve correspondant aux différents taux de base.

Le rachat des unités s'effectue à la date de prise en cours du rachat, qui est celle définie dans le document d'information légal.

Nous effectuons le paiement dans les 15 jours qui suivent la date de la réception de la demande. Une réserve minimum, dont le montant est précisé dans le document d'information légal, doit être maintenue dans le contrat. Nous nous réservons le droit de nous opposer à un rachat partiel qui serait inférieur au minimum fixé dans le document d'information légal ou qui aurait pour effet de réduire la réserve totale de votre contrat à un montant inférieur à la réserve minimum à maintenir dans le contrat.

Lorsque des rachats sont effectués sur le contrat, nous nous réservons le droit de demander de nouvelles formalités médicales pour toutes les options décès autres que « réserve du contrat » ou « 130 % des primes ».

5.4.2. Modalités des rachats périodiques

Vous pouvez demander à tout moment des rachats partiels périodiques dont vous déterminez vous-même les modalités dans un document prévu à cet effet, que vous datez et signez. Les rachats bruts périodiques doivent se situer dans les limites minimales et maximales fixées dans le document d'information légal. Vous pouvez également décider à tout moment de mettre fin aux rachats périodiques ou d'en modifier les modalités par un écrit daté et signé.

Si l'assuré n'est pas le preneur d'assurance du contrat, ...

- nous nous réservons le droit, à tout moment de vous demander de produire la preuve que l'assuré est en vie. A défaut de nous transmettre cette preuve dans les 30 jours, le paiement des rachats périodiques sera suspendu ;
- vous vous engagez à nous informer du décès de l'assuré dans les plus brefs délais.

En cas de décès de l'assuré, nous cessons le paiement des rachats périodiques dès la réception de l'acte de décès.

Par dérogation aux points 4.4 des dispositions communes, 4.4. des dispositions propres au fonds à actifs dédiés et 4.4.1. ci-dessus, les rachats partiels périodiques sont effectués selon les modalités suivantes :

- le rachat sera effectué suivant la fréquence convenue sans formalités particulières ;
- le paiement sera effectué sur un compte bancaire belge auprès d'une banque établie en Belgique, selon les modalités convenues, jusqu'à ce que nous recevions un écrit daté et signé par vous, exprimant votre demande d'adapter ces modalités ou de mettre fin à ces rachats. Un préavis de quinze jours sera toutefois applicable ;
- l'indemnité de rachat définie dans le document d'information légal n'est pas d'application mais des frais seront prélevés sur chaque paiement comme défini dans le document d'information légal ;
- sauf convention contraire, le rachat et les frais sont prélevés en priorité proportionnellement aux différents fonds d'investissement où la réserve de votre contrat est investie ;
- en cas de rachat partiel, nous nous réservons le droit d'adapter les rachats périodiques ;
- les rachats prennent fin dans l'hypothèse où la réserve du contrat est inférieure à la réserve minimum à maintenir sur le contrat.

Les rachats périodiques réguliers ne sont pas autorisés lorsque le contrat prévoit un plan de primes régulières.

Partie II : L'étendue de l'assurance

Article 1 : En quoi consiste votre contrat ?

Il s'agit d'une assurance vie qui vise un rendement optimal et dont l'objet est le paiement des prestations assurées en cas de décès ou en cas de vie conformément aux conditions générales, aux conditions produit, au document d'informations clés (à savoir le document intitulé « document d'information légal » dans vos conditions particulières), au document d'informations utiles, à la fiche-info financière (pour les contrats fiscalisés), aux conditions particulières et au règlement de gestion éventuellement applicable au contrat.

Article 2 : Sur quelles bases le contrat est-il établi ?

Le contrat est conclu de bonne foi sur la base de vos déclarations et de celles de l'assuré.

Toute omission ou inexactitude de la part du preneur d'assurance ou de l'assuré, faite dans le but de nous induire en erreur sur les éléments d'appréciation de nos engagements, rendent l'assurance nulle. Si l'omission ou la fausse déclaration ont été faites sans mauvaise foi, le contrat devient cependant incontestable dès sa prise d'effet.

En outre, le contrat est soumis aux dispositions légales et réglementaires belges relatives à l'assurance vie.

Article 3 : Quand est-on assuré ?

Le contrat existe dès la signature par les parties contractantes. Il prend effet à la date indiquée dans les conditions particulières mais pas avant réception du formulaire d'inscription ou de la police présignée et réception définitive de la première prime sur notre compte financier. Si des formalités médicales doivent être remplies, la prise d'effet de certaines garanties ou couvertures dépendra de l'acceptation médicale par l'entreprise d'assurances.

Vous avez le droit de renoncer au contrat dans les trente jours de sa date d'effet ou, si vous avez souscrit le contrat pour couvrir ou reconstituer un crédit, dans les trente jours à compter du moment où vous avez connaissance du refus de ce crédit. La résiliation s'effectue, dans votre chef, par un écrit daté et signé, avec effet immédiat au moment de la notification.

Lorsque le contrat est souscrit au moyen d'un document présigné, nous disposons du droit de résilier le contrat dans les trente jours de la réception par nous du formulaire d'inscription ou de la police présignée, la résiliation devenant effective huit jours après notification de la résiliation.

Lorsque la vente se réalise à distance au sens de la réglementation relative aux pratiques du marché et à la protection du consommateur, nous vous informons de la conclusion de votre contrat. Vous avez le droit de résilier votre contrat dans un délai de 30 jours à partir de cette information.

En cas de résiliation, nous vous remboursons dans un délai de quinze jours après réception de l'original de votre contrat,

- lorsque le contrat est investi en tout ou partie dans un fonds à actifs dédiés: les primes brutes déjà versées relatives à cette partie, sous déduction des sommes déjà consommées pour garantir le capital prévu en cas de décès et les autres couvertures de risque ;
- lorsque le contrat est investi en tout ou partie en unités: leur contre-valeur en euros, sur la base de la valeur d'unité au jour du remboursement augmenté des frais d'entrée et de la taxe sur opérations d'assurance, sous déduction des sommes déjà consommées pour garantir le capital prévu en cas de décès et les autres couvertures de risque. Toutefois, si le fonds d'investissement est valorisé à une date postérieure à la résiliation, l'entreprise d'assurances rembourse le montant de la prime.

Le contrat est considéré comme n'ayant jamais pris effet si les conditions de sa prise d'effet, mentionnées dans le formulaire d'inscription ou dans la police présignée, n'ont pas été respectées.

Si vous ne nous transmettez pas les documents nécessaires à votre identification en exécution de loi du 18.09.2017 relative à la prévention du blanchiment de capitaux et du financement du terrorisme et à la limitation de l'utilisation des espèces, nous mettrons fin au contrat au plus tard dans les 2 mois de sa prise d'effet et nous effectuons le remboursement des primes déjà versées conformément à ce qui est dit ci-dessus concernant la résiliation du contrat.

Article 4 : Les primes

Vos primes doivent être payées directement et exclusivement par virement bancaire sur notre compte financier, mentionné sur le formulaire d'inscription ou la police présignée, ainsi que dans les conditions particulières. Le paiement des primes n'est pas obligatoire.

Partie III : Le capital garanti en cas de décès

Article 1 : En quoi consiste ce capital ?

En cas de décès de l'assuré avant le terme du contrat, nous nous engageons à payer au(x) bénéficiaire(s) désigné(s), le capital mentionné aux conditions particulières. Les options décès disponibles sont décrites dans la police présignée ou dans le formulaire d'inscription. Le décès de l'assuré est couvert dans le monde entier, quelle qu'en soit la cause sous réserve des dispositions prévues aux articles 2, 3 et 4 de la partie III.

Article 2 : Le terrorisme est-il couvert ?

L'assureur couvre les dommages causés par le terrorisme (et reconnu comme tel) conformément aux dispositions de la loi du 1er avril 2007 relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme à l'exception des dommages causés par des armes ou des engins destinés à exploser par une modification de structure du noyau atomique. A cette fin, l'assureur est membre de l'ASBL TRIP (Terrorism Reinsurance and Insurance Pool) et toute prestation assurée dans ce cadre sera dès lors gérée, déterminée et limitée conformément au mécanisme de solidarité et règlement des sinistres tels que définis dans la loi du 1er avril 2007 susmentionnée.

En cas de modifications de la législation relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme, ces modifications seront automatiquement d'application sauf si un autre régime transitoire est prévu.

Article 3 : Quels sont les risques exclus en cas de décès ?

3.1. Les risques toujours exclus

Le décès qui résulte :

- d'un suicide au cours de la première année qui suit ...
 - la date de prise d'effet du contrat ;
 - la date de l'éventuelle remise en vigueur du contrat.

Ce même délai est applicable à toute augmentation du capital décès ; il débute à la date d'effet de l'augmentation ;

- du meurtre perpétré par le preneur d'assurance ou un bénéficiaire ou à l'instigation de l'un d'eux. Si l'assuré décède par le fait intentionnel ou à l'instigation d'un ou plusieurs bénéficiaires de la garantie, ces derniers sont déchus de tous droits sur le capital assuré. Néanmoins, la quote-part dans la prestation assurée d'un bénéficiaire étranger à ce fait intentionnel ou cette instigation ne peut pas être augmentée par la quote-part initialement destinée à l'auteur ou l'instigateur du fait intentionnel ;
- d'une condamnation judiciaire, d'un crime ou d'un délit à caractère intentionnel, commis par l'assuré comme auteur ou coauteur et dont il a pu prévoir les conséquences ;
- d'un événement de guerre, ou de faits de même nature ou d'une guerre civile.

Le décès, quelle qu'en soit la cause, est toujours exclu si l'assuré participe activement aux hostilités.

En cas de séjour à l'étranger, le décès dû à un événement de guerre est couvert :

- si le conflit, imprévisible, éclate pendant le séjour de l'assuré ;
- si l'assuré se rend dans un pays où il y a un conflit armé pour autant que ceci soit stipulé explicitement aux conditions particulières [moyennant une surprime éventuelle].
- de la participation de l'assuré à des émeutes ou troubles civils en général, sauf s'il y est intervenu en tant que membre des forces chargées du maintien de l'ordre ou pour défendre directement sa personne ou ses biens.

3.2. Les risques exclus, sauf convention contraire

Le décès qui résulte :

- d'un accident d'appareil de locomotion aérienne :
 - lorsque l'assuré est membre d'équipage d'un vol qui ne s'effectue pas à bord d'un appareil de ligne régulière dûment autorisé pour le transport de personnes
 - lorsque le vol s'effectue dans la cadre de compétitions, exhibitions, essais de vitesse, raids, vols d'entraînement ou d'essai, records ou tentatives de records ;
 - lorsque le vol s'effectue à bord d'un prototype ou d'un appareil militaire non destiné au transport ;
- de la pratique du parachutisme, du saut dans le vide avec élastique [Benji], de l'utilisation d'un deltaplane, d'un Ultra Léger Motorisé ou d'un parapente ;
- de la participation à des voyages revêtant un caractère d'exploration ou d'expédition armée.

Article 4 : Que payons-nous si le décès résulte d'un risque exclu ?

Si le décès résulte d'un risque exclu, le capital dû en cas de décès sera limité à la réserve du contrat du jour qui suit celui où nous sommes informés par écrit du décès de l'assuré sans pouvoir dépasser le capital assuré en cas de décès.

Cette réserve est payée au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) en cas de décès de l'assuré, à l'exclusion cependant de celui qui a perpétré le meurtre de l'assuré ou qui en a été l'instigateur.

Article 5 : Quand payons-nous le capital décès ?

Nous effectuons le paiement après réception des documents requis à l'article 15 intitulé : 'Principes généraux', compte tenu des délais éventuels stipulés dans le document d'information légal.

Partie IV : L'évolution de votre contrat

Article 1 : Que se passe-t-il en cas de prédécès du preneur d'assurance s'il n'est pas l'assuré ?

Si vous décédez avant l'assuré et que vous n'êtes pas l'assuré, les droits résultant du contrat seront transférés de plein droit à l'assuré, sauf désignation d'une autre personne dans les conditions particulières.

Article 2 : Comment exécutons-nous vos instructions ?

Toute instruction relative à votre contrat doit nous être adressée par un écrit daté et signé.

Nous nous réservons cependant le droit de ne pas donner suite à une demande si nous estimons 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, nous vous informerions immédiatement de notre décision.

Si des circonstances exceptionnelles l'exigent et pour sauvegarder les intérêts des preneurs d'assurance, nous pourrions suspendre temporairement tout ou partie des opérations, telles que notamment les rachats ou transferts et prendre toute

mesure nécessaire y compris le transfert automatique de la réserve des contrats investie dans un fonds vers un autre fonds similaire qui nous paraît plus approprié.

Dans ces circonstances, l'application de ces mesures exceptionnelles serait portée immédiatement à votre connaissance.

Les pratiques associées au Market Timing ne sont pas autorisées et les demandes d'apport, rachat et transfert peuvent être rejetées si le preneur d'assurance est soupçonné avoir recours à ce genre de pratiques ou si ces opérations présentent des caractéristiques de ce genre de pratiques.

Article 3 : Quand êtes-vous informés ?

Chaque année vous serez averti de l'évolution de votre contrat.

Partie V : Dispositions propres au fonds à actifs dédiés

Article 1 : Le capital en cas de vie

Chaque prime nette est investie, dans le fonds à actifs dédiés décrit dans le règlement de participation bénéficiaire, aux conditions tarifaires en vigueur au moment de la réception de votre prime sur notre compte financier.

La capitalisation débute 1 jour après la réception de votre prime sur notre compte financier mais pas avant réception du formulaire d'inscription ou de la police présignée.

Le taux de base applicable à chaque prime est garanti jusqu'au terme du contrat.

Une participation bénéficiaire peut être octroyée sur la réserve du contrat investie dans le fonds à actifs dédiés. Les modalités en sont définies dans le règlement de participation bénéficiaire. Ce règlement fait partie intégrante des conditions générales et produit.

Article 2 : Quelle est votre liberté d'action ?

Racheter votre contrat

Les rachats partiels sont prélevés proportionnellement aux différentes tranches de réserve correspondant aux différents taux de base.

Article 3 : De quelle information disposez-vous ?

Le règlement de participation bénéficiaire définit les objectifs et la politique d'investissement du fonds à actifs dédiés ainsi que les règles de détermination et d'affectation des revenus.

Un rapport financier annuel est tenu à votre disposition au siège de l'entreprise d'assurances.

Partie VI : Dispositions communes au fonds d'investissement

Article 1 : Le capital en cas de vie

Chaque prime nette est répartie entre un ou plusieurs fonds d'investissement selon la répartition convenue entre parties.

A dater du jour où nous sommes informés que notre compte financier est crédité de la prime à investir dans le(s) fonds d'investissement, et que nous sommes en possession du formulaire d'inscription ou de la police présignée dûment complété et signé par le client, nous convertissons votre prime nette en unités de un ou plusieurs fonds d'investissement et des unités sont attribuées à votre contrat selon les règles définies dans le document d'information légal, la fiche-info financière, le règlement de gestion et les conditions particulières.

Il n'est pas accordé de participation bénéficiaire sur la partie du contrat liée à des fonds d'investissement.

Article 2 : Quelle est votre liberté d'action ?

2.1. Racheter votre contrat

Le rachat des unités s'effectue à la date de prise en cours du rachat, qui est celle définie dans le document d'information légal. Sauf stipulation contraire, le prélèvement des unités sera réparti de façon proportionnelle entre les différents fonds où la réserve de votre contrat est investie. Nous effectuons le paiement dans les quinze jours qui suivent la date de réception de la demande.

2.2. Transférer la réserve de votre contrat

Vous pouvez à tout moment transférer tout ou partie de la réserve de votre contrat investie dans un fonds ou plusieurs fonds vers un ou plusieurs autres fonds proposés dans le cadre du présent contrat.

Le transfert est effectué selon la règle définie dans le document d'information légal. Pour cela, nous retirons des unités, calculées à leur valeur d'inventaire, du ou des fonds que vous souhaitez quitter ; et simultanément nous vous attribuons les nouvelles unités, calculées à leur valeur d'inventaire dans le ou les autres fonds que vous avez choisis.

Les frais de transfert sont mentionnés dans le document d'information légal. Les frais sont prélevés par annulation d'unités.

Nous nous réservons le droit de nous opposer à un transfert qui porterait sur un montant inférieur au montant fixé dans le document d'information légal.

2.3. Recevoir une avance

Il n'est pas accordé d'avance sur la partie du contrat liée à des fonds d'investissement.

Article 3 : Mandat de domiciliation européenne (SEPA)

Dans le cadre du Top Multilife épargne-pension et épargne à long terme, le paiement de primes via un mandat de domiciliation européenne (SEPA) est possible. Si un débiteur fait valoir auprès de sa banque son droit au remboursement dans les 8 semaines du paiement et ce conformément au Code de droit économique, des unités du contrat Top Multilife épargne-pension et épargne à long terme seront prélevées et vendues à concurrence du montant à rembourser vers la banque du débiteur. Le cours applicable à la conversion des unités en EUR est alors le cours applicable au plus tôt le 1er et au plus tard le 3ème jour ouvrable qui suit la date de réception de la demande de remboursement. Si ce prélèvement avait pour effet de ramener la réserve du Top Multilife épargne-pension et épargne à long terme à 0 EUR, le contrat prendra automatiquement fin.

Article 4 : Que se passe-t-il en cas de ...

- Liquidation d'un fonds ?

En cas de liquidation d'un fonds d'investissement, vous avez le choix entre le transfert interne et le rachat de la partie de la réserve de votre contrat investie dans le fonds liquidé. Aucune indemnité ne peut vous être réclamée.

- Liquidation du contrat à l'échéance ?

Lorsque le contrat est liquidé à l'échéance, les unités des fonds d'investissement sont vendues à la valeur d'unité du jour de l'échéance prévue au contrat.

Article 5 : De quelle information disposez-vous ?

Un règlement de gestion général des fonds définit les règles de gestion communes à tous nos fonds. Un règlement de gestion spécifique par fonds d'investissement définit les objectifs et la politique d'investissement du fonds. Ces documents peuvent être modifiés par l'entreprise d'assurances.

Seule la dernière version des documents est applicable au contrat. Un rapport sur la politique d'investissement et l'évolution des différents fonds est établi semestriellement.

Ces documents sont disponibles sur simple demande au siège de l'entreprise d'assurances.

Partie VII : Assurance complémentaire contre le décès ou l'invalidité permanente dû à un accident

La présente assurance est complémentaire à une assurance vie, dite assurance principale. Elle est régie par les conditions générales et les conditions produites de ladite assurance, sous réserve des dispositions qui suivent.

Article 1 : Qu'assurons-nous ?

Nous payons le capital indiqué dans le contrat d'assurance lorsque l'assuré est victime, au cours de sa vie professionnelle ou privée, d'un accident entraînant soit le décès, soit l'invalidité totale et permanente. Le capital ACCRAM n'est payé qu'une seule fois.

Article 2 : Où l'assurance est-elle valable ?

Cette assurance complémentaire est valable dans le monde entier, pour autant que l'assuré ait sa résidence habituelle en Belgique.

Article 3 : Qu'entend-on par 'accident' ?

Un événement soudain et fortuit qui produit une lésion corporelle contrôlable et dont la cause ou l'une des causes est extérieure à l'organisme de l'assuré. Le concept sera interprété, au moment de l'accident, conformément à la jurisprudence relative à la loi sur les accidents du travail.

L'accident est mortel lorsque le décès en est la conséquence directe et exclusive et survient dans un délai maximum d'un an à dater de l'accident ; ce délai n'est pas d'application si l'assuré est resté constamment en état d'invalidité totale depuis le jour de l'accident.

L'accident est dit entraîner l'invalidité totale lorsque celle-ci en est la conséquence directe et exclusive et lorsque, soit le degré d'invalidité physiologique est fixe à 100 %, soit le degré d'invalidité économique atteint au moins 67 %, le degré d'invalidité physiologique étant par ailleurs supérieur ou égal à 25 %.

L'invalidité totale et permanente lorsqu'elle est fixée définitivement conformément aux dispositions de l'article 7. L'invalidité totale, non reconnue permanente par la compagnie, ne sera pas considérée comme telle même si elle a duré jusqu'au décès lorsque celui-ci n'est pas la conséquence directe et exclusive de l'accident.

Article 4 : Comment est fixé le degré de l'invalidité ?

Le degré d'invalidité est déterminé en fonction de critères physiologiques et économiques.

L'invalidité physiologique est une diminution de l'intégrité corporelle de l'assuré.

Son degré est déterminé par décision médicale en fonction du barème officiel belge des invalidités et de la jurisprudence belge en la matière.

L'invalidité économique est une diminution de la capacité de travail de l'assuré résultant de l'invalidité physiologique.

Son degré est fixé en tenant compte de la profession exercée par l'assuré et de ses facultés de réadaptation à une activité professionnelle compatible avec ses connaissances, ses capacités et sa situation sociale dans des conditions économiques normales.

Les invalidités éventuelles existant déjà au moment de la prise en cours de la présente assurance complémentaire ou résultant d'un risque exclu ne peuvent intervenir pour la détermination du degré d'invalidité. En cas d'invalidités successives survenant en cours de contrat, le degré d'invalidité sera estimé en tenant compte des différentes causes d'invalidité et de leur interdépendance.

Article 5 : Quels sont les risques exclus ?

a. Ne sont pas considérés comme accidents :

- le suicide ou la tentative de suicide de l'assuré ;
- les maladies, sauf celles qui sont la conséquence directe d'un accident et qui surviennent dans un délai d'un an maximum à partir de celui-ci ;
- les opérations chirurgicales, sauf celles consécutives à un accident.

b. La garantie n'est jamais acquise lorsque l'accident :

- résulte d'un risque exclu par l'assurance principale. Dans les conditions particulières, les deux parties peuvent déroger à ces exclusions générales de l'assurance principale. Ceci n'implique pas que les stipulations dérogatoires valables pour l'assurance principale soient automatiquement d'application pour les assurances complémentaires. Les conditions particulières doivent clairement mentionner à quelles garanties les dérogations et/ou les exceptions sont applicables ;
- résulte directement ou indirectement d'une consommation abusive d'alcool, de toxicomanie, d'un usage abusif de médicaments ou de toute autre drogue, stupéfiant ou substance psychoactive non prescrite médicalement ;
- survient alors que l'assuré est en d'intoxication alcoolique de plus de 1,5 g par litre de sang, en état d'ivresse ou dans un état analogue causé par l'usage de substances autres que des boissons alcoolisées sauf s'il parvient à apporter la preuve qu'il n'existe pas de relation de cause à effet entre cette situation et l'accident ;
- résulte de paris, de défis ou de négligences exposant sans raison valable l'assuré à un danger dont il aurait dû avoir conscience, à l'exception des actes qui ont été accomplis pour la sauvegarde de personnes ou de biens ;
- résulte de la participation volontaire de l'assuré à un crime ou à un délit ;
- est la conséquence d'une rixe, d'une agression ou d'un attentat sauf s'il établit que l'assuré n'en était ni un provocateur, ni un instigateur ;
- ou certaines conséquences de l'accident résultent d'un fait intentionnel de la part de l'assuré ou d'un bénéficiaire ;
- résulte d'un événement de guerre, ou de faits de même nature ou d'une guerre civile. Le décès, quelle qu'en soit la cause, est toujours exclu si l'assuré participe activement aux hostilités. En cas de séjour à l'étranger, le décès dû à un événement de guerre est couvert :
 - si le conflit, imprévisible, éclate pendant le séjour de l'assuré ;
 - si l'assuré se rend dans un pays où il y a un conflit armé pour autant que ceci soit stipulé explicitement aux conditions particulières [moyennant une surprime éventuelle].

- résulte de la participation de l'assuré à des émeutes ou troubles civils en général, sauf s'il y est intervenu en tant que membre des forces chargées du maintien de l'ordre ou pour défendre directement sa personne ou ses biens.

c. Sauf convention contraire, la garantie n'est pas acquise lorsque l'accident résulte :

- de la pratique en compétition de l'équitation, de sport d'hiver ou du cyclisme, y compris au cours d'entraînements en vue de telles épreuves ;
- de la pratique de l'alpinisme, du parachutisme, de la plongée sous-marine, de la spéléologie, du vol à voile, du rugby ;
- de la présence à bord d'un appareil de locomotion aérienne en tant que pilote ou en tant que passager exerçant au cours du vol une activité professionnelle [en relation ou non avec l'appareil ou le vol] ;
- de l'utilisation en tant que conducteur ou passager d'un engin de locomotion à moteur ou à traction animale au cours d'exhibitions, compétitions ou concours [y compris les entraînements et essais] ;
- de tout fait ou succession de faits de même origine, dès lors que ce fait ou ces faits ou certains sinistres causés proviennent ou résultent des propriétés radioactives, toxiques, explosives ou autres propriétés dangereuses des combustibles nucléaires, produits ou déchets radioactifs ainsi que des sinistres résultant directement ou indirectement de toute source de radiations ionisantes.
- d'un fait survenu pendant une mission à l'étranger organisée par une autorité régionale, nationale et ou internationale ;
- de la réalisation des risques suivants, propres aux activités professionnelles de l'assuré :
 - risques inhérents à une activité dans un chantier de construction ou de démolition, dans le montage des charpentes, ascenseurs et presses, ou sur un site d'exploitation ou de recherche pétrolière ;
 - risques de chute de l'assuré d'une hauteur de plus de 4 mètres ;
 - risques inhérents aux descentes en puits, mines ou carrières en galeries, aux travaux sur installations électriques à haute tension ;
 - risques inhérents à la manipulation ou au transport d'engins et produits explosifs, de produits corrosifs ou inflammables ;
 - séjours de plus d'un mois hors d'Europe ;
 - risques inhérents à l'appartenance aux forces de l'ordre ou militaires, au corps des pompiers ou de la protection civile ;
 - risques inhérents à la mise au point de prototypes d'engin de locomotion à moteur ou de leurs accessoires.

Article 6 : Quelles sont les obligations de l'assuré et du bénéficiaire ?

La partie du contrat relative à cette Assurance complémentaire est contestable pendant toute sa durée.

a. Lors de la souscription du contrat

Tous les renseignements que nous demandons et toutes les circonstances connues du preneur d'assurance ou l'assuré et dont il est raisonnable de penser qu'elles constituent pour nous des éléments d'appréciation du risque doivent nous être fournis.

En cas de non-respect de cette obligation, les dispositions des articles 6 et 7 de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre seront d'application.

b. En cours de contrat

Toute modification de l'activité professionnelle ou sportive de l'assuré telle qu'elle est décrite dans les conditions particulières et tout déménagement du lieu de résidence habituelle vers l'étranger doivent être signalés par écrit à la compagnie dans les 30 jours de leur survenance.

À tout moment et indépendamment du sort réservé à l'assurance principale, le preneur d'assurance peut être mis fin à cette assurance complémentaire.

c. En cas de sinistre

Le sinistre doit nous être déclaré dès que possible et en tous cas dans une période de trente jours de sa survenance. Toutefois, nous ne prévaudrons pas du non-respect de ce délai si la déclaration a été faite aussi rapidement que cela pouvait raisonnablement se faire.

Tous renseignements utiles, toutes pièces justificatives et tous documents relatifs au sinistre demandés par nous doivent nous être fournis dès que possible.

Les mesures nécessaires doivent être prises pour que nos médecins délégués puissent se rendre auprès de l'assuré et qu'ils puissent examiner celui-ci en tout temps et remplir toutes les missions jugées nécessaires par nous dans un délai de 30 jours à compter de notre notification.

Si les obligations précitées ne sont pas respectées, et qu'il en résulte un préjudice pour nous, nous réduirons notre prestation à concurrence du préjudice subi.

Nous déclinons notre garantie si, dans une intention frauduleuse, les obligations n'ont pas été exécutées.

Article 7 : Comment constatons-nous l'invalidité totale ou permanente ?

Sur la base des renseignements fournis, nous jugeons de la réalité du caractère totale et permanent de l'invalidité et nous vous notifierons, ainsi qu'au bénéficiaire, notre décision. Notre décision est considérée comme acceptée sauf si l'affilié nous signifie son désaccord dans les 30 jours de la notification.

Toute contestation à ce sujet ou à un autre sujet d'ordre médical est soumise contradictoirement à deux médecins experts nommés et dûment mandatés, l'un par l'affilié et l'autre par nous.

Faute d'arriver à un accord, les experts choisissent un troisième expert. Les trois experts statueront en commun mais, à défaut d'unanimité, l'avis du troisième expert sera prépondérant.

Si l'une des parties ne nomme pas son expert ou si les deux experts ne s'entendent pas sur le choix du troisième, la désignation en est faite par le Président du Tribunal de Première Instance du domicile du preneur d'assurance, à la requête de la partie la plus diligente.

Chacune des parties supporte les frais et honoraires de son expert. Les frais et honoraires du troisième expert sont partagés par moitié. Les experts sont dispensés de toutes formalités. Leur décision est souveraine et irrévocable.

Article 8 : Quand cette assurance complémentaire prend-elle fin ?

L'assurance complémentaire prend fin à la date indiquée dans la convention de pension mais au plus tard au terme de l'assurance principale, sans pouvoir dépasser l'année d'assurance au cours de laquelle l'assuré atteint son 67^{ième} anniversaire. Elle est résiliée de plein droit en cas de paiement du capital ACCRAM, en cas de cessation du paiement des primes, rachat, résiliation, annulation ou liquidation de l'assurance principale.

La résiliation de la présente assurance complémentaire ne modifie en rien la valeur de rachat de l'assurance principale.

Partie VIII : Assurance complémentaire contre le risque d'incapacité de travail

Article 1 : Qu'entend-on par ...

Accident

Un événement soudain et fortuit qui produit une lésion corporelle contrôlable et dont la cause ou l'une des causes est extérieure à l'organisme de l'assuré.

Acte intentionnel

L'acte commis volontairement et sciemment par l'assuré et qui a causé un dommage raisonnablement prévisible sans que l'assuré ait nécessairement eu l'intention de causer le dommage tel qu'il s'est produit.

Affection préexistante

La diminution de l'intégrité physique consécutive à des accidents, maladies ou affections survenus avant la date d'affiliation ou dont la ou les causes sont antérieures à cette date et/ou dont les premiers symptômes se sont manifestés avant cette date mais qui n'a pas été déclarée par l'assuré lors de l'affiliation. En tout cas, en ce qui concerne les contrats d'assurance non liés à l'activité professionnelle au sens de la loi sur le contrat d'assurance terrestre, n'est pas considérée comme une affection préexistante une maladie ou une affection qui n'a pas été diagnostiquée dans les deux années suivant la prise d'effet de la garantie incapacité de travail et dont les symptômes s'étaient déjà manifestés au moment de la conclusion de cette garantie mais n'avaient, lors de la déclaration des risques et non intentionnellement, pas été déclarés ou l'avaient été de manière inexacte.

Aggravation

Toute augmentation du taux d'incapacité.

Amélioration

Toute diminution du taux d'incapacité.

Assuré

La personne assurée.

Contrat d'assurance lié à l'activité professionnelle

Contrat d'assurance conclu par un preneur d'assurance au bénéfice d'une ou de plusieurs personnes qui, au moment de la conclusion du contrat, sont professionnellement liées avec le preneur d'assurance.

Crime

Un crime est une infraction qui, conformément aux lois, est punie d'une peine criminelle. N'est considéré comme tel que le crime qui a fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée.

Délai d'attente

La période qui débute à la prise d'effet de la garantie et durant laquelle l'assuré ne peut faire valoir aucun droit aux prestations.

Délai de carence

Le délai de carence est une période débutant le jour fixé par le médecin comme étant le début de l'incapacité de travail et se terminant après un certain nombre de jours défini dans les conditions particulières. Durant cette période, nous ne sommes redevables d'aucune prestation. Si l'incapacité se poursuit au-delà de ce délai de carence, nous sommes redevables des prestations à partir du premier jour qui suit la fin de ce délai. Si une période d'incapacité de travail est suivie par une nouvelle période consécutive à une autre maladie, à une autre affection ou à un autre accident, un nouveau délai de carence est d'application.

Délit

Un délit est une infraction qui, conformément aux lois, est punie d'une peine correctionnelle. N'est considéré comme tel que le délit qui a fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée.

Durée minimale

La durée minimale, telle que précisée aux conditions particulières, que l'incapacité doit atteindre pour que les prestations soient dues. Cette période commence le jour fixé par le médecin comme étant le début de l'incapacité.

Lorsque l'incapacité se poursuit au-delà de cette durée minimale, les prestations sont dues depuis le premier jour de cette incapacité. Si une période d'incapacité de travail est suivie par une nouvelle période consécutive à une autre maladie, à une autre affection ou à un autre accident, une nouvelle durée minimale est d'application.

Incapacité de travail, ci-après dénommée l'incapacité

Une diminution de l'intégrité physique de l'assuré consécutive à une maladie ou à un accident entraînant une diminution des revenus professionnels ou de la capacité de gain de l'assuré. Lors de l'appréciation de l'incapacité de l'assuré sont prises en compte la profession exercée et les possibilités de reclassement dans une activité professionnelle qui soit compatible avec ses connaissances, ses aptitudes et sa situation sociale dans des conditions économiques normales. La détermination du degré d'incapacité est donc indépendante de tout autre critère économique.

Le taux d'incapacité pris en considération ne peut dépasser celui qui serait déterminé par les conditions du marché du travail en Belgique.

L'incapacité est considérée comme totale lorsque le taux d'incapacité de travail atteint au moins 67 %.

Maladie

Toute altération de la santé de l'assuré d'origine non accidentelle, présentant des symptômes objectifs et organiques et reconnue par un médecin légalement autorisé à pratiquer son art, soit en Belgique, soit dans le pays où se trouve l'assuré au moment de la constatation de la maladie. Les complications pathologiques de la grossesse sont, sur la base d'une attestation médicale, assimilées à une maladie. Par contre, le repos de maternité légal ou réglementaire n'est pas assimilé à une période d'incapacité de travail résultant d'une maladie.

Rechute

Une nouvelle incapacité consécutive à la même maladie, à la même affection ou au même accident.

Résidence habituelle

Le lieu choisi par l'assuré comme centre permanent ou habituel de ses intérêts personnels et/ou patrimoniaux et déterminé par des circonstances de nature personnelle et/ou professionnelle qui révèlent des liens durables avec ce lieu ou la volonté de nouer de tels liens.

Sinistre

Tout événement susceptible de faire intervenir les garanties de la convention.

Article 2 : Objet de l'assurance

Cette assurance garantit le paiement des prestations décrites aux conditions particulières et selon les modalités qui y figurent, lorsque l'assuré est frappé d'une incapacité de travail provoquée par une maladie ou un accident. La présente assurance est complémentaire à une assurance vie, dite assurance principale. Elle est régie par les conditions générales et les conditions produit de ladite assurance principale, sous réserve des conditions générales et/ou particulières de la présente assurance complémentaire.

Article 3 : Les prestations et les modalités y afférentes

3.1. Prestations

3.1.1. Rente en cas d'incapacité

Lorsque le droit aux prestations est ouvert au profit de l'assuré, nous payons durant la période d'incapacité et proportionnellement à son taux, une rente dont le montant annuel est déterminé aux conditions particulières. Cette rente est, sauf convention contraire, payable par fractions mensuelles, à termes échus, la première fois par un prorata initial le dernier jour du mois de l'ouverture du droit aux prestations, et pour la dernière fois par un prorata final au moment où le droit aux prestations cesse.

3.1.2. Remboursement des primes

Lorsque le droit aux prestations est ouvert, nous remboursons au preneur d'assurance, durant la période d'incapacité et proportionnellement à son taux, le montant de la prime payée pour l'assurance principale et l'assurance complémentaire, taxes éventuelles comprises. Ce montant est payable selon les mêmes modalités que la rente décrite plus haut. Lorsque le taux d'incapacité est consolidé sur la base d'un rapport médical de consolidation révisable, le preneur d'assurance est exonéré du paiement de la prime et nous prenons directement en charge les montants dus pour l'assurance principale et l'assurance complémentaire, taxes comprises.

Au vu des progrès de la science médicale, nous nous réservons le droit de réévaluer périodiquement le taux d'incapacité, l'assuré s'engageant dès lors à fournir tous les renseignements médicaux utiles et à subir les examens médicaux nécessaires à cette fin.

3.2. Modalités

3.2.1. Couverture de l'incapacité de travail partielle et totale

Les prestations sont payables proportionnellement au taux d'incapacité.

3.2.2. Couverture de l'incapacité de travail totale uniquement

Les prestations ne sont payables qu'en cas d'incapacité totale.

Article 4 : Formalités médicales

Nous avons défini une politique d'acceptation du risque « incapacité » prévoyant des formalités médicales.

Conformément à cette politique, lors d'une affiliation ou lors d'une augmentation des garanties, nous subordonnons dans certains cas son acceptation au résultat favorable d'un questionnaire médical ou d'un examen médical passé à nos frais devant un médecin.

En fonction du résultat de ces formalités médicales, nous pouvons accepter, refuser ou différer l'affiliation ou l'augmentation des garanties, réclamer une surprime et/ou exclure certaines affections.

Les exclusions d'ordre médical sont communiquées par lettre recommandée au candidat-assuré.

Les surprimes sont communiquées par lettre au preneur d'assurance. Cette lettre ne doit pas nous être retournée. Nous appliquons automatiquement les surprimes.

La politique d'acceptation médicale peut être revue à tout moment.

Article 5 : Affections préexistantes

Le droit aux prestations n'est jamais ouvert si l'incapacité résulte d'une affection préexistante.

Ce principe s'applique également aux augmentations, extensions ou remises en vigueur de garanties.

Le taux d'incapacité est diminué du taux des incapacités éventuelles existant au moment de la prise en cours des présentes garanties, de la remise en vigueur ou d'une augmentation des garanties, ou bien résultant d'un risque exclu.

Article 6 : Étendue géographique des garanties

Les garanties sont effectives dans le monde entier selon les modalités suivantes :

- l'assuré doit avoir sa résidence habituelle en Belgique et le contrôle prévu dans la présente convention doit pouvoir être exercé en Belgique ;
- les garanties sont effectives si l'assuré séjourne dans un des pays suivant : Allemagne, Andorre, Autriche, Belgique, Bulgarie, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, État de la Cité du Vatican, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Lichtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Monaco, Pays-Bas, Pologne, Portugal, Roumanie, Royaume-Uni, République de Chypre, République de San-Marin, Slovaquie, Slovénie, Suède, Suisse, République Tchèque ;
- en cas de séjour hors de l'un de ces pays, les garanties ne sont effectives que s'il s'agit d'un séjour de maximum trois mois ou de plusieurs séjours d'une durée cumulative de maximum trois mois par année calendrier, dans un ou plusieurs pays ;
- en cas de séjour hors de l'un de ces pays, de séjours de plus de trois mois ou de séjours multiples dans un ou plusieurs pays d'une durée cumulative de plus de trois mois par année calendrier, les garanties ne sont effectives qu'après notre accord écrit préalable.

Article 7 : Quand a-t-on droit aux prestations ?

Le droit aux prestations s'ouvre si :

- le taux d'incapacité est d'au moins 25 % ;
- le délai de carence ou la durée minimale tel que précisé dans les conditions particulières, est écoulé ;
- le délai d'attente de 18 mois, applicable en cas de troubles psychiques, de fibromyalgie ou de syndrome de fatigue chronique, est écoulé.

Le droit aux prestations est déterminé par la date fixée par décision médicale comme étant le début de l'incapacité.

En cas de rechute dans les trois mois qui suivent une diminution du taux d'incapacité sous le seuil de 25 % suite à une amélioration :

- nous considérons qu'il y a continuation de la même incapacité et qu'aucun nouveau délai de carence ou aucune durée minimale n'est applicable ;
- nous ne tenons pas compte des éventuelles demandes d'augmentation de la rente assurée.

Toute augmentation des prestations causée par une nouvelle cause d'incapacité est soumise au délai de carence ou à la durée minimale prévue par les conditions particulières.

Durant un sinistre, ni la prime ni la rente assurée ne peuvent être adaptées.

Si l'incapacité est la conséquence d'une grossesse ou d'un accouchement, les prestations sont suspendues pendant une période qui correspond à la période de repos de maternité légal ou réglementaire qui est octroyée pour la naissance d'un enfant [ci-après dénommée la durée standard du repos de maternité]. La détermination de cette période ne prend pas en compte d'éventuelles prolongations et est effectuée sur la base du statut social de l'assuré.

En ce qui concerne les incapacités se produisant avant la date de l'accouchement et qui sont la suite d'une grossesse, le point de départ de la durée standard de repos de maternité s'apprécie en fonction de la date probable de l'accouchement.

En ce qui concerne les incapacités se produisant après la date de l'accouchement et qui sont la suite d'une grossesse ou d'un accouchement [après plus de 180 jours de grossesse], le point de départ de la durée standard du repos de maternité s'apprécie en fonction de la date effective de l'accouchement.

Si l'incapacité est la suite :

- de troubles psychiques dont le diagnostic repose sur des signes physiologiques objectifs constatés par un médecin psychiatre,
- de fibromyalgie dont le diagnostic repose sur des signes physiologiques objectifs constatés par un médecin spécialisé,
- d'un syndrome de fatigue chronique dont le diagnostic repose sur des signes physiologiques objectifs constatés par un centre de référence reconnu, les prestations ne sont dues que durant une période cumulée de deux ans sur toute la durée de la garantie et après application d'un délai d'attente de 18 mois.

Le droit aux prestations cesse :

- lorsque le taux d'incapacité tombe sous les 25 % suite à une amélioration ;
- au terme de la présente assurance complémentaire ;
- au décès de l'assuré ;
- en cas de mise à la pension légale de l'assuré.

Article 8 : Quels sont les risques exclus ?

La garantie n'est jamais acquise lorsque l'incapacité :

- résulte d'un risque exclu par l'assurance principale. Dans les conditions particulières, les deux parties peuvent déroger à ces exclusions générales de l'assurance principale. Ceci n'implique pas que les stipulations dérogatoires valables pour l'assurance principale soient automatiquement d'application pour les assurances complémentaires. Les conditions particulières mentionnent à quelles garanties les dérogations et/ou les exceptions sont applicables ;
- résulte directement ou indirectement d'une consommation abusive d'alcool, de la toxicomanie, d'un usage abusif de médicaments ou de toute autre drogue, stupéfiant ou substance psycho-active non prescrite médicalement ;
- survient alors que l'assuré est en d'intoxication alcoolique de plus de 1,5 g par litre de sang, en état d'ivresse ou dans un état analogue causé par l'usage de substances autres que des boissons alcoolisées sauf s'il parvient à apporter la preuve qu'il n'existe pas de relation de cause à effet entre cette situation et la maladie et/ou l'accident ;
- résulte d'un fait intentionnel de la part de l'assuré ou du bénéficiaire ;
- résulte de paris, de défis ou de négligences exposant sans raison valable l'assuré à un danger dont il aurait dû avoir conscience, à l'exception des actes qui ont été accomplis pour la sauvegarde de personnes ou de biens ;
- résulte de la participation volontaire de l'assuré à un crime ou à un délit ;
- est la conséquence d'une rixe, d'une agression ou d'un attentat sauf s'il est établi que l'assuré n'en était ni un provocateur, ni un instigateur ;
- résulte d'un événement de guerre, ou de faits de même nature ou d'une guerre civile. L'incapacité de travail, quelle qu'en soit la cause, est toujours exclue si l'assuré participe activement aux hostilités. En cas de séjour à l'étranger, l'incapacité de travail due à un événement de guerre est couverte :
 - si le conflit, imprévisible, éclate pendant le séjour de l'assuré ;
 - si l'assuré se rend dans un pays où il y a un conflit armé pour autant que ceci soit stipulé explicitement aux conditions particulières [moyennant une surprime éventuelle].
- résulte de la participation de l'assuré à des émeutes ou troubles civils en général, sauf s'il y est intervenu en tant que membre des forces chargées du maintien de l'ordre ou pour défendre directement sa personne ou ses biens ;
- résulte d'une tentative de suicide de l'assuré ;
- est la conséquence d'une opération de chirurgie ou d'un traitement esthétique ou plastique sauf si l'incapacité de travail résulte d'une opération de chirurgie reconstructrice suite à un accident, un cancer, des brûlures ou des lésions encourues lors d'un sinistre couvert par nous ;
- résulte de la pratique d'un sport quelconque en tant que sportif professionnel ou semi-professionnel, en exécution d'un contrat d'emploi pour sportif rémunéré tel que défini par la loi du 24 février 1978 relative au contrat de travail pour les sportifs rémunérés ;
- est non contrôlable par un examen médical ou est liée à un trouble psychique ne présentant pas de symptômes objectifs et organiques, sauf si un diagnostic basé sur des troubles physiologiques est établi par un psychiatre.

Sauf convention contraire, la garantie n'est pas acquise lorsque l'incapacité résulte :

- d'un accident subi par le pilote, le copilote ou les passagers de n'importe quel engin à moteur, sans moteur ou à traction animale au cours de compétitions, de concours, d'exhibitions, de tentatives de record ou au cours d'entraînements ou d'essais en vue de telles épreuves ;
- de la pratique en compétition de l'équitation, de sport d'hiver ou du cyclisme, y compris au cours d'entraînements en vue de telles épreuves ;
- de la pratique de sports ou de loisirs aériens [p.ex. deltaplane, vol à voile, parapente, parachutisme, navigation aérostatique, ...] ;
- de l'utilisation d'engins aériens de sport ou de loisir à moteur [p.ex. ULM, hélicoptère, avion de loisir ou de tourisme, ...] en tant que pilote, copilote ou passager ;

- de la pratique de sports nautiques [p.ex. plongée sous-marine, voile, planche à voile, surf, kitesurf, canoë, kayak, sports d'eau vives, ...] ou de sports nautiques à moteur [p.ex. jet-ski, jet-ski surf, ski nautique, wakeboard, ...];
- de la pratique de sports moteurs ou de sports automobiles [p.ex. karting, rallye, raid, motocross, ...] en tant que pilote ou copilote ;
- de l'utilisation d'engins motorisés tout-terrain de loisir [quad, moto tout-terrain, ...];
- de la pratique de sports ou d'activités dangereux parmi lesquels : l'alpinisme, l'escalade, la spéléologie, les sports de combat et de défense, le rugby, le hockey sur glace, ...
- de la pratique de sports ou d'activités extrêmes parmi lesquels le benji, le base jump, le canyoning, ...
- de tout fait ou succession de faits de même origine, dès lors que ce fait ou ces faits ou certains des sinistres causés proviennent ou résultent des propriétés radioactives, toxiques, explosives ou autres propriétés dangereuses des combustibles nucléaires, produits ou déchets radioactifs, ainsi que les dommages résultant directement ou indirectement de toute source de radiations ionisantes ;
- d'un sinistre subi lors d'une mission à l'étranger organisée par une autorité régionale, nationale et ou internationale ;
- de la réalisation des risques suivants, propres aux activités professionnelles de l'assuré :
 - risques inhérents à la manipulation ou au transport d'engins et produits explosifs, de produits corrosifs ou inflammables ;
 - risques inhérents à une activité dans un chantier de construction ou de démolition, dans le montage des charpentes, ascenseurs et presses, ou sur un site d'exploitation ou de recherche pétrolière ;
 - risques inhérents aux descentes en puits, mines ou carrières en galeries, aux travaux sur installations électriques à haute tension.

Article 9 : Quelles sont les modalités de paiement de la prime ?

Le montant de la prime est stipulé dans les conditions particulières. Il est payable en même temps et selon les mêmes modalités que la prime de l'assurance principale.

A tout moment et indépendamment du sort réservé à l'assurance principale, vous pouvez mettre fin à cette assurance complémentaire.

Article 10 : Quelles sont les obligations du preneur d'assurance, de l'assuré ou de ses ayants droit ?

La partie du contrat relative à la présente assurance complémentaire est contestable pendant toute sa durée.

10.1. Lors de la souscription de la garantie

Tous les renseignements que nous demandons et toutes les circonstances connues du preneur d'assurance ou de l'assuré et dont il est raisonnable de penser qu'elles constituent pour nous des éléments d'appréciation du risque doivent nous être fournis.

En cas de non-respect de cette obligation, les dispositions des articles 6 et 7 de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre seront d'application sous réserve, en ce qui concerne les contrats non liés à l'activité professionnelle, de l'article 138bis/5 de la même loi.

S'il est constaté que la date de naissance de l'assuré déclarée lors de l'affiliation au contrat n'est pas la date de naissance réelle, la rente assurée sera réduite ou augmentée dans la proportion de la prime stipulée au contrat par rapport à la prime correspondant à l'âge résultant de la date de naissance réelle.

10.2. Au cours de la garantie

Toute modification de l'activité professionnelle, des activités sportives, du statut social ou du revenu professionnel de l'assuré tels qu'ils sont décrits dans les conditions particulières ainsi que tout déménagement du lieu de résidence habituelle vers l'étranger doivent être signalés par écrit à la compagnie dans les 30 jours de leur survenance.

10.3. En cas de sinistre

Tout accident ou maladie ayant entraîné ou étant susceptible d'entraîner une incapacité de travail doit nous être déclaré par écrit dès que possible et en tout cas dans un délai de 30 jours. Toutefois, nous ne nous prévaudrons pas du non-respect de ce délai si la déclaration a été faite aussi rapidement que cela pouvait raisonnablement se faire.

A cette déclaration, sera joint un certificat du ou des médecins traitants de l'assuré ou, en cas de troubles psychiques, un certificat d'un médecin psychiatre, sur formulaire que nous délivrons, spécifiant les causes, la nature, le degré et la durée présumée de l'incapacité.

Nous nous réservons toutefois le droit de demander tous les renseignements que nous jugerons nécessaires. A cette fin, nous pouvons notamment demander un certificat médical rédigé par le ou les mêmes médecins concernant le degré et la durée de l'incapacité de travail.

L'assuré s'engage à demander à ses médecins traitants ou, le cas échéant, à son médecin psychiatre, toutes les informations qu'ils possèdent concernant son état de santé et à les communiquer à notre médecin conseil.

Les dispositions nécessaires doivent être prises afin que les médecins que nous mandatons soient en mesure d'examiner l'assuré en Belgique en tout temps et puissent ainsi remplir toutes les missions que nous jugerons nécessaire dans un délai de 30 jours à compter de notre notification.

Si les obligations précitées ne sont pas respectées, les prestations ne seront dues que pour autant que l'incapacité passée puisse encore être prouvée. Nous déclinons notre garantie si, dans une intention frauduleuse, les obligations n'ont pas été exécutées.

Article 11 : Comment fixe-t-on l'incapacité ?

Sur la base des renseignements fournis, nous jugeons de la réalité, de la durée et du taux de l'incapacité et nous notifions notre décision à l'assuré. Afin de déterminer le taux d'incapacité de l'assuré, nous évaluons le degré de diminution de sa capacité de travail ainsi que le degré de diminution de son intégrité physique. Le critère donnant droit au degré d'incapacité le plus élevé sera retenu pour le calcul des prestations.

La méthode de détermination du taux d'incapacité n'affecte toutefois pas le but de cette assurance, à savoir la couverture de l'incapacité dont l'assuré est affecté. La référence à la diminution de l'intégrité physique de l'assuré sert uniquement à déterminer le montant des prestations à accorder. Cela ne préjudicie en rien que les prestations accordées sont ou sont réputées être destinées à la réparation d'une incapacité.

La détermination du taux d'incapacité est par ailleurs indépendante de toute décision émanant de la mutualité de l'assuré ou de tout autre organisme.

En cas d'incapacités successives survenant en cours de contrat, le taux d'incapacité de travail sera déterminé en tenant compte des différentes causes d'incapacité et de la diminution de la capacité de travail qui existe déjà au moment où se produit la nouvelle incapacité.

Notre décision est considérée comme acceptée sauf si l'assuré nous signifie son désaccord dans les 30 jours de la notification. Toute contestation à ce sujet ou à un autre sujet d'ordre médical est soumise contradictoirement à deux médecins experts nommés et dûment mandatés, l'un par l'assuré et l'autre par nous. Faute d'arriver à un accord, les experts choisissent un troisième expert. Les trois experts statueront en commun mais, à défaut d'unanimité, l'avis du troisième expert sera prépondérant.

Si l'une des parties ne nomme pas son expert ou si les deux experts ne s'entendent pas sur le choix du troisième, la désignation en est faite par le Président du Tribunal de Première Instance du domicile du preneur d'assurance, à la requête de la partie la plus diligente.

Chacune des parties supporte les frais et honoraires de son expert. Les frais et honoraires du troisième expert sont partagés par moitié. Les experts sont dispensés de toutes formalités. Leur décision est souveraine et irrévocable.

Article 12 : Que se passe-t-il lors d'un changement du taux d'incapacité ?

Toute aggravation ou amélioration ainsi que toute cessation de l'incapacité doivent nous être signalées dans un délai de 30 jours. En cas d'omission, toute somme indûment payée par nous devra nous être restituée. Toutes les dispositions de l'article 10 sont applicables à ces cas.

Article 13 : Adaptation des conditions d'assurance et de prime

Nous nous réservons le droit d'adapter les conditions d'assurance et/ou les bases tarifaires pendant toute la durée de cette assurance complémentaire. Cela comprend respectivement une modification des conditions de couverture et/ou une modification du tarif et/ou une indexation de la prime, conformément aux possibilités et aux modalités prévues dans :

- la Loi du 4 avril 2014 relative aux assurances ;
- la Loi du 13 mars 2016 relative au statut et au contrôle des entreprises d'assurance ou de réassurance ;
- l'Arrêté Royal du 22 février 1991 portant règlement général relatif au contrôle des entreprises d'assurance ;
- toutes les normes juridiques à venir qui, soit élargissent, abrogent et/ou remplacent les Lois et l'Arrêté Royal mentionnés ci-dessus, soit prévoient des possibilités et des modalités similaires pour adapter les conditions d'assurance et/ou les bases tarifaires.

Article 14 : Quand cette assurance complémentaire prend-elle fin ?

Cette assurance complémentaire prend fin à la date indiquée dans les conditions particulières mais au plus tard au terme de l'assurance principale, sans pouvoir dépasser l'année d'assurance au cours de laquelle l'assuré atteint son 67^e anniversaire. Elle est résiliée de plein droit en cas de cessation du paiement des primes, de rachat, de résiliation, d'annulation ou de liquidation de l'assurance principale, ainsi qu'en cas de mise à la pension légale de l'assuré.

La résiliation de cette assurance complémentaire n'affecte pas les prestations en cours, sauf si la résiliation est la conséquence de la mise à la pension légale de l'assuré.

La résiliation de cette assurance complémentaire ne modifie en rien la valeur de rachat de l'assurance principale. L'assurance complémentaire n'a aucune valeur de rachat.

Article 15 : Poursuite individuelle d'un contrat d'assurance lié à l'activité professionnelle

15.1. Droit à la poursuite individuelle

Tout assuré à une assurance liée à l'activité professionnelle couvrant le risque incapacité dispose du droit de poursuivre, en tout ou en partie, cette assurance individuellement lorsqu'il en perd le bénéfice, sans devoir subir un examen médical supplémentaire ni devoir remplir un nouveau questionnaire médical. Ce droit à la poursuite individuelle n'est pas reconnu à l'assuré qui perd le bénéfice du contrat d'assurance lié à l'activité professionnelle couvrant le risque incapacité pour l'une des raisons visées aux articles 6, 7, 14, 16 et 24 de la loi sur le contrat d'assurance terrestre et, de manière générale, en cas de fraude.

15.2. Conditions

Ce droit ne peut toutefois être exercé que si l'assuré, durant les deux années précédant la perte du bénéfice de l'assurance incapacité liée à l'activité professionnelle qui est poursuivie, a été assuré de manière ininterrompue à un ou plusieurs contrats d'assurance maladie successifs souscrits auprès d'une entreprise d'assurances.

15.3. Obligation d'information à charge du preneur d'assurance

Dans les 30 jours suivant la perte du bénéfice de l'assurance incapacité liée à l'activité professionnelle, le preneur d'assurance doit communiquer à l'assuré, par écrit ou par voie électronique, le moment précis de cette perte, la possibilité de poursuivre cette convention à titre individuel, nos coordonnées ainsi que le délai dans lequel il peut exercer son droit à la poursuite individuelle.

Article 16 : Préfinancement de la poursuite individuelle d'un contrat d'assurance lié à l'activité professionnelle

Par la souscription de ce contrat, le preneur d'assurance s'engage à informer l'assuré de la possibilité qu'il a de payer une prime complémentaire. Immédiatement après la conclusion de ce contrat, le preneur d'assurance est tenu de transmettre cette information à l'assuré.

Partie IX : Règlement de participation bénéficiaire du fonds « Pension Life »

Le fonds « Pension Life » est un fonds à actifs dédiés géré par AG conformément à l'article 57 de l'Arrêté Royal du 14 novembre 2003 relatif à l'activité d'assurance sur la vie.

Article 1 : Quels sont les objectifs d'investissement du fonds « Pension Life » ?

- Le fonds a pour but de procurer chaque année un rendement attractif au client tout en lui garantissant un taux d'intérêt de base minimal à moyen et long terme.
La politique de placement associe, entre autres, les lignes de conduite suivantes :
 - une gestion prudente, pour pouvoir atteindre le taux d'intérêt de base minimal, réalisée grâce à une proportion suffisante du portefeuille investie dans des actifs à rendement fixe ;
 - une optimisation du rendement grâce à d'autres types de placements présentant un niveau de risque plus important.
- Le portefeuille à rendement fixe est investi pour la majeure partie en euro-obligations.
- Pour les placements en actions, le choix se porte principalement sur des sociétés ayant leur siège social situé dans les zones euro et world ex-euro (Etats-Unis, Canada, Royaume Uni, Japon, Suisse et les pays scandinaves en dehors de l'euro). Seules des actions cotées sur des bourses réglementées sont sélectionnées.
- Lors de l'achat d'autres instruments de placements, un rating minimal de « A » est exigé la plupart du temps.
- En outre, le fonds peut faire usage de tous les instruments financiers autorisés dans les limites établies par l'AR du 22 février 1991 portant règlement général relatif au contrôle des entreprises d'assurances

Article 2 : Comment le rendement est-il déterminé ?

L'actif moyen sous gestion de chaque contrat prend en considération la valeur de l'actif géré au début de l'année et l'ensemble des mouvements – positifs ou négatifs – intervenus dans le courant de l'année, en tenant compte de leurs dates valeurs.

Le rendement financier brut du fonds est déterminé par :

- le rendement actuariel du portefeuille obligataire (les coupons et l'amortissement actuariel de la différence entre la valeur d'acquisition et la valeur nominale)
- les dividendes
- les intérêts générés par le placement des liquidités
- les revenus locatifs de biens immobiliers
- les frais de gestion et de transactions payés pour la gestion ainsi que l'achat et la vente d'actifs
- les primes payées ou reçues par le biais des autres instruments financiers
- les plus- et moins-values réalisées lors de la vente d'actifs
- les réductions de valeurs et/ou les reprises de réductions de valeurs selon les règles comptables en vigueur
- les prélèvements fiscaux et légaux.

Si des actifs sont alloués au fonds en compensation d'une baisse sur le marché des valeurs représentatives du fonds, les rendements générés par ces actifs ne sont pas repris dans le rendement financier brut du fonds.

Le rendement financier net est égal au rendement financier brut du fonds, diminué de la partie des plus-values réalisées et des reprises de réductions de valeurs éventuellement mise en réserve pour la détermination de rendements futurs, et augmenté d'un éventuel prélèvement dans cette réserve. Cette réserve demeure une partie intégrante du fonds.

Le rendement financier net excédentaire équivaut à la différence entre le rendement financier net d'une part et d'autre part le pourcentage de rendement actuariel du portefeuille d'obligations d'Etat dans le fonds, appliqué à l'actif moyen sous gestion du fonds. Cette différence peut être soit positive, soit négative.

AG s'engage à distribuer aux contrats :

- minimum 70 % du pourcentage de rendement actuariel du portefeuille d'obligations d'Etat dans le fonds, appliqué à l'actif moyen sous gestion du fonds, et
- minimum 70 % du rendement financier net excédentaire.

AG se réserve le droit d'appliquer des pourcentages inférieurs dans le cas où l'application de ces pourcentages de 70 % aboutirait à une marge pour AG inférieure à 1 % de l'actif moyen sous gestion.

Le fonds comporte différents niveaux de taux d'intérêt de base. Le niveau du taux d'intérêt de base est mentionné dans le contrat. La répartition des 70 % minimum du rendement financier net excédentaire cité plus haut intervient proportionnellement au montant de la contribution de chaque taux d'intérêt de base dans le bénéfice financier, en tenant compte de l'actif moyen sous gestion par taux d'intérêt de base.

La contribution que chaque taux d'intérêt de base apporte au bénéfice financier est déterminée par la partie des contrats pouvant être investie dans des placements comportant un certain niveau de risque. Cette partie sera d'autant plus grande que le taux d'intérêt de base est faible, et est calculée grâce à la formule suivante :

$$1 - \frac{(1+i)^g}{(1+s)^g}$$

où i représente le taux d'intérêt de base des contrats concernés, et s au moins 70 % du pourcentage de rendement actuariel du portefeuille d'obligations d'Etat dans le fonds.

La portion de l'ensemble du fonds que AG peut investir dans des placements présentant un certain niveau de risque est déterminée par la somme des portions se rapportant à chaque taux d'intérêt de base, soit les parts pouvant être investies en placements à risques multipliées par les actifs moyens respectifs de chaque taux d'intérêt de base. De cela découle la proportion dans laquelle chaque taux d'intérêt de base contribue au rendement financier net excédentaire. Ces proportions permettent de répartir le rendement financier net excédentaire parmi les taux d'intérêt de base.

En outre, le rendement attribué aux contrats à primes récurrentes est diminué de maximum 0,50 % de l'actif moyen sous gestion des contrats.

Néanmoins, le rendement du fonds ne sera réparti et attribué qu'à concurrence des bénéfices générés par les opérations réalisées dans le fonds [Art. 58 § 2 de l'Arrêté Royal du 14 novembre 2003 concernant l'activité vie].

AG se réserve le droit de retenir l'ensemble des impôts, taxes, cotisations et charges présents et à venir.

Ce règlement de participation bénéficiaire fait partie intégrante des conditions générales du contrat. AG établit un rapport financier annuel qui permet de vérifier si la part des bénéfices attribuée aux contrats et si les placements effectués sont bien conformes aux dispositions du règlement de participation bénéficiaire

Article 3 : Autres dispositions

AG se réserve le droit de liquider le fonds à tout moment. En cas de liquidation du fonds « Pension Life », le preneur d'assurance a le choix entre le transfert interne et la liquidation de la valeur de rachat théorique. La différence entre la valeur de liquidation du fonds et la valeur de rachat théorique des contrats, après déduction des frais de transaction, sera répartie entre les contrats, pour autant que cette différence soit positive. Cette différence est répartie entre les contrats proportionnellement à la valeur de rachat des contrats. Aucune indemnité ne sera appliquée, ni en cas de liquidation, ni en cas de transfert interne.

Partie X : Dispositions diverses

Article 1 : Qu'entend-on par le document d'information légal ?

Le document d'information légal reprend les principales caractéristiques du présent contrat d'assurance-vie. Elle renseigne notamment les frais applicables au contrat, le mode de calcul de ces frais, les minima et maxima applicables aux opérations du contrat, les taux de prime en cas de décès ainsi que les règles en matière d'exécution des opérations. Ces éléments font partie intégrante du contrat et ne sont pas garantis pour le futur.

Pour les contrats dont les primes ont fait l'objet d'une immunisation fiscale, ce document est intitulé « Fiche-info financière ».

Article 2 : Taxes et frais éventuels

Les impôts, taxes et droits qui existent ou qui seraient établis sous une dénomination quelconque après la conclusion du contrat et qui sont ou seraient dus du fait de la conclusion ou l'exécution du contrat, sont à votre charge, à charge des ayants droit, du (des) bénéficiaire(s) ou du crédientier suivant le cas. Si une taxe est due sur la prime, cette taxe doit être payée par le preneur d'assurance en même temps que la prime.

Des frais peuvent être demandés lorsque vous, l'assuré, le bénéficiaire ou le crédientier occasionnez des dépenses particulières. Nous pouvons, entre autres, réclamer des frais supplémentaires pour la délivrance de duplicatas, d'attestations et relevés spécifiques, pour la recherche d'adresses et lorsque nous modifions à votre demande un élément technique de votre contrat.

En outre, nous pouvons porter en compte des frais pour les éventuelles recherches et/ou vérifications visées par la réglementation concernant les comptes, coffres et contrats d'assurances dormants et ce dans les limites prévues par cette réglementation.

Article 3 : Principes généraux

La personne appelée à recevoir les prestations assurées devra nous remettre toutes les pièces justificatives qui nous sont nécessaires pour procéder au paiement, telles que :

- un certificat de vie du preneur d'assurance, de l'assuré et du bénéficiaire ;
- un extrait de l'acte de décès de l'assuré ;
- un certificat médical rédigé sur le formulaire délivré par nous et mentionnant la cause du décès ;
- un acte ou certificat d'hérédité (dans les cas où le bénéficiaire n'a pas été désigné nominativement) ;
- le contrat original et ses avenants ;
- la quittance de liquidation dûment signée.

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

Article 4 : Correspondance – loi applicable – demande d'informations et plaintes

Toutes les dates indiquées dans les conditions particulières s'entendent à zéro heure.

Les communications qui vous sont destinées sont valablement faites à l'adresse indiquée dans le contrat ou à la dernière adresse qui nous a été communiquée par écrit. Les communications qui nous sont destinées sont réputées reçues le jour de leur réception à notre siège social. Nos dossiers ou documents prouvent le contenu de nos lettres sauf si vous prouvez le contraire.

Le présent contrat d'assurance est soumis au droit belge, et plus précisément à la Loi du 4 avril 2014 relative aux assurances et à l'Arrêté Royal du 14 novembre 2003 relatif à l'activité d'assurance sur la vie. Tous les litiges relatifs à ce contrat sont exclusivement du ressort des tribunaux belges.

Vous pouvez communiquer avec votre assureur en français et en néerlandais. Tous les documents contractuels sont disponibles en français et en néerlandais.

Si vous avez une plainte à formuler, vous pouvez la transmettre par écrit à AG Insurance SA, ci-après dénommé « AG », Service de Gestion des Plaintes Bd. E. Jacquain 53 à 1000 Bruxelles (Tél. : +32 664 02 00) ou par e-mail : customercomplaints@aginsurance.be. Si la solution proposée par AG ne vous donne pas satisfaction, vous pouvez soumettre le litige à l'Ombudsman des Assurances, Square de Meeûs 35 à 1000 Bruxelles, www.ombudsman.as ou par e-mail : info@ombudsman.as.

Une plainte ne porte pas préjudice à la possibilité d'intenter une action en justice.

LEXIQUE

Assuré

La personne, soit vous-même, soit quelqu'un d'autre, sur la tête de laquelle l'assurance est conclue.

Bénéficiaire

La personne désignée aux conditions particulières pour recevoir les prestations assurées.

Capital en cas de décès

Le capital repris aux conditions particulières qui sera versé au bénéficiaire désigné en cas de décès de l'assuré.

Cessionnaire

Le créancier au profit duquel le bénéfice du contrat est cédé en garantie de sa créance.

Élément technique

Donnée qui est utilisée dans la technique d'assurance pour le calcul des prestations d'assurance, comme, par exemple, le montant du capital assuré, la durée, la prime, ...

Market Timing

Par Market Timing, il faut entendre la technique d'arbitrage par laquelle un preneur d'assurance, dans un court laps de temps, réalise des apports et rachats ou des transferts, de manière systématique et/ou exagérée et/ou répétitive en exploitant les décalages horaires et/ou les déficiences du système de détermination de la valeur de l'unité. La pratique du Market Timing ne peut être admise, car elle peut diminuer la performance du fonds à travers une hausse des coûts et/ou entraîner une dilution du profit. Les apports, les rachats et les transferts sont réalisés à une valeur d'unité inconnue.

Nous

AG, Bd E. Jacqmain 53, 1000 Bruxelles.

Prime

La prime d'assurance, payée par le preneur d'assurance. Les primes comprennent les frais d'entrée, les éventuelles taxes et cotisations prévues par la législation, ainsi que le coût des garanties complémentaires éventuelles.

Prime nette

La prime, diminuée des frais d'entrée, des éventuelles taxes et cotisations ainsi que du coût des garanties complémentaires éventuelles.

Rachat

L'opération qui consiste à procéder au rachat du contrat. En cas de rachat partiel, nous vous payons une partie de la valeur de rachat. En cas de rachat total, vous mettez fin au contrat et nous vous payons la valeur de rachat.

Réserve du contrat

La réserve, à un moment donné, telle que définie aux conditions produit et aux conditions particulières.

Valeur de rachat

La réserve, à un instant déterminé, du contrat, diminuée de l'indemnité de rachat, à verser par nous en cas de rachat du contrat.

Vous

Le preneur d'assurance du contrat c'est-à-dire la ou les personnes qui conclu(en)t le contrat avec nous.

INFORMATION FISCALE

A. Taxe sur les opérations d'assurance

La prime est soumise à une taxe de 2 % si le preneur d'assurance est une personne physique ayant sa résidence habituelle en Belgique.

La prime est cependant exemptée de la taxe si celle-ci est versée sur un contrat souscrit dans le cadre de l'épargne pension.

B. Impôts sur les revenus

- 1] Le capital décès n'est pas imposable si le preneur d'assurance et le bénéficiaire sont des personnes physiques. En outre, il n'y a pas de précompte mobilier dû sur le capital vie ou la valeur de rachat :
 - si l'assurance est conclue par une personne physique qui est aussi l'assuré et le bénéficiaire en cas de vie, et que le capital décès est au moins égal à 130 % du total des primes versées ;
 - si l'assurance est conclue par une personne physique pour une durée de plus de 8 ans, et que le capital vie ou la valeur de rachat est effectivement payée plus de 8 ans après la conclusion de l'assurance. Le précompte mobilier peut, par contre, être dû en cas de paiement du capital vie ou de la valeur de rachat dans les 8 ans suivant la conclusion de l'assurance.
- 2] Les participations bénéficiaires liquidées en même temps que les capitaux ou valeurs de rachat provenant de contrats d'assurance-vie sont exonérées d'impôts sur les revenus des personnes physiques et de taxe sur l'épargne à long terme.
- 3] Pour l'assurance dont au moins une prime a fait l'objet d'une réduction d'impôts dans le cadre de l'épargne à long terme ou de l'épargne pension, le capital sera imposé à un taux d'imposition distinct favorable, soit via les impôts sur les revenus des personnes physiques, soit via la taxe sur l'épargne à long terme. En cas de rachat, la valeur de rachat sera imposée à un taux d'imposition distinct, favorable ou non en fonction du moment du rachat.

C. Droits de succession

Des droits de succession peuvent être dus.

D. Législation fiscale d'application

Cette information est basée sur la législation fiscale belge en vigueur au 01/01/2021 et peut changer dans le futur. Le traitement fiscal dépend de la situation personnelle du contribuable. Vous pouvez toujours vous adresser à votre intermédiaire pour obtenir des informations fiscales plus détaillées et actualisées.

E. Echange d'information

Conformément à ses obligations légales, AG fournira les informations nécessaires aux autorités compétentes.

F. Taxe annuelle sur les organismes de placement collectif

Une taxe annuelle sur les opérations d'assurances liées à un fonds d'investissement est due sur le montant total au 1er janvier de l'année d'imposition des provisions mathématiques et techniques afférentes à ces opérations.

Le prélèvement de cette taxe a pour effet une diminution de la valeur des unités des fonds d'investissement liés à ces opérations d'assurances. Cette taxe s'élève actuellement à 0,0925 % (inclus dans les coûts récurrents des fonds).

COMMUNICATION AU POINT DE CONTACT CENTRAL

A. Objet

AG a l'obligation légale de fournir plusieurs de vos informations personnelles au « point de contact central pour les comptes et contrats financiers établi auprès de la Banque nationale de Belgique » [aussi dénommé le « PCC »]. Cette obligation de communication vise toutes les polices d'assurances vie ayant un but d'épargne ou d'investissement sans immunisation de la prime.

B. Quelles informations sont transmises au PCC ?

1) Données d'identification

- Pour les personnes physiques : votre numéro d'identification au Registre national des personnes physiques ou, à défaut, votre numéro d'identification à la Banque-Carrefour de la Sécurité sociale, ou, à défaut, les nom, prénom, date et lieu de naissance (ou, à défaut le pays natal) ;
- Pour les personnes morales : votre numéro d'inscription auprès de la Banque-carrefour des entreprises ou, à défaut, la dénomination complète, la forme juridique éventuelle et le pays d'établissement.

2) Données propres au contrat

- L'existence de votre relation contractuelle avec AG ;
- La date du début de votre relation contractuelle ;
- La date de fin de votre relation contractuelle lors de la résiliation du dernier contrat relevant de l'obligation de communication.
- La valeur globale à la fin de chaque année de tous les contrats dont vous êtes titulaire et qui font l'objet d'une déclaration.
- Toute nouvelle donnée future dont la loi imposerait la déclaration au PCC

C. Pour quelles finalités vos données personnelles sont-elles transmises et enregistrées au PCC ?

Le PCC a pour objectif de rassembler les informations relatives aux contrats financiers existant en Belgique dans une base de données structurée unique afin de fournir rapidement les informations qui sont nécessaires aux autorités, personnes et organismes que le législateur a habilités par le biais de législations spécifiques, à demander ces informations pour la réalisation de leurs missions d'intérêt général.

Les données personnelles enregistrées dans le PCC peuvent entre autres être utilisées dans le cadre d'une enquête fiscale, de la recherche d'infractions pénalement sanctionnables et de la lutte contre le blanchiment de capitaux et contre le financement du terrorisme et de la grande criminalité, dans le respect des conditions imposées par la loi.

D. Quels sont vos droits en lien avec vos données personnelles communiquées au PCC ?

Les personnes physiques et morales peuvent obtenir gratuitement un relevé des données enregistrées à leur nom dans le PCC en adressant une demande écrite, datée et signée au PCC établi auprès de la Banque nationale de Belgique.

Toute personne peut en outre demander à AG la rectification ou la suppression des données inexactes enregistrées à son nom. AG sera tenu de rectifier ou de supprimer les données inexactes dans ses propres fichiers et de communiquer sans retard ces modifications au PCC.

E. Quel est le délai de conservation ?

Le PCC collecte l'ensemble de vos données dans une base de données et les stocke pendant 10 ans après la fin de relation contractuelle.

A l'expiration du délai de conservation précité, les données échues sont irrévocablement supprimées de la base de données du PCC.

F. Comment contacter le PCC ?

Par e-mail : cap.pcc@nbb.be

Par courrier : CAP-Banque nationale de Belgique, Boulevard de Berlaumont 14, 1000 Bruxelles

Par téléphone : +32 2 221 30 08

CLAUSE PRIVACY

Les données à caractère personnel du preneur, de son représentant légal (le cas échéant) et/ou de l'assuré sont traitées par AG Insurance SA, ayant son siège social à 1000 Bruxelles, Boulevard Emile Jacqmain 53 [ci-après dénommé, «AG»], en tant que responsable du traitement, conformément au Règlement [UE] 2016/679 du Parlement Européen et du Conseil 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 Vie Privée d'AG sur le site web www.aginsurance.be.

Ces données sont traitées pour les finalités mentionnées dans la Notice Vie Privée d'AG et en particulier pour :

- la gestion et l'exécution des services d'assurance et/ou de crédit, en ce compris la gestion de la relation clientèle, et ce sur base de l'exécution du contrat ;
- réaliser toute finalité imposée à AG par une disposition légale, réglementaire ou administrative, et ce sur base de cette disposition comme notamment :
 - toute obligation d'informations et/ou de retenues sociales, fiscales et parafiscales, sur un plan national et/ou international, vis-à-vis des autorités/administrations publiques compétentes ;
 - toute obligation globale de transparence, d'information et de devoir général de diligence préalablement à la souscription d'un produit d'assurance ;
 - diverses obligations spécifiques comme la lutte contre le financement du terrorisme et le blanchiment d'argent ou encore la recherche de bénéficiaire de fonds dormant.
- l'analyse des données, l'établissement de statistiques, de modèles et de profils, la détection et la prévention des abus et de la fraude, la constitution de preuves, la sécurité des réseaux et systèmes informatiques d'AG, la sécurité des biens et des personnes, l'optimisation des processus (par exemple d'évaluation et d'acceptation du risque, des processus internes, etc.), le développement de nouveaux produits, la prospection ainsi que, le cas échéant, le profilage et la prise de décisions sur base d'un profil pour les finalités mentionnées ci-avant, et ce sur base de l'intérêt légitime d'AG.

Dans certains cas, vos données peuvent également être traitées avec votre consentement.

Ces données pourront être communiquées le cas échéant à d'autres entreprises d'assurances intervenantes, à leurs représentants en Belgique, à leurs correspondants à l'étranger, aux entreprises de réassurance concernées, à des bureaux de règlement de sinistres, à un expert, à un avocat, à un conseil technique, à votre intermédiaire d'assurances ou à un sous-traitant. Les données peuvent également être communiquées à toute personne ou instance dans le cadre d'une obligation imposée par la loi ou une décision judiciaire ou administrative.

AG est susceptible de transmettre vos données en dehors de l'Espace économique européen (EEE), dans un pays qui n'assure pas un niveau de protection adéquat des données à caractère personnel. Dans ce cas, AG renforce davantage la sécurité informatique et exige contractuellement un niveau de sécurité renforcé de la part de ses contreparties internationales.

Les données traitées 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.

Dans les limites fixées par la réglementation :

- vous avez le droit de prendre connaissance de vos données, le cas échéant, de les faire rectifier, et d'en demander la communication à des tiers ;
- vous avez le droit de vous opposer au traitement de vos données, le droit de demander la limitation du traitement de celles-ci ainsi que le droit à leur effacement. Dans ces cas, AG pourrait se trouver dans l'impossibilité de poursuivre la relation contractuelle.

Vous pouvez exercer vos droits au moyen d'une demande datée et signée accompagnée d'un document d'identification ou d'un autre moyen d'identification à envoyer par courrier à AG, Data Protection Officer, 1000 Bruxelles, Boulevard Emile Jacqmain 53, ou par email à : AG_DPO@aginsurance.be. Une réclamation peut le cas échéant être introduite auprès de l'Autorité de protection des données.

Plus d'informations peuvent être obtenues à la même adresse ainsi que dans la Notice Vie Privée d'AG sur le site web www.aginsurance.be.

