



SITUATION

Les **Conditions Générales** décrivent la portée, les modalités et les principes de fonctionnement des divers types d'assurances-vie et de couvertures complémentaires.

- Le point 1 décrit les principes de fonctionnement en matière de technique d'assurance, qui s'appliquent uniformément à tous les types d'assurances.
- Le point 2 décrit les différentes couvertures de risque. Ce point s'applique également uniformément à tous les types d'assurances.
- Le point 3 reprend les dispositions qui sont propres à l'assurance de groupe.
- Le point 4 reprend les dispositions qui sont propres à l'engagement individuel de pension.
- Le point 5 reprend les dispositions qui sont propres aux contrats transférés et non-transférés.
- Le point 6 reprend les dispositions qui sont propres à la continuation à titre individuel.
- Le point 7 reprend les dispositions qui sont propres à la pension complémentaire libre des indépendants.
- Le point 8 reprend les dispositions qui sont propres à l'assurance individuelle.
- Le point 9 reprend des dispositions diverses qui s'appliquent uniformément à tous les types d'assurances.

Pour l'assurance de groupe et l'engagement individuel de pension, les Conditions Générales s'accompagnent de **Conditions Particulières**. En ce qui concerne l'assurance de groupe, les Conditions Générales et les Conditions Particulières forment ensemble le **Règlement de Pension**. En ce qui concerne l'engagement individuel de pension, les Conditions Générales et les Conditions Particulières forment ensemble la **Convention de Pension**.

Pour tous les types d'assurances, il est enfin établi un **Certificat Personnel**, soit séparément par assurance, soit globalement pour différentes assurances (jonction). Ce document donne un aperçu de, entre autres, la nature et du niveau des couvertures, ainsi que des modes de placement applicables. Les différentes couvertures et les différents modes de placement, ainsi que les dispositions des Conditions Générales et des éventuelles Conditions Particulières y afférentes, ne s'appliquent que s'il ressort du Certificat Personnel qu'ils ont effectivement été souscrits.

Les Conditions Générales, les éventuelles Conditions Particulières et le Certificat Personnel doivent être lus conjointement et forment un ensemble.

Le tableau ci-dessous donne un aperçu des documents applicables.

<u>assurance de groupe</u> ⁽¹⁾	<u>engagement individuel de pension</u> ⁽²⁾	<u>contrats transférés et non-transférés</u>	<u>continuation à titre individuel</u>	<u>pension complémentaire libre des indépendants</u>	<u>assurance individuelle</u>
CONDITIONS GENERALES dispositions communes (points 1, 2 et 9)					
dispositions spécifiques (point 3)	dispositions spécifiques (point 4)	dispositions spécifiques (point 5)	dispositions spécifiques (point 6)	dispositions spécifiques (point 7)	dispositions spécifiques (point 8)
CONDITIONS PARTICULIERES					
conditions particulières	conditions particulières	non applicable	non applicable	non applicable	non applicable
CERTIFICAT PERSONNEL (séparément par assurance ou globalement pour plusieurs assurances)					

⁽¹⁾ les Conditions Générales et les Conditions Particulières forment ensemble le **Règlement de Pension**

⁽²⁾ les Conditions Générales et les Conditions Particulières forment ensemble le **Convention de Pension**

SOMMAIRE

1. TECHNIQUE D'ASSURANCE.....	5
1.1 CONCEPT DE BASE: LA TECHNIQUE DITE 'UNIVERSAL LIFE'	5
1.2 PRINCIPES DE FONCTIONNEMENT	5
1.3 CONTRATS CONJOINTS	6
1.4 FLUX ENTRANTS OU ATTRIBUTIONS.....	6
1.5 TYPES DE RESERVES	7
1.6 FLUX SORTANTS OU SOUSTRATIONS.....	9
1.7 TARIFS, FRAIS ET IMPOTS.....	11
1.8 PRINCIPES DE CALCUL GENERAUX.....	12
1.9 AVANCES	15
2. COUVERTURES DE RISQUE.....	16
2.1 COUVERTURES DE RISQUE EN CAS DE DECES.....	16
2.2 COUVERTURES DE RISQUE EN CAS D'INCAPACITE DE TRAVAIL	19
2.3 DISPOSITIONS GENERALES EN MATIERE DE COUVERTURES DE RISQUE.....	24
3. FONCTIONNEMENT DE L'ASSURANCE DE GROUPE.....	26
3.1 AFFILIATION.....	26
3.2 CONTRAT D'ENTREPRISE ET CONTRAT PERSONNEL	26
3.3 ASSURES	26
3.4 BENEFICIAIRES	26
3.5 PAIEMENT DES PRIMES	27
3.6 PROROGATION DU TERME.....	27
3.7 POSSIBILITES DE CHOIX POUR LES AFFILIES.....	27
3.8 MUTATIONS	29
3.9 TRAVAIL A TEMPS PARTIEL.....	29
3.10 FLUX D'INFORMATIONS.....	30
3.11 FINANCEMENT DE BIENS IMMOBILIERS	31
3.12 LIQUIDATION EN RENTE VIAGERE	31
3.13 FONDS DE FINANCEMENT	31
3.14 SUSPENSION / DEPART / CESSATION / RACHAT	32
3.15 RESERVES TRANSFEREES	35
3.16 LEGISLATION APPLICABLE ET DISPOSITIONS FISCALES	35
3.17 BONNE FOI ET EQUITE	35
4. FONCTIONNEMENT DE L'ENGAGEMENT INDIVIDUEL DE PENSION.....	36
4.1 ENTREE EN VIGUEUR ET AFFILIATION	36
4.2 CONTRAT D'ENTREPRISE ET CONTRAT PERSONNEL	36
4.3 ASSURES	36
4.4 BENEFICIAIRES.....	36
4.5 PAIEMENT DES PRIMES	37
4.6 PROROGATION DU TERME.....	37
4.7 POSSIBILITES DE CHOIX POUR L'AFFILIE.....	37
4.8 MUTATIONS	38
4.9 TRAVAIL A TEMPS PARTIEL.....	39
4.10 FLUX D'INFORMATIONS.....	39
4.11 FINANCEMENT DE BIENS IMMOBILIERS	40
4.12 LIQUIDATION EN RENTE VIAGERE	40
4.13 SUSPENSION / DEPART / CESSATION / RACHAT	41
4.14 RESERVES TRANSFEREES	44
4.15 LEGISLATION APPLICABLE ET DISPOSITIONS FISCALES	44
4.16 BONNE FOI ET EQUITE	44

5.	FONCTIONNEMENT DES CONTRATS TRANSFERES ET NON-TRANSFERES.....	45
5.1	CONTEXTE	45
5.2	CONTRATS TRANSFERES.....	45
5.3	CONTRATS NON-TRANSFERES.....	46
5.4	EPUISEMENT DES RESERVES.....	47
5.5	TRANSFERT VERS UN AUTRE ORGANISME DE PENSION.....	47
5.6	VERSEMENT DE LA VALEUR DE RACHAT.....	48
5.7	FINANCEMENT DE BIENS IMMOBILIERS	48
5.8	LIQUIDATION EN RENTE VIAGERE	48
5.9	CERTIFICAT PERSONNEL.....	49
5.10	LEGISLATION APPLICABLE	49
6.	FONCTIONNEMENT DE LA CONTINUATION A TITRE INDIVIDUEL.....	50
6.1	CONTINUATION A TITRE INDIVIDUEL.....	50
6.2	ENTREE EN VIGUEUR ET PAIEMENT DES PRIMES	50
6.3	DROITS DE L’AFFILIE	50
6.4	ACCEPTATION DE LA DESIGNATION BENEFICIAIRE	51
6.5	NON-PAIEMENT DES PRIMES / EPUISEMENT DES RESERVES	51
6.6	CERTIFICAT PERSONNEL.....	51
6.7	LEGISLATION APPLICABLE	52
7.	FONCTIONNEMENT DE LA PENSION COMPLEMENTAIRE LIBRE DES INDEPENDANTS.....	53
7.1	PENSION COMPLEMENTAIRE LIBRE DES INDEPENDANTS	53
7.2	ENTREE EN VIGUEUR ET PAIEMENT DES PRIMES	53
7.3	DROITS DE L’AFFILIE	53
7.4	ACCEPTATION DE LA DESIGNATION BENEFICIAIRE	54
7.5	NON-PAIEMENT DES PRIMES / EPUISEMENT DES RESERVES	54
7.6	LIQUIDATION EN RENTE VIAGERE	54
7.7	CERTIFICAT PERSONNEL.....	55
7.8	LEGISLATION APPLICABLE	55
8.	FONCTIONNEMENT DE L’ASSURANCE INDIVIDUELLE..	56
8.1	ASSURANCE INDIVIDUELLE	56
8.2	ENTREE EN VIGUEUR ET PAIEMENT DES PRIMES	56
8.3	DROITS DU PRENEUR D’ASSURANCE.....	56
8.4	ACCEPTATION DE LA DESIGNATION BENEFICIAIRE	56
8.5	NON-PAIEMENT DES PRIMES / EPUISEMENT DES RESERVES	57
8.6	CERTIFICAT PERSONNEL.....	57
8.7	LEGISLATION APPLICABLE	57
9.	DISPOSITIONS DIVERSES.....	58
9.1	NATURE JURIDIQUE DES COUVERTURES	58
9.2	REMISE EN VIGUEUR	58
9.3	VERSEMENTS	58
9.4	CORRESPONDANCE ET PREUVE.....	58
9.5	MODIFICATION DES CONDITIONS GENERALES	59
9.6	REGIME FISCAL APPLICABLE.....	59
9.7	PROTECTION DE LA VIE PRIVEE.....	59
9.8	PLAINTES ET LITIGES	59

1. TECHNIQUE D'ASSURANCE

1.1 Concept de base: la technique dite 'universal life'

Les assurances sont gérées selon la technique dite 'universal life'. Il s'agit d'un concept d'assurance de pointe qui permet une gestion souple, transparente et peu onéreuse. Ses principes de fonctionnement sont décrits ci-dessous.

1.2 Principes de fonctionnement

1.2.1 Compte d'assurance

Chaque contrat distinct comprend un compte d'assurance. Les versements (flux entrants) et les retraits (flux sortants) y sont comptabilisés. Les retraits servent, par exemple, au financement des primes de risque pour certaines couvertures de risque.

Les avoirs sur le compte d'assurance (également appelés réserves, valeur de compte, avoirs sur compte ou épargne du compte d'assurance ou du contrat) sont investis dans un ou plusieurs modes de placement (voir plus loin) et génèrent ainsi un rendement.

La valeur de compte est la valeur d'un compte d'assurance à un moment déterminé. Elle s'obtient par l'addition des diverses valeurs de dépôt (voir plus loin) du compte d'assurance à ce moment.

1.2.2 Dépôt

Chaque compte d'assurance se compose d'un ou de plusieurs dépôts. Un dépôt contient une partie des réserves d'un compte d'assurance qui sont toutes investies dans un même mode de placement (voir plus loin) et qui connaissent également une affectation identique (voir plus loin). Les dépôts peuvent également se distinguer les uns des autres par d'autres caractéristiques qui permettent d'assurer une gestion correcte du (des) compte(s) d'assurance. Chaque dépôt peut ainsi être considéré comme un compartiment de réserves homogènes au sein d'un compte d'assurance.

La valeur de dépôt est la valeur des réserves d'un dépôt à un moment déterminé. Cette valeur s'obtient en multipliant le nombre d'unités dans le dépôt par la valeur d'unité à ce moment (voir plus loin).

1.2.3 Unité

Pour structurer de manière efficace la gestion du compte d'assurance, celle-ci s'opère en unités. Une unité peut être considérée comme une unité de calcul élémentaire qui permet d'obtenir la valeur d'un dépôt et finalement celle d'un compte d'assurance. Cette valeur s'obtient en multipliant le nombre d'unités du dépôt ou du compte d'assurance par leurs valeurs d'unité respectives.

La valeur d'unité est déterminée par l'assureur et évolue dans le temps en fonction du rendement - garanti ou non - généré par les sommes investies. Pour les unités dont la valeur est liée à l'évolution de la valeur d'un fonds d'investissement (branche 23), la valeur d'unité évolue de la même manière que la valeur d'inventaire du fonds d'investissement concerné. Pour les unités dont la valeur est garantie par l'assureur (branche 21), l'évolution de la valeur d'unité exprime le rendement garanti.

Le nombre d'unités d'un dépôt ne peut fluctuer que suite à un flux entrant ou sortant (voir plus loin).

1.2.4 Couvertures de risque

Outre le compte d'assurance, un contrat peut également comprendre des couvertures de risque. Les couvertures de risque peuvent prévoir des prestations en cas de décès et d'incapacité de travail (voir plus loin).

Les primes de risque nécessaires au financement des couvertures de risque en cas de décès autres que la couverture 'capital-décès par accident' (voir plus loin) sont soustraites des réserves du compte d'assurance. Les primes de risque nécessaires au financement de la couverture 'capital-décès par accident' et des couvertures en cas d'incapacité de travail (voir plus loin) font l'objet d'une retenue directe sur la prime payée.

Les différentes couvertures et les dispositions des Conditions Générales y afférentes ne s'appliquent que s'il ressort du Certificat Personnel qu'elles ont effectivement été souscrites.

1.3 Contrats conjoints

Il se peut que plusieurs contrats soient conjoints. La jonction résulte du fait que les contrats concernés figurent sur le même Certificat Personnel. La jonction implique que les contrats concernés, bien qu'ils restent distincts d'un point de vue juridique et fiscal, sont considérés comme un ensemble sur le plan de la technique d'assurance. Ainsi:

- la 'couverture décès supplémentaire' (voir plus loin) et les éventuels bonis de survie (voir plus loin) sont calculés par rapport au montant total des réserves des différents comptes d'assurance des contrats conjoints;
- les primes de risque à soustraire pour les couvertures de risque concernées sont soustraites des réserves des différents comptes d'assurance des contrats conjoints (voir également plus loin);
- le rapport de placement éventuel peut tenir compte de la totalité des placements dans les contrats conjoints;
- le caractère complémentaire des assurances complémentaires doit être apprécié par rapport à l'ensemble des contrats conjoints.

Pour le reste, les contrats conjoints sont considérés comme des contrats distincts.

Les contrats ne peuvent être conjoints que s'ils présentent les caractéristiques cumulatives suivantes (l'assureur peut imposer d'autres conditions):

- même affilié (en ce qui concerne les assurances individuelles, il est renvoyé au preneur d'assurance);
- mêmes bénéficiaires des couvertures respectives au travers des différents contrats;
- absence de couvertures de risque avec un montant assuré minimal ou imposé, sauf en ce qui concerne la jonction du contrat d'entreprise et du contrat personnel (gérés ou non sous forme de contrats non-transférés) dans le cadre d'une assurance de groupe ou d'un engagement individuel de pension ou sauf si, dans le cadre de la couverture 'capital-décès', il est uniquement prévu, au travers des différents contrats, un montant assuré minimal égal au montant des réserves;
- même intermédiaire.

Si, quelle qu'en soit la raison, un contrat n'est plus conjoint, la couverture 'capital-décès' est, sauf demande écrite contraire et moyennant l'accord écrit de l'assureur, automatiquement diminuée du montant des réserves du (des) contrat(s) qui n'est (ne sont) plus conjoint(s).

Le fait que des contrats soient conjoints comme indiqué ci-dessus, n'implique pas que ces contrats sont également conjoints au sens de l'arrêté royal relatif à l'activité d'assurance sur la vie, sauf si cet arrêté impose la jonction. Inversement, si cet arrêté impose la jonction, cela n'implique pas que ces contrats sont également conjoints comme indiqué ci-dessus.

1.4 Flux entrants ou attributions

1.4.1 Primes

Le flux entrant le plus évident concerne le paiement des primes. Après retenue d'éventuels frais (d'entrée), impôts et primes de risque pour la couverture 'capital-décès par accident' et pour les couvertures de risque en cas d'incapacité de travail, la prime nette est attribuée au compte d'assurance concerné (voir également plus loin). Sous réserve d'éventuelles restrictions ou obligations fiscales, juridiques et autres, les Conditions Particulières et/ou le Certificat Personnel détermine(nt) sur quelle prime (pour quel(s) contrat(s)) sont retenues les primes de risque pour la couverture 'capital-décès par accident' et pour les couvertures en cas d'incapacité de travail, ainsi qu'à quel(s) type(s) de réserves selon l'affectation (voir plus loin) la prime nette est attribuée.

Le transfert de réserves provenant d'un autre compte d'assurance, d'une autre compagnie d'assurance ou d'un autre organisme de pension constitue un mode particulier de paiement de prime.

Dans le cadre de la couverture 'exonération de primes en cas d'incapacité de travail' (voir plus loin), il se peut également que l'assureur prenne lui-même en charge le paiement des primes lorsque l'assuré est en état d'incapacité de travail (dans les différents documents, cette attribution n'est cependant pas visée par le terme de 'prime').

1.4.2 Participation bénéficiaire

L'assureur peut accorder une participation bénéficiaire (intérimaire) aux réserves investies dans un mode de placement avec participation bénéficiaire (voir plus loin). Après imputation des impôts éventuels, la participation bénéficiaire nette est attribuée au compte d'assurance concerné.

1.4.3 Bonis de survie

Si, dans le cadre de la couverture 'capital-décès', il est prévu de ne pas faire verser le montant intégral des réserves du (des) compte(s) d'assurance lors du décès de l'assuré, l'assureur attribue un boni de survie aux réserves de pension du (des) compte(s) d'assurance concerné(s) (voir également plus loin). Sauf s'il en est convenu autrement, les bonis de survie suivent les mêmes règles de placement que les primes.

1.5 Types de réserves

1.5.1 Gestion différenciée

Afin d'assurer une gestion correcte sur les plans fiscal, juridique et administratif, les réserves au sein de chaque compte d'assurance sont gérées séparément en fonction de leur source de financement, leur affectation, leur(s) mode(s) de placement et leur caractère lié. Sur le plan fiscal, cette gestion différenciée assure en tout temps et pour chaque contribuable l'application correcte du régime spécifique des différentes couvertures en matière d'impôts sur les revenus et de taxes assimilées au timbre et ce, tant au niveau des primes qu'au niveau des prestations.

1.5.2 Types de réserves selon leur source de financement

1.5.2.1 Réserves de primes

Les réserves de primes sont les réserves qui sont constituées par les primes payées (non retenues - voir plus haut) et par les bonis de survie éventuels (voir plus haut). Le rendement obtenu sur les réserves de primes, à l'exception des participations bénéficiaires, leur est également attribué.

1.5.2.2 Réserves de participation bénéficiaire

Les réserves de participation bénéficiaire sont les réserves qui sont constituées par les participations bénéficiaires attribuées. Le rendement obtenu sur les réserves de participation bénéficiaire leur est également attribué.

1.5.3 Types de réserves selon leur affectation

1.5.3.1 Réserves de risque

Les réserves de risque sont constituées par les primes qui sont affectées au financement de certaines couvertures de risque en cas de décès (et des frais et éventuelles taxes y afférents). Le rendement obtenu sur les réserves de risque leur est également attribué. Il est fait une distinction entre:

- les réserves de risque-décès successif: ces réserves de risque sont affectées au financement de la couverture 'capital en cas de décès successif' (voir plus loin);
- les réserves de risque-décès additionnel: ces réserves de risque sont affectées au financement de la couverture 'capital-décès additionnel' (voir plus loin).

Le financement proprement dit de ces couvertures de risque s'opère par voie de soustraction des primes de risque nécessaires des réserves concernées (voir plus loin).

1.5.3.2 Réserves de pension

Les réserves de pension sont constituées par les primes qui ne sont pas retenues pour le financement de la couverture 'capital-décès par accident' et des couvertures en cas d'incapacité de travail et qui ne sont pas attribuées aux réserves de risque. Le rendement obtenu sur les réserves de pension ainsi que les bonis de survie éventuels leur sont également attribués.

Les réserves de pension (ainsi que les frais et éventuelles taxes y afférents) sont affectées à :

- la soustraction des primes de risque pour la 'couverture décès supplémentaire' dans le cadre de la couverture 'capital-décès' (voir plus loin);
- leur versement en cas de vie de l'assuré au terme (prorogé) éventuel (couverture 'capital-pension');
- leur versement en cas de décès de l'assuré (avant le terme (prorogé) éventuel) dans le cadre de la couverture 'capital-décès' (voir plus loin).

1.5.3.3 Modification de l'affectation des réserves

La modification de l'affectation des réserves de risque ou de pension ne peut s'opérer que par le biais d'un rachat (voir plus loin). Dans ce cas, la valeur de rachat d'un type de réserves est transférée vers un autre type de réserves.

L'assureur peut également, pour autant qu'il n'y ait pas d'obstacles juridiques, fiscaux ou de gestion, 'fusionner' certains types de réserves selon leur affectation ou les transférer d'une affectation vers une autre.

1.5.4 Types de réserves selon leur mode de placement

1.5.4.1 Modes de placement

Le(s) mode(s) de placement des réserves de pension est (sont) fixé(s) dans les Conditions Particulières, le Certificat Personnel et/ou les Règlements de Gestion. Des Règlements de Gestion sont établis pour les différents modes de placement. Ils contiennent des précisions sur leur fonctionnement et leurs modalités. Ces Règlements de Gestion font partie intégrante des Conditions Générales.

Les réserves de risque sont toujours investies dans le mode de placement 'Cash+' ou, si l'assureur n'offre plus ce mode de placement, dans un mode de placement similaire. Sauf mention contraire dans les Conditions Particulières, le Certificat Personnel et/ou les Règlements de Gestion, les réserves de pension sont également investies dans le mode de placement 'Cash+' ou, si l'assureur n'offre plus ce mode de placement, dans un mode de placement similaire.

1.5.4.2 Changement de règles de placement et de mode de placement

Sans préjudice des restrictions qui découlent des Conditions Générales, des Conditions Particulières, du Certificat Personnel et/ou des Règlements de Gestion, la (les) personne(s) qui en a (ont) le droit peu(ven)t faire modifier en cours de contrat les modes de placement d'attributions futures aux réserves de pension (changement de règles de placement) et/ou de réserves de pension déjà constituées (changement de mode de placement).

Dans le cadre d'un changement de mode de placement, les réserves investies dans un mode de placement déterminé sont, le cas échéant après application d'une correction financière (voir les Règlements de Gestion) et après retenue d'éventuels frais de changement et impôts, totalement ou partiellement liquidées (flux sortant) et le montant qui en résulte est réinvesti au sein du même compte d'assurance mais dans un ou plusieurs autres modes de placement (flux entrant).

Une demande de changement de règles de placement et de mode de placement est respectivement introduite par les documents 'demande de changement de règles de placement' et 'demande de changement de mode de placement' que l'assureur met à disposition sur simple demande. Une telle demande n'est considérée comme valable par l'assureur que si elle est dûment complétée et signée par la (les) personne(s) qui bénéficie(nt) de ce droit et par l'éventuelle (les éventuelles) autre(s) personne(s) qui doi(ven)t marquer son (leur) accord à cette fin. L'assureur peut, sans pour autant y être obligé, exécuter une demande formulée d'une autre manière par la (les) personne(s) concernée(s) (télécopie, e-mail, ...). Un changement de règles de placement ou de mode de placement n'est effectif que lorsque l'assureur a confirmé l'opération concernée par le biais du Certificat Personnel.

1.5.5 Types de réserves selon leur caractère lié

1.5.5.1 Réserves bloquées

Les réserves bloquées sont des réserves dont l'assureur garantit à son propre égard ou à l'égard d'un tiers qu'un nombre déterminé d'unités ne peut diminuer que moyennant son accord ou moyennant l'accord du tiers concerné et/ou dont une soustraction de primes de risque doit ou ne peut s'opérer que pour une couverture de risque bien déterminée, le cas échéant pour un montant assuré (minimal) spécifique. Ceci peut se produire en cas d'octroi d'une avance (le blocage se fait alors au profit de l'assureur) ou de mise en gage du contrat (le blocage se fait alors au profit du créancier gagiste).

En ce qui concerne les avances, il y a lieu de distinguer les réserves d'avance bloquées et les réserves de marge bloquées. En ce qui concerne la mise en gage, il peut être question de réserves de gage bloquées. L'acte d'avance et l'avenant de mise en gage mentionnent respectivement, le cas échéant, le niveau des réserves bloquées et le(s) contrat(s) au(x)quel(s) elles se rapportent.

Ceci implique que l'assureur refuse, le cas échéant, une soustraction de primes de risque des réserves bloquées afin de maintenir lesdites réserves bloquées. Il peut en découler une diminution ou cessation prématurée d'une ou plusieurs couvertures de risque.

1.5.5.2 Réserves libres

Les réserves libres sont toutes les réserves qui ne sont pas bloquées.

1.6 Flux sortants ou soustractions

1.6.1 Primes de risque, frais et impôts

L'assureur soustrait les primes de risque (et les frais et éventuelles taxes y afférents) pour les couvertures de risque en cas de décès autres que la couverture 'capital-décès par accident' (voir plus loin) des réserves qui peuvent y être affectées et ce, sous réserve d'éventuelles restrictions ou obligations fiscales, juridiques et autres, successivement sur les contrats conjoints suivants:

- contrat d'entreprise assurance de groupe;
- contrat d'entreprise engagement individuel de pension;
- contrat d'entreprise transféré assurance de groupe;
- contrat d'entreprise transféré engagement individuel de pension;
- contrat d'entreprise non-transféré assurance de groupe;
- contrat d'entreprise non-transféré engagement individuel de pension;
- contrat personnel assurance de groupe;
- contrat personnel engagement individuel de pension;
- contrat personnel transféré assurance de groupe;
- contrat personnel transféré engagement individuel de pension;
- contrat personnel non-transféré assurance de groupe;
- contrat personnel non-transféré engagement individuel de pension;
- contrat continuation à titre individuel;
- contrat pension complémentaire libre des indépendants;
- contrat assurance individuelle sans réduction d'impôts;
- contrat assurance individuelle avec régime fiscal 'classique' (art. 145¹, 2° CIR 92);
- contrat assurance individuelle avec régime fiscal épargne-pension (art. 145¹, 5° CIR 92).

En présence de plusieurs contrats conjoints de même type et/ou lorsqu'une prime de risque peut être soustraite de plusieurs dépôts au sein d'un compte d'assurance, la soustraction est en principe imputée proportionnellement aux comptes d'assurance et dépôts concernés sur la base des valeurs de compte et de dépôt les plus récentes connues à la date d'effet de la soustraction (voir plus loin).

Les primes de risque sont les primes requises pour assurer les couvertures de risque précitées pour une période de chaque fois un mois. Elles sont en principe soustraites au début de chaque mois. Si, cependant, une couverture de risque (ou une augmentation de celle-ci) prend effet dans le courant d'un mois, la soustraction de la prime de risque (pour l'augmentation) a en principe lieu au début du mois suivant la date de prise d'effet de la couverture de risque (ou de son augmentation) et la prime de risque pour le mois concerné est calculée et soustraite au prorata.

Les frais et impôts à soustraire sont soustraits des réserves et du (des) contrat(s) auxquels ils se rapportent (le plus). S'il s'avère difficile de les associer à un (des) contrat(s) déterminé(s) ou à des réserves déterminées, ils sont en principe imputés proportionnellement en fonction de la valeur des réserves concernées (des différents contrats conjoints).

1.6.2 Liquidation de réserves

1.6.2.1 Résiliation

Sauf disposition impérative contraire et sauf en ce qui concerne les contrats transférés et non-transférés, la (les) personne(s) qui en a (ont) le droit peu(ven)t résilier le (un) contrat par lettre recommandée datée et signée, adressée à l'assureur:

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

La lettre de résiliation recommandée n'est considérée comme valable par l'assureur que si elle est signée par la (les) personne(s) qui bénéficie(nt) de ce droit et par l'éventuelle (les éventuelles) autre(s) personne(s) qui doi(ven)t marquer son (leur) accord à cette fin.

En cas de résiliation, le contrat concerné prend fin et l'assureur rembourse au preneur d'assurance les réserves du compte d'assurance concerné, majorées de tous les frais imputés et de la partie non consommée des primes de risque pour la couverture 'capital-décès par accident' et pour les couvertures de risque en cas d'incapacité de travail (voir plus loin), mais le cas échéant, après application d'une correction financière (voir les Règlements de Gestion) et après imputation d'éventuelles retenues légales et autres sommes qui seraient encore dues à l'assureur ou à des tiers (comme un créancier gagiste).

1.6.2.2 Rachat

La (les) personne(s) qui en a (ont) le droit peu(ven)t, dans les limites qui découlent de la législation applicable et du contrat, opérer le rachat total ou partiel des réserves sous forme de:

- versement de la valeur de rachat, avec ou sans cessation du contrat (des contrats conjoints) (voir également plus loin);
- transfert des réserves vers un autre compte d'assurance ou vers une autre compagnie d'assurance ou un autre organisme de pension;
- changement d'affectation des réserves de pension ou de risque.

La demande de versement de la valeur de rachat est introduite au moyen d'un formulaire de rachat ou de retrait que l'assureur met à disposition sur simple demande. Ce formulaire n'est considéré comme valable par l'assureur que s'il est dûment complété et signé par la (les) personne(s) qui bénéficie(nt) de ce droit et par l'éventuelle (les éventuelles) autre(s) personne(s) qui doi(ven)t marquer son (leur) accord à cette fin. Ce formulaire vaut comme quittance dès que l'assureur a versé la valeur de rachat.

Il peut être prévu qu'un rachat partiel ne soit accepté et exécuté par l'assureur que si le rachat représente un montant minimal et/ou si le montant résiduel des réserves après rachat représente encore un montant minimal pour le(s) contrat(s) concerné(s). Si une demande de rachat partiel ne respecte pas le montant résiduel minimal précité, l'assureur a le droit de n'exécuter la demande qu'à concurrence du montant qui permet de respecter ce montant minimal. Si une demande de rachat partiel est introduite pour un montant égal ou supérieur au montant des réserves, cette demande est considérée comme une demande de rachat total du (des) contrat(s) concerné(s). Lorsqu'un rachat partiel peut être soustrait de plusieurs dépôts d'un compte d'assurance, la soustraction se fait en principe proportionnellement sur la base des valeurs de dépôt les plus récentes connues à la date d'effet de la soustraction (voir plus loin).

Sauf disposition impérative contraire, l'assureur peut limiter le rachat au montant assuré de la couverture 'capital-décès'. En cas de rachat total des réserves (de tous les contrats conjoints), les contrats et toutes les couvertures prennent fin (voir cependant plus loin en ce qui concerne l'assurance de groupe et l'engagement individuel de pension). En cas de rachat partiel (y compris le rachat total d'un ou de plusieurs, mais non de tous les contrats conjoints), la couverture 'capital-décès' est diminuée du montant des réserves rachetées. Le montant assuré de cette couverture peut cependant être maintenu si les critères d'acceptation médicale que l'assureur applique en la matière sont remplis et si ce dernier marque son accord écrit.

En cas de rachat, une correction financière est, le cas échéant, appliquée (voir les Règlements de Gestion) et les éventuel(le)s retenues légales, frais, indemnité de rachat et autres sommes qui seraient encore du(e)s à l'assureur ou à des tiers (comme un créancier gagiste) sont imputé(e)s.

Sauf disposition impérative contraire, l'indemnité de rachat, tant en cas de rachat total que partiel, est, par contrat distinct (compte d'assurance), égale au maximum de:

- 75,00 EUR (ce montant est indexé selon l'indice-santé des prix à la consommation (base 1988 = 100); l'indice pris en compte est celui du deuxième mois du trimestre qui précède la date de rachat)

et

- le minimum de:
 - 5% du montant des réserves brutes rachetées
 - et
 - 1% des réserves brutes rachetées multiplié par la durée du (des) contrat(s) - exprimée en années - qui reste à courir jusqu'au terme (jusqu'à leur terme respectif).

1.6.2.3 Décès

En cas de décès du preneur d'assurance - en ce qui concerne les assurances de groupe, les engagements individuels de pension et les contrats transférés et non-transférés, de l'affilié - le(s) contrat(s) (conjoints) et toutes les couvertures prennent fin, sauf éventuellement la couverture 'capital en cas de décès successif' (voir plus loin). Les réserves sont, selon ce qui est prévu, le cas échéant après application d'une correction financière (voir les Règlements de Gestion), soit versées totalement ou partiellement au(x) bénéficiaire(s) de la couverture 'capital-décès', après imputation d'éventuel(le)s retenues légales, frais et autres sommes qui seraient encore du(e)s à l'assureur ou à des tiers (comme un créancier gagiste), soit attribuées totalement ou partiellement à l'assureur (voir également plus loin).

1.6.2.4 Versement au terme (capital-pension)

Au terme (prorogé) éventuel, le contrat concerné prend fin et les réserves sont versées au(x) bénéficiaire(s) de la couverture 'capital-pension', le cas échéant après application d'une correction financière (voir les Règlements de Gestion) et après imputation d'éventuel(le)s retenues légales, frais et autres sommes qui seraient encore du(e)s à l'assureur ou à des tiers (comme un créancier gagiste).

1.7 Tarifs, frais et impôts

1.7.1 Primes de risque et bonis de survie

Sans préjudice de l'éventuelle application de surprimes pour des risques aggravés (voir plus loin), les tarifs utilisés pour le calcul des primes de risque et des bonis de survie sont ceux que l'assureur a déposés auprès de la Commission bancaire, financière et des assurances. L'assureur ne peut, en cours de contrat, relever les tarifs pour le calcul des primes de risque pour l'avenir que dans le cadre d'une révision générale pour la catégorie d'assurances dont relève le contrat concerné et s'il y est obligé en vertu de dispositions légales ou réglementaires ou s'il estime que l'équilibre de son portefeuille d'assurances est mis en péril par un accroissement du degré de risque de l'événement (des événements) assuré(s) concerné(s) au sein de la population, de la population du marché de l'assurance belge ou de son propre portefeuille.

L'assureur ne peut, en cours de contrat, diminuer les tarifs pour le calcul des bonis de survie pour l'avenir que dans le cadre d'une révision générale pour la catégorie d'assurances dont relève le contrat concerné et s'il y est obligé en vertu de dispositions légales ou réglementaires ou s'il estime que l'équilibre de son portefeuille d'assurances est mis en péril par un accroissement de l'espérance de vie au sein de la population, de la population du marché de l'assurance belge ou de son propre portefeuille.

1.7.2 Frais et impôts

1.7.2.1 Frais standard

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

1.7.2.2 Chargements particuliers

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

1.7.2.3 Impôts

L'assureur peut mettre à charge du preneur d'assurance - en ce qui concerne les assurances de groupe, les engagements individuels de pension et les contrats transférés et non-transférés, (également) de l'affilié - ou du (des) bénéficiaire(s) tous impôts, cotisations et charges de quelle nature que ce soit qui peuvent grever les primes, les réserves, les revenus des placements ou tout versement.

1.7.3 Certificat personnel

Sans préjudice de la possibilité pour l'assureur de modifier la structure des frais et des tarifs, les frais et les primes de risque sont calculés et imputés pendant la durée du (des) contrat(s) (conjoints) selon la même structure que celle sur base de laquelle le Certificat Personnel ou un tableau des valeurs de rachat a été établi.

Le Certificat Personnel donne un aperçu des éléments majeurs (montants de primes, couvertures assurées, etc.) du (des) contrat(s) (conjoints). L'assureur y reprend éventuellement aussi une prévision indicative relative à son (leur) déroulement futur. Cette prévision est basée sur un certain nombre d'hypothèses que l'assureur ne peut toutefois pas garantir (évolution de l'indice(-santé) des prix à la consommation, pourcentage de la participation bénéficiaire, évolution de la valeur des fonds d'investissement, paiement ponctuel des primes aux échéances fixées, structure des tarifs et des frais inchangée, etc.).

1.8 Principes de calcul généraux

1.8.1 Conversion de montants monétaires en unités et inversement

1.8.1.1 Généralités

Les opérations qui donnent lieu à un flux entrant (voir plus haut) génèrent la conversion de montants monétaires en unités. Inversement, les opérations qui donnent lieu à un flux sortant (voir plus haut) génèrent la conversion d'unités en montants monétaires.

Ces conversions interviennent à certaines dates de valorisation et se font sur la base de la valeur d'unité de la date de valorisation concernée. Chaque jour où une nouvelle valeur d'unité est calculée est une date de valorisation. En ce qui concerne les modes de placement de la branche 23 (voir les Règlements de Gestion), les Règlements de Gestion fixent la périodicité des dates de valorisation. En ce qui concerne les modes de placement de la branche 21 (voir les Règlements de Gestion), chaque jour-calendrier est une date de valorisation.

Si la valeur d'unité n'est pas encore connue à une date déterminée, l'assureur peut provisoirement rapporter sur la base de la valeur d'unité la plus récente connue.

1.8.1.2 Opérations qui donnent lieu à un flux entrant

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

Les dates d'effet des différentes opérations sont les suivantes:

- paiement de primes: la date valeur de la prime sur le compte bancaire de l'assureur;
- attributions dans le cadre de la couverture 'exonération de primes en cas d'incapacité de travail': la date à laquelle l'attribution est due par l'assureur, mais au plus tôt la date à laquelle il n'y pas ou plus de contestation quant à l'intervention de l'assureur;
- participation bénéficiaire: la date fixée par l'assemblée générale de l'assureur;
- bonis de survie: le premier jour de chaque mois.

Si, cependant, le paiement de prime s'effectue d'une autre manière que par domiciliation ou qu'au moyen du bulletin de virement que l'assureur met à disposition ou si le montant de la prime versée ne correspond pas au montant mentionné sur la facture, la date d'effet du paiement de prime, dans la mesure où l'assureur n'identifie pas (immédiatement) la destination de ce paiement, est la date (ultérieure) à laquelle l'assureur identifie cette destination.

1.8.1.3 Opérations qui donnent lieu à un flux sortant

La conversion d'unités liées à un mode de placement de la branche 21 en montants monétaires s'opère à la date de valorisation coïncidant avec la date d'effet de l'opération concernée. La conversion d'unités liées à un mode de placement de la branche 23 en montants monétaires s'opère, en cas de décès dans le cadre de la couverture 'capital-décès', sur la base des valeurs d'unités les plus récentes connues à la date d'effet du décès. Pour les autres opérations, la conversion d'unités liées à un mode de placement de la branche 23 en montants monétaires s'opère à la (première) date de valorisation coïncidant avec ou suivant la date du traitement administratif de l'opération concernée par l'assureur, mais au plus tôt le premier jour ouvrable de l'assureur situé après la date d'effet de l'opération concernée et au plus tard à la (première) date de valorisation coïncidant avec ou suivant le quatrième jour ouvrable de l'assureur situé après la date d'effet de l'opération concernée. Cependant, en cas de résiliation, de rachat et de versement au terme (prorogé), les unités liées à un mode de placement de type 'taux d'intérêt garanti majoré sans participation bénéficiaire' (voir les Règlements de Gestion) sont converties selon les règles qui s'appliquent aux unités liées à un mode de placement de la branche 23. En ce qui concerne les primes de risque et les frais, l'assureur peut opérer la conversion à une date de valorisation ultérieure.

Les dates d'effet des différentes opérations sont les suivantes:

- primes de risque: le premier jour de chaque mois;
- frais standard: le premier jour de chaque mois;
- chargements particuliers: la date d'exécution par l'assureur du service demandé;
- résiliation: la date de réception par l'assureur de la lettre recommandée valable et des éventuels autres documents jugés nécessaires;
- paiement de la valeur de rachat: la date de réception par l'assureur de la demande de rachat ou de retrait valable et des éventuels autres documents jugés nécessaires ou la date de rachat ultérieure souhaitée, telle qu'éventuellement mentionnée sur la demande de rachat ou de retrait;
- rachat par transfert: la date de réception par l'assureur de la demande valable et des éventuels autres documents jugés nécessaires;
- décès: la date du décès (voir cependant plus loin en cas de déclaration tardive du décès);
- versement au terme (prorogé): le terme (prorogé).

1.8.1.4 Changement de mode de placement

Dans le cadre d'un changement de mode de placement, les réserves investies dans un mode de placement déterminé sont, le cas échéant après application d'une correction financière (voir les Règlements de Gestion) et après retenue d'éventuels frais de changement et impôts, totalement ou partiellement liquidées (flux sortant) et le montant qui en résulte est réinvesti au sein du même compte d'assurance mais dans un ou plusieurs autres modes de placement (flux entrant) (voir plus haut).

En ce qui concerne le flux sortant, les règles propres aux flux sortants (voir plus haut) s'appliquent, avec comme date d'effet la date de réception par l'assureur de la demande valable de changement de mode de placement.

En ce qui concerne le flux entrant, les règles propres aux flux entrants (voir plus haut) s'appliquent, avec comme date d'effet la date de valorisation du flux sortant. Le flux entrant affecté à des unités liées à un mode de placement de la branche 23 peut cependant également s'effectuer à sa date d'effet ou à la date de valorisation ultérieure à laquelle l'assureur est informé du résultat monétaire du flux sortant.

1.8.2 Indexation

1.8.2.1 Indexation non-forfaitaire

Lorsqu'un montant nominal mentionné dans les éventuelles Conditions Particulières est indexé selon un indice non-forfaitaire (comme l'indice(-santé) des prix à la consommation), l'indexation intervient, sous réserve des critères d'acceptation de l'assureur concernant les couvertures de risque, à chaque date d'adaptation. Le montant indexé s'obtient par application de la formule suivante:

$$\begin{aligned} & \text{montant nominal indexé à la date d'adaptation}^1 \\ & \text{est égal au} \\ & \text{montant nominal mentionné dans les Conditions Particulières} \\ & \text{multiplié par} \\ & \text{l'indice concerné à la date d'évaluation}^{1,2} \text{ précédant la date d'adaptation}^1 \\ & \text{divisé par} \\ & \text{l'indice concerné à la date de référence pour indexation}^{1,2} \end{aligned}$$

¹ cette date est mentionnée dans les Conditions Particulières
² lorsque cet indice n'est pas déterminé quotidiennement, l'indice retenu est celui de la période dans laquelle se situe cette date

Lorsqu'un montant assuré nominal d'une couverture choisi par le preneur d'assurance - en ce qui concerne les assurances de groupe, les engagements individuels de pension et les contrats transférés et non-transférés, par l'affilié - ne figurant que sur le seul Certificat Personnel - et n'étant donc pas mentionné dans ou ne découlant pas des éventuelles Conditions Particulières - est indexé selon un indice non-forfaitaire (comme l'indice(-santé) des prix à la consommation), l'indexation intervient, sous réserve des critères d'acceptation de l'assureur concernant les couvertures de risque, à chaque date d'adaptation. Le montant indexé s'obtient par application de la formule suivante:

$$\begin{aligned} & \text{montant assuré nominal indexé à la date d'adaptation}^1 \\ & \text{est égal au} \\ & \text{montant assuré à la veille de la date d'adaptation}^1 \\ & \text{multiplié par} \\ & \text{l'indice concerné du dernier mois d'évaluation}^2 \text{ précédant la date d'adaptation}^1 \\ & \text{divisé par} \\ & \text{l'indice concerné de l'avant-dernier mois d'évaluation}^2 \text{ précédant la date d'adaptation}^1 \end{aligned}$$

¹ cette date est mentionnée dans les Conditions Particulières et/ou sur le Certificat Personnel
² il s'agit du mois dans lequel se situe la date d'évaluation mentionnée dans les Conditions Particulières et/ou sur le Certificat Personnel; à défaut de mention de la date d'évaluation dans ces documents, le mois d'évaluation est le mois précédant le mois dans lequel se situe la date d'adaptation

Lorsqu'un montant nominal visé à l'alinéa précédent prend cours ou est modifié avec effet à une date d'adaptation, la première indexation intervient au plus tôt à la première date d'adaptation suivante.

1.8.2.2 Indexation forfaitaire

Lorsqu'un montant nominal mentionné dans les éventuelles Conditions Particulières est indexé selon un indice forfaitaire (pourcentage fixe), l'indexation se fait par progression géométrique et intervient, sous réserve des critères d'acceptation de l'assureur concernant les couvertures de risque, à chaque date d'adaptation. La formule d'indexation non-forfaitaire (voir plus haut) s'applique par analogie, en considérant toutefois que l'indice à la date de référence pour indexation est égal à 100 et que la seconde note de bas de page est ici sans objet.

Lorsqu'un montant assuré nominal d'une couverture choisi par le preneur d'assurance - en ce qui concerne les assurances de groupe, les engagements individuels de pension et les contrats transférés et non-transférés, par l'affilié - ne figurant que sur le seul Certificat Personnel - et n'étant donc pas mentionné dans ou ne découlant pas des éventuelles Conditions Particulières - est indexé selon un indice forfaitaire (pourcentage fixe), l'indexation se fait par progression géométrique et intervient, sous réserve des critères d'acceptation de l'assureur concernant les couvertures de risque, à chaque date d'adaptation. Le montant indexé s'obtient par application de la formule suivante:

$$\begin{aligned} & \text{montant assuré nominal indexé à la date d'adaptation}^1 \\ & \text{est égal au} \\ & \text{montant assuré à la veille de la date d'adaptation}^1 \\ & \text{multiplié par} \\ & (1 + \text{facteur d'indexation})^2 \end{aligned}$$

¹ cette date est mentionnée dans les Conditions Particulières et/ou sur le Certificat Personnel

² en cas d'indexation forfaitaire de, par exemple, 2% (facteur d'indexation), le facteur de multiplication est de 1,02

Lorsqu'un montant nominal visé à l'alinéa précédent prend cours ou est modifié avec effet à une date d'adaptation, la première indexation intervient au plus tôt à la première date d'adaptation suivante.

Les dispositions précédentes ne valent pas pour l'éventuelle 'indexation après sinistre' d'une rente d'incapacité de travail (voir plus loin).

1.8.2.3 Indexation fiscale

Une éventuelle indexation 'selon la législation fiscale' intervient en principe le 1^{er} janvier de chaque année civile.

1.8.3 Calculs sur base journalière

Les calculs techniques et actuariels sont effectués sur une base journalière. Ainsi:

- l'âge de l'assuré est calculé en années, mois et jours;
- pour le calcul des primes de risque, il est tenu compte d'une période de couverture et de paiement exprimée en jours.

1.9 Avances

L'assureur n'accorde une avance sur la (les) prestation(s) prévue(s) dans le contrat que moyennant la signature d'un acte d'avance qui en détermine les conditions et les modalités. Les autres dispositions des Conditions Générales et des dispositions légales peuvent également prévoir des conditions et des restrictions au droit d'avance.

En cas d'octroi d'une avance, l'acte d'avance peut stipuler qu'un montant déterminé de réserves (et leur rendement) doit obligatoirement être et rester investi dans un mode de placement déterminé. Il peut également être convenu d'un taux d'intérêt différent et/ou que le montant de réserves concerné ne bénéficie pas de participation bénéficiaire. Il peut aussi être prévu que l'assureur puisse par la suite changer le mode de placement. Une avance peut donc, au moment de son octroi et/ou ultérieurement, donner lieu à un changement de mode de placement (voir plus haut).

Le montant de l'avance ne peut à aucun moment être supérieur au montant des réserves de pension ou au montant assuré dans le cadre de la couverture 'capital-décès', diminué du montant, déterminé par l'assureur, nécessaire au financement des primes de risque et frais futurs et à la retenue de l'indemnité de rachat et des charges (para)fiscales en cas de rachat éventuel ou de liquidation éventuelle. En cas de rachat ultérieur ou de liquidation ultérieure, le solde non apuré de l'avance est porté en déduction de la valeur de rachat ou du versement. Si, quelle qu'en soit la raison, le solde non apuré de l'avance s'avérait être supérieur à la valeur de rachat ou au versement, le preneur d'avance demeure redevable du solde non apuré de l'avance envers l'assureur.

L'assureur peut refuser une demande d'octroi d'avance si le(s) contrat(s) est (sont) déjà grevé(s) d'une mise en gage et inversement.

2. COUVERTURES DE RISQUE

2.1 Couvertures de risque en cas de décès

2.1.1 Types de couvertures en cas de décès

2.1.1.1 Capital-décès

2.1.1.1.1 Description de la couverture

Si l'assuré vient à décéder pendant la période de couverture (voir plus loin), l'assureur verse le capital au(x) bénéficiaire(s).

2.1.1.1.2 Montant du capital-décès

Le montant du capital décès est, selon ce qui est prévu, égal:

- soit au montant total des réserves du (des) contrat(s) (conjoint(s));
- soit à un montant déterminé, avec cependant comme minimum le montant total des réserves du (des) contrat(s) (conjoint(s));
- soit à un montant déterminé, quel que soit le montant des réserves du (des) contrat(s) (conjoint(s)).

L'éventuelle différence entre le montant du capital-décès et le montant des réserves du (des) contrat(s) (conjoint(s)) est calculée au début de chaque mois sur la base des valeurs d'unité les plus récentes connues. Si cette différence est positive (cette différence est appelée 'couverture décès supplémentaire' et peut se rencontrer dans les deuxième et troisième options précitées), l'assureur soustrait des réserves de pension une prime de risque et ce, en principe au début de chaque mois. Si cette différence est négative (cette hypothèse peut se rencontrer dans la troisième option précitée), l'assureur accorde au début de chaque mois un boni de survie aux réserves de pension, ceci en contrepartie du fait qu'il ne verse pas les (l'intégralité des) réserves en cas de décès.

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

2.1.1.2 Capital en cas de décès successif

2.1.1.2.1 Description de la couverture

Si les assurés viennent tous deux à décéder soit simultanément, soit successivement au cours d'une période de 12 mois, l'assureur verse le capital au(x) bénéficiaire(s). Dans ce cadre, il y a couverture si le premier décès survient pendant la période de couverture (voir plus loin) et si le second décès survient au plus tard 12 mois après le premier.

2.1.1.2.2 Montant du capital en cas de décès successif

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

2.1.1.3 Capital-décès par accident

2.1.1.3.1 Description de la couverture

Si l'assuré vient à décéder dans les 180 jours après et en conséquence directe d'un accident et si tant l'accident que le décès surviennent pendant la période de couverture (voir plus loin), l'assureur verse le capital au(x) bénéficiaire(s).

Un accident est une atteinte à l'intégrité physique de l'assuré suite à l'action soudaine et fortuite d'une force extérieure, indépendante de sa volonté.

Ne sont pas considérés comme accidents:

- le suicide;
- les maladies et leurs conséquences, les attaques d'apoplexie, d'épilepsie ou analogues, quelle qu'en soit la cause;
- les conséquences d'interventions chirurgicales qui n'ont pas été nécessitées par un accident;
- les contaminations, intoxications et empoisonnements, à l'exception d'une septicémie (mais uniquement s'il y a eu une blessure externe et que la septicémie a eu lieu en même temps que la blessure).

Par extension, sont cependant considérées comme accidents:

- l'inhalation involontaire de gaz ou de vapeurs et l'absorption par erreur de substances toxiques;
- la noyade;
- les morsures d'animaux et les piqûres d'insectes;
- la foudre.

2.1.1.3.2 Montant du capital-décès par accident

Le capital à verser est le montant assuré à la date du décès, étant toutefois entendu que les éventuelles augmentations du montant assuré intervenues entre la date de l'accident et celle du décès ne sont pas versées si celles-ci n'ont pas déjà été convenues avant la date de l'accident. Il n'y a pas de participation bénéficiaire en cas de décès.

Si le Certificat Personnel fait une distinction entre le capital-décès 'par maladie' et 'par accident', seule la différence positive entre le montant assuré 'par accident' et le montant assuré 'par maladie' relève des dispositions concernant la couverture 'capital-décès par accident'. Le montant assuré 'par maladie' forme conjointement avec le montant assuré correspondant 'par accident' la couverture 'capital-décès'.

Afin d'éviter, dans certains cas, que la couverture prenne fin durant la période précitée de 180 jours pour cause de cessation de paiement des primes, l'assureur peut lui-même prendre en charge les primes pour cette couverture, auquel cas elles sont imputées sur le versement ultérieur du capital-décès par accident.

2.1.1.4 Capital-décès additionnel

2.1.1.4.1 Description de la couverture

Si l'assuré vient à décéder pendant la période de couverture (voir plus loin), mais avant le preneur d'assurance - en ce qui concerne les assurances de groupe, les engagements individuels de pension et les contrats transférés et non-transférés, avant l'affilié - l'assureur verse le capital au(x) bénéficiaire(s).

2.1.1.4.2 Montant du capital-décès additionnel

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

2.1.2 **Etendue des couvertures en cas de décès**

2.1.2.1 Période de couverture

La période de couverture des assurances de risque en cas de décès commence et expire au plus tard aux dates respectives prévues, mais commence au plus tôt à la date de paiement de la (première) prime, celle-ci étant la date valeur de cette prime sur le compte bancaire de l'assureur. S'il est prévu un terme (général), la période de couverture expire toujours au plus tard au terme.

Lorsque la période de couverture réfère à un âge ou un seuil d'âge, elle expire au plus tard le premier jour du mois coïncidant avec ou suivant la date à laquelle l'assuré atteint cet âge ou ce seuil d'âge. Dans le cadre de la couverture 'capital en cas de décès successif', il s'agit du premier jour du mois coïncidant avec ou suivant la date à laquelle le premier des deux assurés atteint cet âge ou ce seuil d'âge.

La période de couverture de la 'couverture décès supplémentaire' expire toujours au plus tard le premier jour du mois coïncidant avec ou suivant le 65^{ème} anniversaire de l'assuré.

2.1.2.2 Etendue géographique

Les couvertures de risque en cas de décès sont valables dans le monde entier.

2.1.2.3 Risques exclus en cas de décès

L'assureur n'accorde pas de couverture dans le cadre de la 'couverture décès supplémentaire' et des couvertures 'capital-décès additionnel' et 'capital en cas de décès successif' si le décès est causé par, favorisé par ou lié à :

- le suicide au cours de la première année qui suit le début de la période de couverture ou la remise en vigueur de la couverture de risque concernée; le même délai d'un an vaut pour toute augmentation du montant assuré nominal des couvertures de risque, en ce qui concerne cette augmentation et à compter de sa prise d'effet;
- l'exécution d'une condamnation judiciaire à la peine de mort;
- un crime ou un délit intentionnel commis par l'assuré en tant qu'auteur ou coauteur;
- un accident d'aéronef sur lequel l'assuré a embarqué comme passager ou comme membre d'équipage, sauf s'il s'agit d'un vol de ligne ou charter régulier à caractère non-militaire;
- une émeute et tout acte de violence collectif à caractère politique, idéologique ou social, accompagné(e) ou non de rébellion contre les autorités, sauf si le(s) bénéficiaire(s) prouve(nt) que l'assuré soit n'y a d'aucune manière pris part activement, soit se trouvait en état de légitime défense, soit n'est intervenu qu'en tant que membre de la force engagée par les autorités pour le maintien de l'ordre;
- un attentat terroriste;
- une guerre ou tout fait analogue et une guerre civile; si le décès de l'assuré survient dans un pays étranger où des hostilités sont en cours, il faut distinguer deux cas:
 - si le conflit éclate durant le séjour de l'assuré, la couverture est accordée pour autant que l'assuré ne participe pas activement aux hostilités;
 - si l'assuré se rend dans un pays où un conflit armé est en cours, la couverture ne peut être accordée que moyennant le paiement d'un supplément de prime et l'accord écrit de l'assureur et pour autant que l'assuré ne participe pas activement aux hostilités;
- tout fait ou toute succession de faits de même cause qui résulte ou est la conséquence de sources de radiations ionisantes, de combustibles nucléaires ou de produits ou déchets radioactifs, à l'exception d'irradiations médicales.

2.1.2.4 Risques exclus en cas de décès par accident

L'assureur n'accorde pas de couverture dans le cadre de la couverture 'capital-décès par accident' à la suite d'un risque qui serait exclu dans le cadre des autres couvertures de risque en cas de décès (voir plus haut), appliqué tant au décès qu'à l'accident, ou si le décès est causé par un accident qui est lui-même provoqué par, favorisé par ou lié à une des circonstances suivantes dans laquelle l'assuré se trouve au moment de l'accident:

- la participation à des méfaits, rixes ou disputes (sauf en cas de légitime défense) et des actes téméraires (sauf en cas de sauvetage de personnes ou de biens);
- la pratique de sports de combat, la participation à des courses, à des concours et des essais de vitesse, ainsi que pendant les entraînements ou à l'occasion de paris et de défis;
- un état d'ivresse, d'intoxication alcoolique ou d'intoxication analogue résultant de l'utilisation de drogues ou de substances hallucinogènes.

2.1.2.5 Prestations en cas de décès suite à un risque exclu

En cas de décès de l'assuré - dans le cadre de la couverture 'capital en cas de décès successif', d'au moins un des deux assurés - suite à un risque exclu, le versement des prestations assurées est limité en fonction de la distinction suivante:

- dans le cadre de la couverture 'capital-décès', au maximum les réserves de pension et les éventuelles réserves de risque-décès additionnel du (des) contrat(s) (conjoint) sur la base du nombre d'unités et des valeurs d'unité à la date du décès (voir cependant également plus loin) sont versées au(x) bénéficiaire(s) de cette couverture;
- dans le cadre de la couverture de risque 'capital en cas de décès successif', au maximum les éventuelles réserves de risque-décès successif du (des) contrat(s) (conjoint) sont versées au(x) bénéficiaire(s) de cette couverture;
- dans le cadre de la couverture de risque 'capital-décès par accident', il n'y a aucun versement;
- dans le cadre de la couverture de risque 'capital-décès additionnel', au maximum les éventuelles réserves de risque-décès additionnel du (des) contrat(s) (conjoint) sont versées au(x) bénéficiaire(s) de cette couverture.

2.1.3 Déclaration de sinistre

Le décès de tout assuré et un accident à issue mortelle doivent être déclarés à l'assureur au plus tard dans les 30 jours par le biais du formulaire destiné à cet effet. En cas de déclaration tardive, l'assureur

peut réduire son intervention du montant du préjudice qu'il a subi, sauf s'il est dûment démontré que la déclaration de sinistre a été remise aussi rapidement qu'il était raisonnablement possible de le faire. Cependant, quelle que soit la raison de la déclaration tardive, l'assureur est toujours en droit de réduire son intervention dans le cadre de la couverture 'capital-décès' du préjudice qu'il subit en conséquence d'une éventuelle évolution négative des valeurs d'unité de réserves liées à un mode de placement de la branche 23 (voir les Règlements de Gestion) depuis la date du décès.

La déclaration doit mentionner le lieu, la date et l'heure du décès ainsi que les circonstances dans lesquelles il est survenu. Il en va de même pour l'accident éventuel qui a provoqué le décès, étant entendu que la nature de l'accident et l'identité des témoins éventuels doivent également être communiquées. Il faut également toujours joindre une attestation médicale - selon le modèle dûment complété de l'assureur - qui indique la cause du décès. L'assureur peut exiger toutes pièces complémentaires. Tous les intéressés à l'intervention de l'assureur sont tenus d'autoriser et de demander à tous les médecins qui ont administré des soins au défunt de communiquer au médecin-conseil de l'assureur tous les renseignements que l'assureur sollicite. Si une de ces obligations n'est pas remplie, l'assureur peut refuser totalement ou partiellement son intervention.

Après déclaration du sinistre et sur la base des renseignements fournis et des résultats d'examen éventuels, l'assureur confirme si son intervention est accordée et il communique sa position au(x) bénéficiaire(s). Elle est censée être acceptée si le(s) bénéficiaire(s) n'a (n'ont) pas signalé à l'assureur par lettre recommandée, dans les 8 jours après cet avis, qu'il(s) n'est (ne sont) pas d'accord.

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

L'assureur ne peut être tenu de verser une quelconque prestation d'assurance au(x) bénéficiaire(s) qui a (ont) intentionnellement provoqué le décès de l'assuré ou un des assurés ou qui y a (ont) instigué. Dans ce cas, l'assureur peut agir comme si cette (ces) personne(s) n'étai(en)t pas bénéficiaire(s).

2.2 Couvertures de risque en cas d'incapacité de travail

2.2.1 Rentes d'incapacité de travail

2.2.1.1 *Description de la couverture et types de rentes d'incapacité de travail*

Dans la mesure où l'assuré est atteint d'une incapacité de travail pendant la période de couverture (voir plus loin) suite à une cause couverte, le(s) bénéficiaire(s) a (ont) droit au versement ou à l'attribution intégral(e) ou partiel(le) de la (des) rente(s) d'incapacité de travail et ce, dès le terme du délai de carence, durant la période d'incapacité de travail et au plus tard jusqu'au terme de la période de paiement.

Selon la finalité de la couverture, divers types de rentes d'incapacité de travail peuvent être distingués:

- la couverture 'exonération de primes en cas d'incapacité de travail' prévoit un paiement de primes poursuivi à charge de l'assureur; ce paiement de primes poursuivi est, le cas échéant après imputation des retenues nécessaires, directement attribué au(x) contrat(s) qui a (ont) financé cette couverture; si, cependant, quelle qu'en soit la raison, les obligations de l'assureur dans le cadre de cette couverture ne sont établies qu'après la date à laquelle l'attribution est due et si le preneur d'assurance a entre-temps poursuivi le paiement des primes, l'assureur peut également lui rembourser ces paiements de primes poursuivis si et dans la mesure où ils s'avèrent être à charge de l'assureur dans le cadre de cette couverture (remboursement de primes);
- la couverture 'versements en cas d'incapacité de travail' prévoit le versement d'une rente par l'assureur au(x) bénéficiaire(s); une distinction est faite entre:
 - la couverture 'revenu de remplacement en cas d'incapacité de travail', qui permet au(x) bénéficiaire(s) de maintenir un revenu afin d'assurer sa (leur) subsistance matérielle quotidienne;
 - la couverture 'revenu de transition en cas d'incapacité de travail', qui permet au(x) bénéficiaire(s) de maintenir un revenu pendant une période transitoire déterminée;
 - la couverture 'rente frais généraux en cas d'incapacité de travail', qui permet au(x) bénéficiaire(s) de maintenir un revenu pour faire face à certains frais ou à certaines charges (comme la charge d'un emprunt).

2.2.1.2 *Incapacité de travail*

Il est question d'incapacité de travail dès que le seuil d'incapacité de travail est atteint.

Le seuil d'incapacité de travail est le degré d'invalidité économique minimal qui doit être constaté pour qu'il puisse être question d'incapacité de travail. Le degré d'invalidité économique pris en considération est le degré d'invalidité économique réel moins le degré d'invalidité économique qui découle ou qui est lié à une cause non couverte ou à un risque exclu (voir plus loin).

Si le seuil d'incapacité de travail est atteint et qu'il est ainsi question d'incapacité de travail, l'intervention de l'assureur est déterminée sur la base du degré d'incapacité de travail, celui-ci étant le plus élevé des degrés d'invalidité économique (moins le degré d'invalidité économique qui découle ou qui est lié à une cause non couverte ou à un risque exclu) et d'invalidité physiologique (moins le degré d'invalidité physiologique qui découle ou qui est lié à une cause non couverte ou à un risque exclu). Si le degré d'incapacité de travail est inférieur à 67%, il est question d'une incapacité de travail partielle. Si le degré d'incapacité de travail atteint au moins 67%, il est question d'une incapacité de travail totale.

Le degré d'invalidité économique représente la mesure dans laquelle l'aptitude au travail de l'assuré est réduite suite à une invalidité physiologique, cette dernière étant une atteinte à l'intégrité physique. Le degré d'invalidité économique est déterminé en tenant compte de l'impossibilité totale ou partielle dans laquelle l'assuré se trouve temporairement ou de manière permanente d'exercer une activité professionnelle compatible avec ses connaissances, compétences et antécédents professionnels. Dans ce cadre, il n'est tenu compte ni de la situation économique générale, ni d'autres critères économiques quelconques.

Le degré d'invalidité physiologique représente la mesure dans laquelle l'intégrité physique de l'assuré est réduite. Il est constaté par décision médicale, si possible sur la base du Barème Officiel Belge des Invalidités et de la jurisprudence belge en la matière. La référence au degré d'invalidité physiologique n'a une influence potentielle que sur le montant de la rente d'incapacité de travail à verser ou à attribuer et n'enlève rien au fait que ces rentes couvrent ou sont censées couvrir uniquement l'incapacité de travail et ont pour but essentiel de prévoir une intervention en cas de perte de revenus.

2.2.1.3 Causes couvertes d'incapacité de travail

L'incapacité de travail couverte peut être la conséquence d'un accident et/ou d'une maladie, selon ce qui a été convenu. En ce qui concerne les accidents, il peut en outre être fait une distinction entre les accidents de la vie privée et les accidents du travail.

2.2.1.3.1 Accident

Un accident est une atteinte à l'intégrité physique de l'assuré suite à l'action soudaine et fortuite d'une force extérieure, indépendante de sa volonté.

Ne sont pas considérés comme accidents:

- les maladies et leurs conséquences, les attaques d'apoplexie, d'épilepsie ou analogues, quelle qu'en soit la cause;
- les conséquences d'interventions chirurgicales qui n'ont pas été nécessitées par un accident;
- les contaminations, intoxications et empoisonnements, à l'exception d'une septicémie (mais uniquement s'il y a eu une blessure externe et que la septicémie a eu lieu en même temps que la blessure).

Par extension, sont cependant considérées comme accidents:

- l'inhalation involontaire de gaz ou de vapeurs et l'absorption par erreur de substances toxiques;
- les morsures d'animaux et les piquûres d'insectes;
- la foudre.

Un accident est soit un accident du travail, soit un accident de la vie privée. Un accident du travail est un accident tel que défini dans la législation belge sur les accidents du travail, y compris les accidents survenus sur le chemin du travail. La référence à la législation sur les accidents du travail ne tend qu'à définir la notion d'accident du travail. Un accident de la vie privée est tout accident qui n'est pas un accident du travail.

2.2.1.3.2 Maladie

Une maladie est toute atteinte à la santé de l'assuré qui est due à une autre cause qu'un accident, tel que décrit ci-dessus. La grossesse, l'accouchement et le repos prénatal et postnatal ne sont pas considérés comme des maladies.

2.2.1.4 Montant des rentes d'incapacité de travail

2.2.1.4.1 Généralités

Sous réserve des dispositions ci-dessous, le montant des rentes d'incapacité de travail est égal à leur montant assuré au terme du délai de carence.

Afin d'éviter, dans certains cas, que la couverture prenne fin durant le délai de carence pour cause de cessation de paiement des primes, l'assureur peut lui-même prendre en charge les primes pour les rentes d'incapacité de travail, auquel cas elles sont imputées sur le versement ultérieur ou l'attribution ultérieure de la (des) rente(s) concernée(s).

Sauf indication contraire dans les Conditions Particulières et/ou le Certificat Personnel, les rentes d'incapacité de travail sont exprimées en montants annuels. Elles sont versées ou attribuées en tranches mensuelles à la fin de chaque mois. Pour le premier et le dernier mois de la période de paiement effective, les rentes sont calculées au prorata du nombre de jours d'incapacité de travail durant les mois concernés.

2.2.1.4.2 Degré d'incapacité de travail

La (les) rente(s) d'incapacité de travail est (sont) versée(s) ou attribuée(s) proportionnellement au degré d'incapacité de travail pour autant que le seuil d'incapacité de travail soit atteint. Un versement intégral ou une attribution intégrale a lieu si le degré d'incapacité de travail atteint au moins 67%. Si le degré d'incapacité de travail change, le montant de la rente est adapté en fonction du nouveau degré d'incapacité de travail. Dès que le seuil d'incapacité de travail n'est plus atteint, le versement ou l'attribution de la (des) rente(s) d'incapacité de travail prend fin. L'assureur n'effectue pas de versement (majoré) ou d'attribution (majorée) en cas d'augmentation du degré d'incapacité de travail qui survient après la période de couverture (voir plus loin) et donc pas davantage après que la couverture ait pris fin.

2.2.1.4.3 Profil de progression

Sauf en ce qui concerne la couverture 'exonération de primes en cas d'incapacité de travail', il peut être prévu un profil de progression de la (des) rente(s) d'incapacité de travail durant la première année d'incapacité de travail. Ceci implique que, pendant la période de progression, au maximum le(s) pourcentage(s) de la (des) rente(s) concernée(s) est (sont) versé(s).

2.2.1.4.4 Indexation de la (des) rente(s) d'incapacité de travail en cours

Sauf en ce qui concerne la couverture 'exonération de primes en cas d'incapacité de travail' (voir cependant plus loin), il peut être prévu une indexation de la (des) rente(s) d'incapacité de travail en cours ('indexation après sinistre'). Dans ce cas, le montant de la (des) rente(s) concernée(s) est majoré annuellement en multipliant son (leur) montant initial par un facteur d'indexation. Ce facteur est égal à $(1 + \text{pourcentage d'indexation})^n$, où 'n' représente le nombre d'années complètes écoulées depuis la date du début de l'incapacité de travail. La première indexation est par conséquent effectuée à partir du treizième mois-calendrier qui suit la date du début de l'incapacité de travail.

Si l'assuré ne se trouve plus en état d'incapacité de travail qui entraîne l'application de la couverture, le montant assuré de la (des) rente(s) d'incapacité de travail est ramené au niveau d'avant la période d'incapacité de travail, le cas échéant adapté sur la base d'une 'indexation avant sinistre' (voir plus haut).

2.2.1.4.5 Couverture 'exonération de primes en cas d'incapacité de travail'

Le montant assuré de la couverture 'exonération de primes en cas d'incapacité de travail' est égal à $((TP - PIT) \times DEP)$, où:

TP = le montant total, sur base annuelle, des primes futures convenues (sans taxes ou prélèvements) pour le(s) contrat(s) (conjoint(s));

PIT = le montant de primes qui est normalement destiné au financement des couvertures de risque en cas d'incapacité de travail;

DEP = le degré d'exonération de primes.

La rente effectivement attribuée dans le cadre de la couverture 'exonération de primes en cas d'incapacité de travail' est égale au montant assuré, en tenant compte du degré d'incapacité de travail (voir plus haut).

S'il était déjà prévu une évolution future des termes 'TP' et/ou 'PIT' dans la formule précitée, la rente d'incapacité de travail attribuée évolue parallèlement selon les paramètres concernés. Il n'est cependant pas tenu compte d'une éventuelle indexation non-forfaitaire de ces termes ou de leur lien éventuel avec (l'évolution de) la rémunération ou le (l'évolution du) revenu professionnel.

Sauf s'il en est convenu autrement, les attributions dans le cadre de cette couverture qui sont affectées aux réserves de pension suivent les mêmes règles de placement que les primes qui sont affectées aux réserves de pension (voir plus haut).

2.2.1.5 Période de paiement

L'assureur est redevable des rentes d'incapacité de travail - sans rétroactivité - dès l'expiration du délai de carence. Le délai de carence prend cours à la date du début de l'incapacité de travail. Il peut cependant aussi être prévu un délai de carence 'avec rachat', auquel cas les rentes concernées sont versées ou attribuées - rétroactivement - à partir de la date du début de l'incapacité de travail, à la condition que l'assuré soit toujours en état d'incapacité de travail au terme de ce délai de carence avec rachat.

Les rentes d'incapacité de travail sont versées ou attribuées au plus tard jusqu'au terme de la période de paiement ou jusqu'au décès antérieur de l'assuré. Lorsque la période de paiement réfère à un âge (ou un seuil d'âge) et/ou à une durée (exprimée en années), la signification en est la suivante:

- lorsque la période de paiement réfère à un âge ou un seuil d'âge, elle expire au plus tard le premier jour du mois coïncidant avec ou suivant la date à laquelle l'assuré atteint cet âge ou ce seuil d'âge;
- lorsque la période de paiement réfère à une durée, cette durée est calculée à compter de la date du début de l'incapacité de travail (et donc pas à partir de la fin du délai de carence) et elle expire au plus tard lorsque l'assuré atteint l'âge ou le seuil d'âge prévu.

S'il est prévu un terme (général), la période de paiement expire toujours au plus tard au terme.

2.2.1.6 Rechute

Une incapacité de travail qui débute dans les 3 mois suivant la fin d'une période d'incapacité de travail précédente ayant donné lieu au versement ou à l'attribution d'une rente, est considérée comme un prolongement de l'incapacité de travail précédente si cette nouvelle incapacité de travail relève de la même cause que la première incapacité de travail. Dans ce cas, il n'est pas appliqué de nouveau délai de carence.

Si une rente d'incapacité de travail en cours augmente (en raison de l'indexation ou de l'application d'un profil de progression), la rente concernée qui est versée ou attribuée au début de la rechute correspond au montant de la dernière rente versée ou attribuée de la période d'incapacité de travail précédente, comme s'il n'y avait pas eu d'interruption de l'incapacité de travail.

2.2.2 Capital-incapacité de travail par accident

2.2.2.1 Description de la couverture

Si l'assuré est atteint d'une incapacité de travail totale et permanente pendant la période de couverture (voir plus loin) en conséquence directe d'un accident et s'il est encore en vie plus de 180 jours après l'accident, l'assureur verse le capital au(x) bénéficiaire(s).

2.2.2.2 Montant du capital-incapacité de travail par accident

Le capital à verser est le montant assuré le 180^{ème} jour après l'accident, étant toutefois entendu que d'éventuelles augmentations du montant assuré intervenues entre la date de l'accident et le 180^{ème} jour qui s'ensuit ne sont pas versées si celles-ci n'ont pas déjà été convenues avant la date de l'accident.

Afin d'éviter, dans certains cas, que la couverture prenne fin durant la période précitée de 180 jours pour cause de cessation de paiement des primes, l'assureur peut lui-même prendre en charge les primes pour cette couverture, auquel cas elles sont imputées sur le versement ultérieur du capital-invalidité par accident.

2.2.2.3 Incapacité de travail totale et permanente

En ce qui concerne la notion 'd'incapacité de travail', il est renvoyé à la définition qui en a déjà été donnée en matière de rentes d'incapacité de travail.

Il est question d'incapacité de travail totale lorsque le degré d'incapacité de travail - il est renvoyé à la définition de cette notion qui a également été donnée en matière de rentes d'incapacité de travail - atteint au moins 67%.

Il est question d'incapacité de travail totale et permanente lorsqu'il est établi que l'incapacité de travail totale frappera l'assuré à vie, sans perspective d'amélioration notable, même au moyen d'un traitement médical adéquat.

2.2.2.4 Accident

En ce qui concerne la notion 'd'accident', il est renvoyé à la définition qui en a déjà été donnée en matière de rentes d'incapacité de travail.

2.2.3 Etendue des couvertures de risque en cas d'incapacité de travail

2.2.3.1 Période de couverture

La période de couverture des assurances de risque en cas d'incapacité de travail commence et expire au plus tard aux dates respectives prévues, mais commence au plus tôt à la date de paiement de la (première) prime, celle-ci étant la date valeur de cette prime sur le compte bancaire de l'assureur. S'il est prévu un terme (général), la période de couverture expire toujours au plus tard au terme.

Lorsque la période de couverture réfère à un âge ou un seuil d'âge, elle expire au plus tard le premier jour du mois coïncidant avec ou suivant la date à laquelle l'assuré atteint cet âge ou ce seuil d'âge.

2.2.3.2 Etendue géographique

Les couvertures de risque en cas d'incapacité de travail sont en principe valables dans le monde entier. Dans les pays qui ne font pas partie de l'Union Européenne, l'assureur n'accorde cependant la couverture que dans la mesure où il peut, selon sa propre appréciation, (continuer d')exercer le contrôle médical nécessaire sans difficultés ni frais exceptionnels.

2.2.3.3 Risques exclus

L'assureur n'accorde pas de couverture et n'effectue donc pas de versement ou d'attribution dans le cadre des couvertures de risque en cas d'incapacité de travail suite à un risque qui serait exclu dans le cadre des diverses couvertures de risque en cas de décès (également par accident) - appliqué tant à l'incapacité de travail proprement dite qu'à sa cause - ou si l'incapacité de travail proprement dite ou sa cause est provoquée par, favorisée par ou liée à:

- des affections préexistantes, notamment un accident survenu ou une maladie née avant la conclusion de la couverture, sauf si l'assuré peut démontrer qu'il l'ignorait lors de la conclusion de la couverture ou sauf si l'assuré a communiqué l'affection à l'assureur avant la conclusion de la couverture (dans ce dernier cas, l'exclusion ne vaut que si l'assureur l'a explicitement communiquée à l'intéressé - voir plus loin); ceci vaut également à l'égard de toute augmentation non convenue préalablement du montant assuré nominal de la couverture, en ce qui concerne cette augmentation et où il est fait référence à la date d'effet de l'augmentation; pour les contrats qui sont remis en vigueur, il en va de même et il est fait référence à la date à laquelle la couverture a été remise en vigueur;
- des troubles subjectifs ou psychiques, à l'exception de ceux dont le diagnostic repose sur des symptômes organiques;
- une affection allergique qui ne représente pas un degré d'invalidité physiologique de plus de 25%;
- une grossesse ou un accouchement, sauf à partir du quatrième mois après l'accouchement;
- les traitements que l'assuré s'est appliqués à lui-même, à l'exception des actes normaux de soins personnels;
- une tentative de suicide.

2.2.4 Déclaration de sinistre et suivi médical

Tout sinistre qui peut donner lieu à une (majoration de l')intervention de l'assureur doit lui être déclaré au plus tard dans les 30 jours au moyen du formulaire destiné à cet effet. En cas de déclaration tardive, l'assureur peut réduire son intervention du montant du préjudice qu'il a subi, sauf s'il est dûment démontré que la déclaration de sinistre a été remise aussi rapidement qu'il était raisonnablement possible de le faire.

La déclaration doit être accompagnée de tous les documents, certificats et rapports originaux qui peuvent démontrer l'existence et la gravité du sinistre. L'assureur peut exiger tous documents complémentaires à cette fin. Tous les intéressés à l'intervention de l'assureur sont tenus d'apporter toute collaboration possible afin que les examens et les contrôles jugés utiles par l'assureur puissent être effectués le plus rapidement possible et sont tenus d'autoriser et de demander à tous les médecins qui administrent ou qui ont administré des soins à l'assuré de communiquer au médecin-conseil de l'assureur tous les renseignements que l'assureur sollicite, tout ceci tant lors de la survenance de l'incapacité de travail que dans le cadre du suivi médical ultérieur. Toutes les mesures visant à accélérer la guérison doivent être prises le plus rapidement possible et les traitements médicaux prescrits doivent être suivis. Si une de ces obligations n'est pas remplie, l'assureur peut refuser ou interrompre totalement ou partiellement son intervention.

Après déclaration du sinistre et sur la base des renseignements fournis et des résultats d'examens éventuels, l'assureur confirme si son intervention est accordée, ainsi que la date du début de l'incapacité de travail et le degré d'incapacité de travail (et le cas échéant, le caractère permanent de l'incapacité de travail totale et le moment auquel le caractère permanent de l'incapacité de travail totale est établi) et communique sa position au(x) bénéficiaire(s). Elle est censée être acceptée si le(s) bénéficiaire(s) n'a (n'ont) pas signalé par lettre recommandée, dans les 8 jours après cet avis, qu'il(s) n'est (ne sont) pas d'accord.

En cas d'attribution ou de versement d'une rente d'incapacité de travail, tant l'assuré et le(s) bénéficiaire(s) que l'assureur ont toujours le droit de soumettre le degré d'incapacité de travail à une révision. Toute modification de l'état de santé de l'assuré qui entraîne ou qui pourrait entraîner une diminution du degré d'incapacité de travail doit être communiquée spontanément à l'assureur dans les 15 jours. Sinon, l'assureur exige le remboursement de toutes sommes versées ou attribuées indûment, majorées des intérêts légaux.

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

2.3 Dispositions générales en matière de couvertures de risque

2.3.1 Communication de renseignements corrects

Lors de la conclusion, l'augmentation ou la remise en vigueur des couvertures de risque, le preneur d'assurance et l'assuré (les assurés) doivent communiquer à l'assureur, en toute sincérité et sans omission, tous les éléments dont ils ont connaissance et qu'ils doivent raisonnablement considérer comme des éléments d'appréciation des risques par l'assureur. L'assureur peut exiger tous les renseignements qu'il juge nécessaires.

En cas de communication inexacte de la date de naissance de l'assuré (d'un assuré), l'assureur peut adapter les primes de risque et/ou toute prestation d'assurance (le cas échéant, rétroactivement) sur la base des éléments tarifaires en fonction de la date de naissance exacte. En ce qui concerne les couvertures 'capital-décès', 'capital-décès additionnel' et 'capital en cas de décès successif', l'assureur renonce toutefois à invoquer des (d'autres) omissions involontaires ou des (d'autres) déclarations inexactes involontaires. Cette disposition n'est pas valable pour les autres couvertures de risque (assurances complémentaires), pour lesquelles les dispositions légales y relatives s'appliquent pour toute leur durée.

Toute fraude, omission volontaire ou déclaration volontairement inexacte entraîne la nullité de la (des) couverture(s) de risque concernée(s). Les primes échues au moment où l'assureur en prend connaissance lui reviennent.

2.3.2 Acceptation des couvertures de risque

Les couvertures de risque et toute augmentation de leur montant assuré nominal sont soumises aux critères d'acceptation généraux que l'assureur applique pour des raisons juridiques et fiscales et de technique des assurances (possibilité de financement structurel des couvertures eu égard au budget de primes et au montant des réserves constituées, résultat favorable de formalités médicales et/ou d'examen médicaux, caractère complémentaire de certaines couvertures de risque, couvertures maximales, sur-assurance, anti-sélection, limitations fiscales, disposition des éléments de calcul nécessaires, etc.). L'assureur peut subordonner l'acceptation de la couverture 'rente frais généraux en cas d'incapacité de travail' à une justification sur la base de frais ou charges démontrables.

Les couvertures de risque ne sont assurées que si elles sont mentionnées sur le Certificat Personnel ou si l'assureur en a donné confirmation écrite sous une autre forme. Si l'assureur, quelle qu'en soit la raison, n'a pas (encore) émis de (version modifiée du) Certificat Personnel ou n'a pas autrement confirmé par écrit l'acceptation des couvertures de risque, leur montant et leurs paramètres, il faut considérer que les couvertures de risque concernées n'ont pas (encore) été conclues ou modifiées.

Si l'assureur refuse totalement ou partiellement (par exemple pour une affectation déterminée) l'acceptation d'une couverture de risque ou l'augmentation de son montant assuré nominal pour des raisons médicales ou s'il n'accepte le risque que moyennant imputation d'une surprime, il en avise personnellement le preneur d'assurance - en ce qui concerne les assurances de groupe, les engagements individuels de pension et les contrats transférés et non-transférés, l'affilié (concerné) si les primes de risque sont financées par le budget de primes qui lui est mis à disposition - par écrit. Si, quelle qu'en soit la raison, le montant assuré (nominal) de la (des) couverture(s) de risque concernée(s) est augmenté par la suite, l'accord initial du preneur d'assurance - en ce qui concerne les assurances de groupe, les engagements individuels de pension et les contrats transférés et non-transférés, de l'affilié (concerné) si les primes de risque sont financées par le budget de primes qui lui est mis à disposition - concernant la surprime et/ou l'exclusion est censé valoir également pour l'augmentation, sauf s'il en est convenu autrement.

2.3.3 Détermination et modification des couvertures de risque par l'assureur

L'assureur peut à tout moment diminuer le montant assuré souhaité ou effectif des couvertures de risque s'il apparaît, eu égard au budget de primes ou à son éventuelle quotité maximale qui peut y être affectée et au montant des réserves concernées, qu'elles ne peuvent pas ou plus être financées. L'assureur diminue dans ce cas le montant des couvertures de risque concernées, étant toutefois entendu qu'il est en principe donné priorité à la conclusion ou au maintien des couvertures de risque (minimales) obligatoires et que le cas échéant, seule(s) est (sont) réduite(s) la (les) couverture(s) à laquelle (auxquelles) ne peut être affectée qu'une quotité maximale du budget de primes. L'assureur peut éventuellement aussi réduire les paramètres (délai de carence, indexation annuelle, etc.) des couvertures de risque. Il en va de même pour l'assurance d'éventuels standards et d'éventuelles options standard, étant toutefois entendu qu'il est en principe donné priorité à la conclusion ou au maintien des couvertures de risque (minimales) obligatoires précitées.

De manière plus générale, l'assureur peut modifier le montant et les paramètres des couvertures pour des raisons fondées liées aux critères généraux qu'il applique pour des raisons juridiques et fiscales et de technique des assurances (caractère complémentaire de certaines couvertures de risque, couvertures maximales, sur-assurance, anti-sélection, limitations fiscales, maintien de réserves bloquées, etc.).

En cas de diminution de couvertures de risque déjà effectivement assurées (ou de réduction de leurs paramètres) sur initiative de l'assureur, comme indiqué ci-dessus, il en avertit le preneur d'assurance - en ce qui concerne les assurances de groupe, les engagements individuels de pension et les contrats transférés et non-transférés, (également) l'affilié (concerné). A cette occasion, il est également remis un Certificat Personnel modifié avec mention des montants assurés (et des paramètres) adaptés des couvertures de risque.

2.3.4 Secret médical

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

3. FONCTIONNEMENT DE L'ASSURANCE DE GROUPE

3.1 Affiliation

Les Conditions Particulières indiquent qui (catégorie) est affilié à l'assurance de groupe et à partir de quand (date d'affiliation). Seules des personnes physiques peuvent être affiliées.

L'affiliation est obligatoire. Cependant, les personnes qui relèvent déjà de la catégorie lors de l'instauration de l'assurance de groupe peuvent, sauf disposition impérative contraire, refuser leur affiliation ou, si c'est prévu dans les Conditions Particulières, reporter leur affiliation à une date ultérieure sur demande écrite.

Sauf si l'affiliation à l'assurance de groupe est refusée ou reportée, elle intervient à la date d'affiliation, mais au plus tôt à la date d'effet de l'assurance de groupe. Les couvertures prennent cependant effet au plus tôt à la date de paiement de la (première) prime, celle-ci étant la date valeur de cette prime sur le compte bancaire de l'assureur.

En cas de report de l'affiliation, l'intéressé doit introduire son éventuelle demande d'affiliation ultérieure auprès de l'assureur par l'intermédiaire du preneur d'assurance. Dans ce cas, l'affiliation intervient - sans aucun paiement de primes rétroactif - le 1^{er} janvier qui suit la date à laquelle le preneur d'assurance a reçu la demande écrite d'affiliation.

Si l'exécution du contrat de travail d'un affilié au statut de travailleur salarié est suspendue sans paiement de salaire à la date d'affiliation normalement prévue, l'affiliation est prorogée jusqu'à la date ultérieure de reprise du travail.

3.2 Contrat d'entreprise et contrat personnel

Selon ce qui est prévu, l'assurance de groupe se compose pour chaque affilié d'un contrat d'entreprise (alimenté par des primes à charge du preneur d'assurance, appelées primes d'entreprise) et/ou d'un contrat personnel (alimenté par des primes à charge des affiliés, retenues par le preneur d'assurance sur leur rémunération, appelées primes personnelles). S'il est prévu tant un contrat d'entreprise qu'un contrat personnel, ces contrats sont toujours conjoints (voir plus haut).

3.3 Assurés

Les assurés des couvertures sont:

- pour la couverture 'capital en cas de décès successif': l'affilié et l'autre assuré mentionné sur le Certificat Personnel;
- pour la couverture 'capital-décès additionnel' (appelé 'capital partenaire' dans les Conditions Particulières): le partenaire de l'affilié mentionné dans les Conditions Particulières;
- pour toutes les autres couvertures: l'affilié.

3.4 Bénéficiaires

Les bénéficiaires des différentes couvertures sont mentionnés dans les Conditions Particulières.

En ce qui concerne les couvertures 'capital-décès', 'capital en cas de décès successif' et 'capital-décès par accident', l'affilié peut cependant faire modifier l'ordre de priorité indiqué dans les Conditions Particulières sur demande écrite, adressée à l'assureur. Tant que l'affilié est au service du preneur d'assurance, cette demande est introduite par l'intermédiaire de ce dernier et nécessite son accord. Si, en ce qui concerne les couvertures 'capital-décès' et 'capital-décès par accident', la demande de modification de l'ordre de priorité entraîne la réduction ou la suppression des droits du conjoint de l'affilié, l'accord écrit de ce dernier est également requis. Lorsqu'un affilié se marie et qu'il avait précédemment désigné un autre bénéficiaire que son conjoint et fait changer l'ordre de priorité dans le cadre de la (des) couverture(s) 'capital-décès' et/ou 'capital-décès par accident', son conjoint - si et aussi longtemps que ce dernier est considéré comme partenaire de l'affilié selon les Conditions Particulières - prend place dans l'ordre de priorité avant le bénéficiaire désigné précédemment par l'affilié, sauf demande écrite con-

traire de l'affilié, avec l'accord écrit de son conjoint. En ce qui concerne la couverture 'capital en cas de décès successif', ni le conjoint ni le partenaire de l'affilié défini dans les Conditions Particulières ne peut être désigné comme bénéficiaire.

Tout bénéficiaire peut accepter le bénéfice de la couverture 'capital-pension' et/ou de toute couverture (de risque) en cas de décès dès avant leur exigibilité, moyennant un avenant au Certificat Personnel signé par lui, le preneur d'assurance, l'affilié et l'assureur. L'acceptation du bénéfice a, sauf dans les cas où la législation autorise la révocation, pour effet que la révocation et la modification de la désignation bénéficiaire, le rachat, l'obtention d'une avance, la mise en gage et la cession des droits requièrent l'accord écrit du bénéficiaire acceptant. Cet accord est également requis pour toute modification qui entraîne une diminution des prestations d'assurance assurées au profit du bénéficiaire acceptant par des primes déjà payées.

3.5 Paiement des primes

Sauf s'il en est convenu autrement, les primes périodiques sont dues pour chaque affilié à partir de la date d'affiliation (normalement prévue, reportée ou prorogée) (voir plus haut) et au plus tard jusqu'au terme (éventuellement prorogé) (voir plus loin) ou jusqu'au décès antérieur de l'affilié. D'éventuelles primes uniques sont dues à la (aux) date(s) convenue(s).

Si la date d'affiliation (normalement prévue, reportée ou prorogée) ou la date de reprise du paiement des primes après suspension (voir plus loin) se situe entre deux échéances de primes périodiques, seul un prorata de prime est dû jusqu'à l'échéance suivante. Le calcul au prorata se fait sur une base journalière (compté à partir de la date d'affiliation effective ou de la date de reprise du paiement des primes après suspension), mais la date à laquelle ce prorata de prime est effectivement dû est le premier jour du mois coïncidant avec ou suivant la date d'affiliation effective ou la date de reprise du paiement des primes après suspension. Par dérogation aux dispositions en matière de période de couverture des couvertures de risque (voir plus haut), la période de couverture peut, dans ce cas, prendre cours dès la date d'affiliation effective ou la date de reprise du paiement des primes après suspension, même si la (première) prime n'est, le cas échéant, pas encore due et par conséquent pas encore payée à cette date. Dans tous les cas où il est mis fin au paiement des primes (comme en cas de départ - voir plus loin) avant la date à laquelle le prorata de prime précité est dû, ce prorata de prime reste dû le premier jour du mois suivant la date de cessation de paiement des primes.

En cas d'augmentation intermédiaire des primes (comme lors d'une modification du degré d'occupation d'un affilié au statut de travailleur salarié), cette augmentation est également calculée au prorata jusqu'à l'échéance de primes suivante (voir également plus loin).

Le paiement des primes se fait directement sur le compte bancaire indiqué par l'assureur avec mention des références communiquées ou par domiciliation, selon ce qui est prévu et ce, sur la base de factures émises par l'assureur. Le paiement des primes à un intermédiaire n'a pas d'effet libératoire vis-à-vis de l'assureur.

3.6 Prorogation du terme

Si, au terme, un affilié relève toujours de la catégorie mentionnée dans les Conditions Particulières, il peut être prévu une prorogation du terme de chaque fois 1 an. Ceci est le cas lorsque les mots 'avec prorogation' sont repris après le terme dans les Conditions Particulières.

Dans ce cas, toutes les couvertures de risque et la jonction éventuelle du contrat d'entreprise et du contrat personnel avec d'autres contrats prennent automatiquement fin au terme normalement prévu et (seul) le budget de primes prévu dans les Conditions Particulières continue d'être payé jusqu'à ce que l'affilié ne relève plus de la catégorie. Ce budget de primes est intégralement affecté à la constitution de réserves de pension. Au terme prorogé, ces réserves de pension sont versées à l'affilié. En cas de décès antérieur de l'affilié, elles sont versées au(x) bénéficiaire(s) de la couverture 'capital-décès'.

3.7 Possibilités de choix pour les affiliés

3.7.1 Concernant les couvertures de risque

Les Conditions Particulières peuvent offrir aux affiliés la possibilité de choisir eux-mêmes le montant assuré nominal d'une couverture ou de choisir un autre montant (nominal) que le montant standard ou

un montant (nominal) plus élevé que le montant minimal (le montant minimal tient lieu de standard). Le montant choisi par l'affilié peut également, à sa demande, être indexé de manière forfaitaire ou non-forfaitaire ou être lié à l'évolution de sa rémunération. Les Conditions Particulières peuvent également offrir aux affiliés des possibilités de choix concernant les paramètres des couvertures (période de couverture, délai de carence, etc.). Enfin, les Conditions Particulières peuvent prévoir des options (groupées). Le choix s'opère toujours dans les limites du budget de primes défini dans les Conditions Particulières ou de son éventuelle quotité maximale qui peut être affectée aux couvertures concernées. Le choix se fait lors de l'affiliation ou ultérieurement et peut être revu par la suite.

Lorsque l'affilié peut choisir librement le montant d'une couverture ou lorsqu'un montant minimal ou standard s'applique à une couverture, l'affilié est, à défaut ou dans l'attente d'un (autre) choix, respectivement supposé ne pas vouloir prendre cette couverture, ne pas vouloir être assuré pour un montant supérieur au minimum ou ne pas vouloir être assuré pour un autre montant que le montant standard. La même chose vaut en ce qui concerne les paramètres des couvertures (période de couverture, délai de carence, etc.). Lorsque l'affilié peut effectuer un choix parmi des options concernant une couverture ou un ensemble de couvertures, il est, à défaut ou dans l'attente d'un (autre) choix, supposé vouloir être assuré pour l'option standard. L'affilié peut toujours demander l'application du standard et/ou de l'option standard en cas de changement de sa composition familiale (présence d'un partenaire, enfant supplémentaire à charge, ...).

Les possibilités de choix et les options (groupées) (y compris les standards et les options standard) dont bénéficie l'affilié, sont soumises aux critères d'acceptation généraux que l'assureur applique pour des raisons juridiques et fiscales et de technique des assurances (possibilité de financement structurel des couvertures eu égard au budget de primes et au montant des réserves constituées, résultat favorable de formalités médicales et/ou d'exams médicaux, caractère complémentaire de certaines couvertures de risque, couvertures maximales, sur-assurance, anti-sélection, possibilités de gestion, limitations fiscales, maintien de réserves bloquées, etc.) et aux (autres) restrictions éventuelles qui découlent du Règlement de Pension. Les couvertures (y compris les standards, les options standard et les montant minimaux) ne sont assurées que si elles sont mentionnées sur le Certificat Personnel ou si l'assureur en a donné confirmation écrite sous une autre forme (voir également plus haut).

Les possibilités de choix et les options (groupées) (y compris les standards et les options standard) dont bénéficie l'affilié ne relèvent en rien d'un quelconque 'engagement' de la part du preneur d'assurance, qui n'assume donc, sauf disposition impérative contraire, aucune responsabilité ou obligation supplémentaire à cet égard, même si l'assureur refusait totalement ou partiellement d'accepter les couvertures de risque ou n'acceptait celles-ci que moyennant l'imputation d'une surprime (d'éventuelles surprimes sont imputées sur le budget de primes précité).

3.7.2 Concernant les modes de placement

Les Conditions Particulières peuvent offrir aux affiliés la possibilité de choisir eux-mêmes le(s) mode(s) de placement des primes d'entreprise et/ou des primes personnelles qui sont affectées aux réserves de pension, ainsi que de l'éventuelle participation bénéficiaire et des éventuels bonis de survie y afférents.

Ce choix pour un (des) mode(s) de placement qui déroge(nt) au(x) standard(s) ou à l'option (aux options) standard peut se faire lors de l'affiliation ou ultérieurement, en ce qui concerne les attributions futures (changement de règles de placement - voir plus haut). Un choix initial peut également être revu par la suite, concernant les attributions futures.

Si la possibilité de choix précitée est prévue, l'affilié peut également faire transférer le(s) mode(s) de placement des réserves de pension déjà constituées du (des) contrat(s) pour le(s)quel(s) cette possibilité de choix existe, vers un autre (d'autres) mode(s) de placement autorisé(s) (changement de mode de placement - voir plus haut). Si, cependant, les Conditions Particulières prévoient une quotité minimale ou maximale concernant l'affectation des primes, de la participation bénéficiaire ou des bonis de survie d'un contrat à un mode de placement, l'accord du preneur d'assurance est requis pour tout changement de mode de placement entraînant un flux sortant d'un mode de placement auquel s'applique une quotité minimale et/ou un flux entrant vers un mode de placement auquel s'applique une quotité maximale, tant que l'affilié est au service du preneur d'assurance.

Les choix de modes de placement alternatifs et leurs modifications ultérieures ne sont effectifs que lorsqu'ils ont été confirmés par l'assureur via le Certificat Personnel.

3.8 Mutations

Lorsque les Conditions Particulières lient un montant à la rémunération, à un plafond de salaire légal en matière de sécurité sociale, à l'âge, à l'ancienneté et/ou à la situation familiale, le montant est calculé sur la base des paramètres concernés tels qu'ils se présentent à la date d'affiliation (normalement prévue, reportée ou prorogée) (voir plus haut) et ensuite à chaque date d'évaluation. Une éventuelle modification du montant qui en découle prend effet, sous réserve des critères d'acceptation de l'assureur, à la première date d'adaptation qui s'ensuit. Lorsqu'un paramètre ou un élément de celui-ci ne peut être déterminé à la date d'évaluation, il est tenu compte de la donnée la plus récente connue en la matière qui précède la date d'évaluation.

Lorsqu'un montant assuré nominal d'une couverture choisi par un affilié, ne figurant que sur le seul Certificat Personnel - et n'étant donc pas mentionné dans ou ne découlant pas des Conditions Particulières - est lié à l'évolution de sa rémunération, la modification du montant intervient, sous réserve des critères d'acceptation de l'assureur, à chaque date d'adaptation et ce, pour la première fois, à la date d'adaptation à laquelle les deux rémunérations dont il est question dans la formule ci-dessous sont disponibles. Le montant adapté s'obtient par application de la formule suivante:

$$\frac{\text{montant assuré nominal adapté à la date d'adaptation}^1}{\text{est égal au}} \frac{\text{montant assuré à la veille de la date d'adaptation}^1}{\text{multiplié par}} \frac{\text{la rémunération}^2 \text{ à la dernière date d'évaluation}^1 \text{ précédant la date d'adaptation}^1}{\text{divisé par}} \frac{\text{la rémunération}^2 \text{ à l'avant-dernière date d'évaluation}^1 \text{ précédant la date d'adaptation}^1$$

¹ cette date est mentionnée dans les Conditions Particulières
² cette notion est définie dans les Conditions Particulières; pour les affiliés au statut de travailleur salarié travaillant à temps partiel, la rémunération en équivalent à temps plein est retenue

3.9 Travail à temps partiel

Lorsqu'un montant mentionné dans les Conditions Particulières est lié à la rémunération, la rémunération (à temps partiel) pour un affilié au statut de travailleur salarié travaillant à temps partiel est, en vue du calcul de ce montant, transposée en équivalent à temps plein et le montant qui en résulte est réduit en fonction de son degré d'occupation.

Lorsque les Conditions Particulières expriment directement un montant de prime ou le montant d'une couverture de risque en un montant nominal, ce montant est réduit, pour un affilié au statut de travailleur salarié travaillant à temps partiel, en fonction de son degré d'occupation.

Si le degré d'occupation d'un affilié au statut de travailleur salarié change, tout montant mentionné dans les Conditions Particulières qui est lié à la rémunération est recalculé avec effet, sous réserve des critères d'acceptation de l'assureur, le premier jour du mois coïncidant avec ou suivant la date du changement du degré d'occupation (cette disposition ne porte pas sur la révision de la rémunération proprement dite). Parallèlement, tout montant de prime ou de couverture de risque exprimé de manière nominale dans les Conditions Particulières est réduit en fonction du nouveau degré d'occupation.

Lorsqu'un affilié au statut de travailleur salarié a choisi un montant assuré nominal d'une couverture ne figurant que sur le seul Certificat Personnel - et n'étant donc pas mentionné dans ou ne découlant pas des Conditions Particulières - et que son degré d'occupation diminue, ce montant est réduit en le multipliant par une fraction dont le numérateur représente le nouveau degré d'occupation et le dénominateur l'ancien. Cette réduction prend effet le premier jour du mois coïncidant avec ou suivant la date de diminution du degré d'occupation.

3.10 Flux d'informations

3.10.1 Lors de l'affiliation

Le preneur d'assurance remet une copie du Règlement de Pension à chaque affilié qui en fait la demande.

Le preneur d'assurance communique à l'assureur, au plus tard à la date d'affiliation (normalement prévue, reportée ou prorogée) (voir plus haut), toutes les données nécessaires concernant les affiliés (et leurs choix éventuels en matière de couvertures de risque et/ou de modes de placement).

L'assureur émet pour chaque affilié un Certificat Personnel qui leur est remis par l'intermédiaire du preneur d'assurance. L'affilié est supposé marquer intégralement son accord sur le contenu de son Certificat Personnel et de ses versions ultérieures (voir plus loin), sauf s'il a communiqué par écrit ses remarques à l'assureur - en principe par l'intermédiaire du preneur d'assurance - dans les 30 jours après que l'assureur l'ait délivré.

3.10.2 En cours d'affiliation active

Chaque affilié communique immédiatement et spontanément au preneur d'assurance toute modification de sa situation personnelle (comme sa situation familiale) qui est pertinente pour la gestion, l'adaptation et l'exécution de l'assurance de groupe. Le preneur d'assurance transmet immédiatement ces informations à l'assureur.

Le preneur d'assurance fournit, pour sa part, immédiatement et spontanément à l'assureur tous les renseignements nécessaires pour la gestion, l'adaptation et l'exécution de l'assurance de groupe, comme la modification de la rémunération et du degré d'occupation d'un affilié au statut de travailleur salarié, les choix ou les modifications de choix des affiliés en matière de couvertures de risque et de modes de placement, etc.

En particulier, le preneur d'assurance communique à l'assureur, en vue du contrôle des limitations fiscales, toute modification de l'état civil et de la rémunération ou du mode de rémunération (comme sa périodicité) de l'affilié. A défaut de communication, l'assureur considère que la rémunération est suffisante ou a suffisamment augmenté au regard de ces limitations fiscales et que le mode de rémunération et l'état civil sont demeurés inchangés.

Au moins une fois par an, l'assureur émet un Certificat Personnel actualisé pour chaque affilié, sauf pour les bénéficiaires de rente. Ils leur sont remis par l'intermédiaire du preneur d'assurance. Le dernier Certificat Personnel délivré remplace toujours le précédent.

Lorsqu'un affilié veut exercer un droit que le Règlement de Pension lui accorde, toute demande y afférente est en principe introduite auprès de l'assureur par l'intermédiaire du preneur d'assurance.

3.10.3 En cas de départ, de décès, ...

Dès qu'il en a connaissance, le preneur d'assurance informe l'assureur du départ d'un affilié, de la fin d'appartenance à la catégorie définie dans les Conditions Particulières ou du décès d'un affilié, ainsi que de la suspension de l'exécution du contrat de travail d'un affilié au statut de travailleur salarié qui donne lieu à la suspension du paiement des primes (voir plus loin).

3.10.4 Information tardive, incomplète ou incorrecte

L'affilié et le preneur d'assurance assument l'entière responsabilité de toutes les conséquences de la communication tardive, incomplète ou incorrecte des données nécessaires à l'assureur.

3.11 Financement de biens immobiliers

Conformément à la législation fiscale belge en la matière, l'affilié peut faire affecter le contrat d'entreprise et/ou le contrat personnel en garantie du financement de biens immobiliers. Cette législation dispose plus précisément qu'une avance et/ou une mise en gage (y compris une cession de droits à un tiers) ne peut(en) être consentie(s) que pour permettre à l'affilié d'acquérir, de construire, d'améliorer, de réparer ou de transformer des biens immobiliers situés en Belgique (sauf si la législation fiscale autorisait un espace géographique plus étendu) qui génèrent des revenus imposables. En outre, les avances et les emprunts doivent être remboursés dès que les biens précités quittent le patrimoine de l'affilié.

Tant que l'affilié est au service du preneur d'assurance, l'accord écrit de ce dernier est requis pour les opérations précitées. L'affilié peut obtenir les conditions, les limitations et les modalités y relatives auprès de l'assureur par l'intermédiaire du preneur d'assurance. L'attention est attirée sur le fait que l'affectation de l'assurance de groupe au financement de biens immobiliers peut impliquer que les réserves acquises (en cas de départ) ne peuvent être transférées et/ou rachetées par l'affilié et que les éventuelles possibilités de choix de l'affilié en matière de couvertures de risque et de modes de placement s'en trouvent limitées, voire même que l'assureur modifie des couvertures de risque et des modes de placement (voir également plus haut).

3.12 Liquidation en rente viagère

Le capital-pension (éventuellement prorogé), le versement de la valeur de rachat qui revient à l'affilié à partir de son 60^{ème} anniversaire ou à partir de sa mise à la retraite ou à la prépension antérieure, ainsi que les capitaux des différentes couvertures (de risque) en cas de décès peuvent, après imputation des éventuel(le)s retenues légales, frais, indemnités et autres sommes qui seraient encore du(e)s à l'assureur ou à des tiers (comme un créancier gagiste), être convertis en une rente viagère sur demande écrite du (des) bénéficiaire(s), mais uniquement si le montant annuel de la rente initiale pour le bénéficiaire concerné excède le seuil fixé par la loi. A défaut de seuil légal, le seuil tel que fixé dans la législation relative aux pensions complémentaires pour les affiliés au statut de travailleur salarié s'applique.

Sans préjudice de l'application de dispositions (légales) impératives en la matière, le montant de la rente est fixé sur la base des tarifs que l'assureur applique en la matière à la date à laquelle la rente prend cours, en tenant compte d'une indexation annuelle de 2% par progression géométrique et, en ce qui concerne le capital-pension ou le versement de la valeur de rachat qui revient à l'affilié, d'une réversibilité de cette rente. La réversibilité indique que lors du décès de l'affilié après la date à laquelle la rente a pris cours, son paiement se poursuit à titre viager à concurrence de 80% en faveur du partenaire de l'affilié défini dans les Conditions Particulières (qui était déjà son partenaire à la date à laquelle la rente initiale a pris cours).

L'assureur verse les rentes viagères, après imputation des éventuelles retenues légales et ce, après réception de tous les documents sollicités par lui et d'une quittance de liquidation dûment complétée et signée par le bénéficiaire (et par l'éventuel bénéficiaire de la réversibilité).

En cas de demande de conversion d'un capital en rente viagère comme indiqué ci-dessus, l'assureur a toutefois le droit de transférer ce capital à un autre organisme de pension qui prend à sa charge toute obligation concernant (le versement de) la rente et ce, dans le respect des éventuelles dispositions légales (impératives) en la matière. Le preneur d'assurance marque son accord sur cette possibilité de transfert. En cas d'un tel transfert, l'assureur est délié de toute obligation afférente à la rente et à son versement.

3.13 Fonds de financement

Dans le cadre de l'assurance de groupe, il est créé un fonds de financement qui est géré par l'assureur. Il comprend des réserves qui ne se rapportent ni aux contrats d'entreprise et personnels, ni aux éventuels autres contrats des affiliés. Si l'assurance de groupe compte plusieurs preneurs d'assurance, un fonds de financement séparé est géré par preneur d'assurance.

Le preneur d'assurance peut effectuer dans ce fonds des versements à titre définitif. Ces versements se font selon un plan de financement. Ce plan de financement et ses modifications ultérieures éventuelles font partie intégrante du Règlement de Pension. Outre les versements précités du preneur d'assurance, le fonds de financement recueille les montants qui y sont éventuellement affectés en vertu du Règlement de Pension.

Les avoirs du fonds de financement sont investis dans le(s) mode(s) de placement convenu(s) entre le preneur d'assurance et l'assureur. A défaut de convention, Les avoirs du fonds de financement sont investis dans le mode de placement 'Cash+' ou, si l'assureur n'offre plus ce mode de placement, dans un mode de placement similaire.

Les avoirs du fonds de financement peuvent être utilisés par le preneur d'assurance pour le financement des primes d'entreprise et pour tout autre but éventuel qui est mentionné dans le Règlement de Pension. Si, cependant, les primes d'entreprise et/ou les primes personnelles ne sont pas payées à temps et si le preneur d'assurance n'a pas adressé d'avis écrit de cessation de (paiement des primes pour) l'assurance de groupe à l'assureur, ce dernier peut puiser ces primes dans le fonds de financement. Le preneur d'assurance en est informé. Si le preneur d'assurance adresse un avis écrit de cessation de (paiement des primes pour) l'assurance de groupe à l'assureur, ce dernier peut encore apurer les primes déjà échues à ce moment par le biais du fonds de financement.

Sans préjudice de l'application des dispositions concernées de l'arrêté royal relatif à l'activité d'assurance sur la vie, les avoirs du fonds de financement, si ce dernier présente encore un solde positif après cet apurement éventuel, sont répartis entre les affiliés et ce, proportionnellement à la quote-part des réserves de pension du contrat d'entreprise (géré ou non sous forme de contrat non-transféré) de chaque affilié dans le montant total des réserves de pension des contrats d'entreprise (gérés ou non sous forme de contrats non-transférés) de l'ensemble des affiliés.

Sans préjudice de l'application des dispositions concernées de l'arrêté royal relatif à l'activité d'assurance sur la vie, cette répartition n'a pas lieu lorsque la cessation de (paiement des primes pour) l'assurance de groupe est la conséquence soit d'un changement d'organisme de pension, soit d'un changement de preneur d'assurance qui reprend les obligations de cette assurance de groupe (comme dans le cadre d'une fusion, d'une scission, d'une absorption, d'un transfert ou d'un apport de branche d'activité, etc.). Dans ce dernier cas, sans préjudice de l'application des dispositions concernées de l'arrêté royal relatif à l'activité d'assurance sur la vie, le fonds de financement continue d'être géré par l'assureur au nom du (des) nouveau(x) preneur(s) d'assurance ou est, le cas échéant, scindé suivant les clés de répartition convenues entre les parties concernées.

3.14 Suspension / départ / cessation / rachat

3.14.1 Suspension du contrat de travail / fin d'appartenance à la catégorie

Il est immédiatement mis fin au paiement des primes d'entreprise et des primes personnelles:

- lorsque l'exécution du contrat de travail d'un affilié au statut de travailleur salarié est suspendue, dès la date à laquelle le preneur d'assurance n'est plus redevable de salaire;
- lorsqu'un affilié, bien qu'il reste actif auprès du preneur d'assurance, respectivement comme travailleur salarié ou comme dirigeant d'entreprise indépendant (selon le statut sous lequel il est affilié), ne relève plus de la catégorie mentionnée dans les Conditions Particulières.

Dès la date de cessation de paiement des primes, il est automatiquement mis fin à la couverture 'capital-décès par accident' et aux couvertures de risque en cas d'incapacité de travail. A défaut d'autre choix autorisé de l'affilié et confirmé par écrit par l'assureur et sans préjudice d'éventuelles restrictions qui découlent de la présence de réserves bloquées (voir plus haut), les primes de risque nécessaires au maintien de la couverture 'capital-décès' et des autres couvertures de risque en cas de décès autres que la couverture 'capital-décès par accident' dans leur dernière situation assurée (montant nominal (minimal) éventuellement indexé et période de couverture, le cas échéant encore adaptées ultérieurement en fonction de la situation familiale, mais sans adaptations ultérieures en fonction de la rémunération, etc.), continuent d'être soustraites des réserves de risque et de pension (libres) concernées du (des) contrat(s) (conjoints) jusqu'à épuisement respectif de celles-ci. Après épuisement des réserves (libres) concernées, il est mis fin aux couvertures de risque concernées.

Dès la date de reprise du travail ou dès la date à laquelle l'affilié relève de nouveau de la catégorie mentionnée dans les Conditions Particulières, le paiement des primes est repris et les modalités concernant les possibilités de choix dont dispose l'affilié ainsi que les critères d'acceptation de l'assureur relatifs aux couvertures de risque qui ont pris fin sont les mêmes que pour une nouvelle affiliation.

3.14.2 Départ

Il est immédiatement mis fin au paiement des primes d'entreprise et des primes personnelles en cas de départ d'un affilié (quelle qu'en soit la raison) avant le terme normalement prévu. Par départ, il faut entendre la cessation de l'activité de l'affilié, respectivement comme travailleur salarié ou comme dirigeant d'entreprise indépendant du preneur d'assurance (selon le statut sous lequel il est affilié). Les réserves sont acquises à l'affilié. Les Conditions Particulières peuvent cependant disposer que les réserves du contrat d'entreprise ne sont pas acquises si le départ intervient dans l'année qui suit la date d'affiliation (normalement prévue, reportée ou prorogée). Si un affilié au statut de travailleur salarié était déjà, à la date d'affiliation (normalement prévue, reportée ou prorogée), affilié à un autre engagement de pension du même preneur d'assurance, la période d'affiliation à cet autre engagement de pension est pris en compte pour la détermination de la période d'un an susvisée. Si les réserves du contrat d'entreprise ne sont ainsi pas acquises, ces réserves sont versées dans le fonds de financement.

Dès la date de cessation de paiement des primes, les contrats dont les réserves sont acquises par l'affilié continuent d'être gérés sous forme de contrats non-transférés (voir plus loin).

3.14.3 Modification et cessation de l'assurance de groupe

3.14.3.1 Droit de modification et de cessation conditionnel

L'assurance de groupe est conclue par le preneur d'assurance pour une durée indéterminée. Le preneur d'assurance peut cependant modifier l'assurance de groupe ou y mettre fin dans le respect des dispositions légales (dans la mesure où elles s'appliquent aux couvertures concernées et vis-à-vis des affiliés) et des autres conventions et engagements éventuels y afférents. Il ne peut cependant en aucun cas être porté atteinte au caractère acquis des réserves constituées par les primes déjà payées jusqu'au moment de la modification ou de la cessation de l'assurance de groupe et des primes déjà échues à ce moment.

Bien que le paiement des primes ne soit pas obligatoire dans les rapports entre le preneur d'assurance et l'assureur et sans préjudice de l'application des dispositions précédentes, la diminution ou la cessation unilatérale de l'assurance de groupe par le preneur d'assurance vis-à-vis des affiliés concernés à ce moment n'est en outre possible que si au moins l'une des circonstances suivantes se produit:

- en cas d'instauration de nouvelles dispositions légales, directives des autorités de contrôle ou autres mesures, en cas de développements jurisprudentiels et/ou en présence de toute situation de fait qui engendre(nt) directement ou indirectement une augmentation du coût de l'assurance de groupe pour le preneur d'assurance;
- lorsque la législation en matière de sécurité sociale, dont l'assurance de groupe constitue un complément, subirait de profondes modifications;
- lorsque, suite à des évolutions économiques internes ou externes à l'entreprise, le maintien de l'assurance de groupe (sous sa forme inchangée) ne serait, selon l'avis motivé du preneur d'assurance, plus compatible avec une gestion saine de son entreprise.

Si une modification de l'assurance de groupe entraîne l'instauration ou l'augmentation de(s) primes personnelles, les affiliés concernés peuvent, sauf disposition impérative contraire, refuser individuellement et par écrit l'affiliation à l'assurance de groupe modifiée. Dans ce cas, ils restent affiliés à l'assurance de groupe qui était en vigueur antérieurement.

Toute modification apportée au Règlement de Pension requiert en principe l'accord de l'assureur. Le preneur d'assurance remet le texte des modifications apportées aux Conditions Particulières à chaque affilié concerné.

3.14.3.2 Cessation de (paiement des primes pour) l'assurance de groupe

Lorsque le preneur d'assurance met fin à (au paiement des primes pour) l'assurance de groupe par un avis écrit remis à l'assureur, le preneur d'assurance en informe immédiatement tous les affiliés concernés. L'assureur peut également en informer directement les affiliés.

Si des arriérés de paiement sont constatés sans que le preneur d'assurance n'ait adressé d'avis écrit de cessation de (paiement des primes pour) l'assurance de groupe à l'assureur, ce dernier envoie une mise en demeure recommandée au preneur d'assurance. Si des arriérés de paiement de 3 mois sont constatés sans que le preneur d'assurance n'ait adressé d'avis écrit de cessation de (paiement des primes pour) l'assurance de groupe à l'assureur, le preneur d'assurance doit en informer immédiatement tous les affiliés. L'assureur rappelle cette obligation au preneur d'assurance dans la mise en demeure recommandée précitée. L'assureur peut également en informer directement les affiliés.

A défaut d'autre choix autorisé de l'affilié et confirmé par écrit par l'assureur et sans préjudice d'éventuelles restrictions qui découlent de la présence de réserves bloquées (voir plus haut), les primes de risque nécessaires au maintien de la couverture 'capital-décès' et des autres couvertures de risque en cas de décès autres que la couverture 'capital-décès par accident' dans leur dernière situation assurée (montant nominal (minimal) éventuellement indexé et période de couverture, le cas échéant encore adaptées ultérieurement en fonction de la situation familiale, mais sans adaptations ultérieures en fonction de la rémunération, etc.), continuent, dès la première échéance impayée, d'être soustraites des réserves de risque et de pension (libres) concernées du (des) contrat(s) (conjoint(s)) jusqu'à épuisement respectif de celles-ci. Après épuisement des réserves (libres) concernées, il est mis fin aux couvertures de risque concernées, mais au plus tôt 30 jours après l'envoi de la mise en demeure recommandée susvisée ou à la date de réception de l'avis du preneur d'assurance à l'assureur de cessation de (paiement des primes pour) l'assurance de groupe. Il est mis fin à la couverture 'capital-décès par accident' et aux couvertures de risque en cas d'incapacité de travail 30 jours après l'envoi de la mise en demeure recommandée susvisée ou à la date de réception de l'avis du preneur d'assurance à l'assureur de cessation de (paiement des primes pour) l'assurance de groupe.

Les dispositions qui précèdent ne s'appliquent pas lorsque la cessation de (paiement des primes pour) l'assurance de groupe est la conséquence d'un changement de preneur d'assurance qui reprend les obligations de cette assurance de groupe (comme dans le cadre d'une fusion, d'une scission, d'une absorption, d'un transfert ou d'un apport de branche d'activité, etc.).

3.14.4 Exonération de primes / poursuite personnelle

Dans la mesure où l'affilié bénéficie d'une attribution dans le cadre de la couverture 'exonération de primes en cas d'incapacité de travail', cette attribution est, à défaut d'autre choix autorisé, affectée par priorité au maintien du financement des couvertures de risque et à la poursuite de l'alimentation des réserves de risque en vue du maintien des couvertures de risque concernées dans leur dernière situation assurée (montant nominal (minimal) éventuellement indexé, périodes de couverture et de paiement, délai de carence, etc., le cas échéant encore adaptées ultérieurement en fonction de la situation familiale, mais sans adaptations ultérieures en fonction de la rémunération, etc.). Les dispositions précédentes concernant la suspension du contrat de travail, la fin d'appartenance à la catégorie, le départ et la modification/cessation de l'assurance de groupe doivent donc être lues dans cette perspective.

Lorsqu'il est mis fin au paiement des primes dans les divers scénarios décrits plus haut et que l'assureur n'intervient pas davantage dans le paiement des primes dans le cadre de la couverture 'exonération de primes en cas d'incapacité de travail', l'affilié peut, sous les conditions et selon les modalités à convenir avec l'assureur, poursuivre totalement ou partiellement à titre personnel les couvertures jusqu'au terme au plus tard et ce, dans l'éventail des produits qu'offre l'assureur en assurances individuelles. Si, dans le cadre d'une couverture de risque, une assurance individuelle est ainsi conclue dans un délai d'un mois après que la couverture concernée ait pris fin et si le montant de cette couverture de risque 'poursuivie' à titre personnel n'excède pas le dernier montant assuré dans le cadre de l'assurance de groupe, l'assureur n'applique pas de conditions d'acceptation médicale pour ce risque.

3.14.5 Rachat des réserves

3.14.5.1 Versement de la valeur de rachat à l'affilié

Sans préjudice de l'application d'éventuelles restrictions (légal) supplémentaires en la matière, un affilié au statut de travailleur salarié peut opérer le rachat total ou partiel des réserves du contrat d'entreprise et du contrat personnel sous forme de versement de la valeur de rachat:

- soit en cas de départ (voir également plus loin);
- soit à partir de son 60^{ème} anniversaire.

Un affilié au statut d'indépendant peut exercer ce droit à tout moment.

Le rachat avant le départ de l'affilié (voir plus haut) ne peut, sauf accord du preneur d'assurance, porter que sur les seules réserves de pension. Si, en cas de rachat total des réserves de pension du contrat d'entreprise et du contrat personnel, le paiement des primes pour l'assurance de groupe est poursuivi parce que l'affilié appartient toujours à la catégorie à laquelle s'adresse l'assurance de groupe, la couverture 'capital-décès' est diminuée du montant des réserves rachetées. Le montant assuré de cette couverture peut cependant être maintenu si les critères d'acceptation médicale que l'assureur applique en la matière sont remplis et si ce dernier marque son accord écrit.

3.14.5.2 Versement de la valeur de rachat à un tiers

Lorsque le droit de rachat est cédé à un tiers dans le cadre de l'affectation de l'assurance de groupe au financement de biens immobiliers (voir plus haut), les modalités en sont fixées dans l'acte d'avance ou dans l'avenant de mise en gage.

3.14.5.3 Rachat par le preneur d'assurance

Dans le respect des dispositions légales y afférentes et sans préjudice des éventuelles restrictions qui découlent de la présence de réserves bloquées (voir plus haut), le preneur d'assurance peut racheter les réserves des contrats d'entreprise et des contrats personnels (dans leur intégralité) au profit des affiliés dans le but de transférer ces réserves vers un autre organisme de pension agréé. L'indemnité de rachat ne peut être directement ou indirectement mise à charge des (réserves acquises des) affiliés.

3.15 Réserves transférées

Il se peut qu'un affilié souhaite transférer vers l'assureur des réserves acquises provenant d'un plan de prévoyance dont il bénéficiait en raison d'une activité professionnelle antérieure auprès d'une autre entreprise. Ces réserves transférées sont gérées sous forme de contrats transférés (voir plus loin), le cas échéant conjoints avec le contrat d'entreprise et le contrat personnel (voir plus haut).

3.16 Législation applicable et dispositions fiscales

L'assurance de groupe est régie par les dispositions légales et réglementaires qui s'appliquent en Belgique aux assurances-vie et aux assurances complémentaires en général et aux assurances de groupe en particulier. Si le preneur d'assurance est établi en dehors de la Belgique, les parties optent expressément, si la loi l'autorise ainsi, pour l'application du droit belge.

Sauf avis contraire de la part du preneur d'assurance, l'assureur considère que la législation sociale belge s'applique à tous les affiliés au statut de travailleur salarié. L'application de cette législation implique entre autres que le preneur d'assurance peut être tenu d'apurer des insuffisances de réserves éventuelles en cas de départ d'un affilié ou en cas de cessation de l'assurance de groupe. Le cas échéant, le preneur d'assurance y est invité par l'assureur.

L'assureur considère toujours que le preneur d'assurance a, lors de l'instauration, de l'application, de l'exécution, de la modification ou de la cessation de l'assurance de groupe, respecté toutes les conditions, formalités et procédures légales y afférentes dans ses rapports avec les affiliés et les tiers. De manière plus générale, l'assureur peut se faire indemniser par le preneur d'assurance de toute forme de dommage et de tous les frais qu'il encourt pour cause de non-respect de la législation applicable par le preneur d'assurance.

Pour l'application des limitations fiscales en matière d'octroi d'avantages fiscaux sur les primes d'entreprise et les primes personnelles en fonction du montant du capital-pension, il est tenu compte de toutes les années de service prestées (et y assimilées) par les affiliés auprès du preneur d'assurance et de son (ses) prédécesseur(s) en droit éventuel(s), le cas échéant majorées du nombre maximal admis sur le plan fiscal d'années non prestées (et y assimilées) dans l'entreprise.

3.17 Bonne foi et équité

Le preneur d'assurance règle - dans le respect de la législation éventuellement applicable - les questions qui se posent dans ses rapports avec les affiliés et qui ne sont pas explicitement traitées par le Règlement de Pension ou qui seraient sujettes à interprétation. Si l'assureur est une partie intéressée dans ce cadre, cela se passe toujours en concertation avec lui. Le règlement de questions de ce type doit toujours intervenir dans les limites et dans le respect de la bonne foi, de l'équité, du raisonnable et de l'esprit du Règlement de Pension.

4. FONCTIONNEMENT DE L'ENGAGEMENT INDIVIDUEL DE PENSION

4.1 Entrée en vigueur et affiliation

Les Conditions Particulières indiquent qui est affilié à l'engagement individuel de pension.

L'engagement individuel de pension (et l'affiliation y afférente) entre(nt) en vigueur à la date d'effet convenue, mais au plus tôt à la date de paiement de la (première) prime, celle-ci étant la date valeur de cette prime sur le compte bancaire de l'assureur.

Si, cependant, l'affilié travaille sous statut de travailleur salarié et si l'exécution de son contrat de travail est suspendue sans paiement de salaire à la date d'effet de l'engagement individuel de pension, la date d'effet (et l'affiliation y afférente) est (sont) prorogée(s) jusqu'à la date ultérieure de reprise du travail.

4.2 Contrat d'entreprise et contrat personnel

Selon ce qui est prévu, l'engagement individuel de pension se compose d'un contrat d'entreprise (alimenté par des primes à charge du preneur d'assurance, appelées primes d'entreprise) et/ou d'un contrat personnel (alimenté par des primes à charge de l'affilié, retenues par le preneur d'assurance sur sa rémunération, appelées primes personnelles). S'il est prévu tant un contrat d'entreprise qu'un contrat personnel, ces contrats sont toujours conjoints (voir plus haut).

4.3 Assurés

Les assurés des couvertures sont:

- pour la couverture 'capital en cas de décès successif': l'affilié et l'autre assuré mentionné sur le Certificat Personnel;
- pour la couverture 'capital-décès additionnel' (appelé 'capital partenaire' dans les Conditions Particulières): le partenaire de l'affilié mentionné dans les Conditions Particulières;
- pour toutes les autres couvertures: l'affilié.

4.4 Bénéficiaires

Les bénéficiaires des différentes couvertures sont mentionnés dans les Conditions Particulières.

En ce qui concerne tant le contrat d'entreprise que le contrat personnel, le preneur d'assurance cède à l'affilié, selon les modalités décrites ci-dessous, le droit de modifier ou de révoquer le(s) bénéficiaire(s) des couvertures 'capital-décès', 'capital en cas de décès successif' et 'capital-décès par accident'. Ainsi, l'affilié peut faire modifier l'ordre de priorité indiqué dans les Conditions Particulières sur demande écrite, adressée à l'assureur. Tant que l'affilié est au service du preneur d'assurance, cette demande est introduite par l'intermédiaire de ce dernier et nécessite son accord. Si, en ce qui concerne les couvertures 'capital-décès' et 'capital-décès par accident', la demande de modification de l'ordre de priorité entraîne la réduction ou la suppression des droits du conjoint de l'affilié, l'accord écrit de ce dernier est également requis. Lorsqu'un affilié se marie et qu'il avait précédemment désigné un autre bénéficiaire que son conjoint et fait changer l'ordre de priorité dans le cadre de la (des) couverture(s) 'capital-décès' et/ou 'capital-décès par accident', son conjoint - si et aussi longtemps que ce dernier est considéré comme partenaire de l'affilié selon les Conditions Particulières - prend place dans l'ordre de priorité avant le bénéficiaire désigné précédemment par l'affilié, sauf demande écrite contraire de l'affilié, avec l'accord écrit de son conjoint. En ce qui concerne la couverture 'capital en cas de décès successif', ni le conjoint ni le partenaire de l'affilié défini dans les Conditions Particulières ne peut être désigné comme bénéficiaire.

Tout bénéficiaire peut accepter le bénéfice des couvertures (de risque) 'capital-décès', 'capital en cas de décès successif' et 'capital-décès par accident' dès avant leur exigibilité, moyennant un avenant au Certificat Personnel signé par lui, le preneur d'assurance, l'affilié et l'assureur. En ce qui concerne les autres couvertures, où l'affilié est désigné comme bénéficiaire selon les Conditions Particulières, la signature des Conditions Particulières par toutes les parties tient lieu d'acceptation de cette désignation bénéfici-

ciaire. L'acceptation du bénéficiaire a, sauf dans les cas où la législation autorise la révocation, pour effet que la révocation et la modification de la désignation bénéficiaire, le rachat, l'obtention d'une avance, la mise en gage et la cession des droits requièrent l'accord écrit du bénéficiaire acceptant. Cet accord est également requis pour toute modification qui entraîne une diminution des prestations d'assurance assurées au profit du bénéficiaire acceptant par des primes déjà payées.

4.5 Paiement des primes

Sauf s'il en est convenu autrement, les primes périodiques sont dues à partir de la date d'effet de l'engagement individuel de pension (éventuellement prorogée) (voir plus haut) et au plus tard jusqu'au terme (éventuellement prorogé) (voir plus loin) ou jusqu'au décès antérieur de l'affilié. D'éventuelles primes uniques sont dues à la (aux) date(s) convenue(s).

Si la date d'effet de l'engagement individuel de pension (éventuellement prorogée) ou la date de reprise du paiement des primes après suspension (voir plus loin) se situe entre deux échéances de primes périodiques, seul un prorata de prime est dû jusqu'à l'échéance suivante. Le calcul au prorata se fait sur une base journalière (compté à partir de la date d'effet effective ou de la date de reprise du paiement des primes après suspension), mais la date à laquelle ce prorata de prime est effectivement dû est le premier jour du mois coïncidant avec ou suivant la date d'effet effective ou la date de reprise du paiement des primes après suspension. Par dérogation aux dispositions en matière de période de couverture des couvertures de risque (voir plus haut), la période de couverture peut, dans ce cas, prendre cours dès la date d'effet effective ou la date de reprise du paiement des primes après suspension, même si la (première) prime n'est, le cas échéant, pas encore due et par conséquent pas encore payée à cette date. Dans tous les cas où il est mis fin au paiement des primes (comme en cas de départ - voir plus loin) avant la date à laquelle le prorata de prime précité est dû, ce prorata de prime reste dû le premier jour du mois suivant la date de cessation de paiement des primes.

En cas d'éventuelle augmentation intermédiaire des primes, cette augmentation est également calculée au prorata jusqu'à l'échéance de primes suivante (voir également plus loin).

Le paiement des primes se fait directement sur le compte bancaire indiqué par l'assureur avec mention des références communiquées ou par domiciliation, selon ce qui est prévu et ce, sur la base de factures émises par l'assureur. Le paiement des primes à un intermédiaire n'a pas d'effet libératoire vis-à-vis de l'assureur.

4.6 Prorogation du terme

Si, au terme, l'affilié a toujours la qualité mentionnée dans les Conditions Particulières en vertu de laquelle il est affilié, il peut être prévu une prorogation du terme de chaque fois 1 an. Ceci est le cas lorsque les mots 'avec prorogation' sont repris après le terme dans les Conditions Particulières.

Dans ce cas, toutes les couvertures de risque et la jonction éventuelle du contrat d'entreprise et du contrat personnel avec d'autres contrats prennent automatiquement fin au terme normalement prévu et (seul) le budget de primes prévu dans les Conditions Particulières continue d'être payé jusqu'à ce que l'affilié n'ait plus la qualité précitée. Ce budget de primes est intégralement affecté à la constitution de réserves de pension. Au terme prorogé, ces réserves de pension sont versées à l'affilié. En cas de décès antérieur de l'affilié, elles sont versées au(x) bénéficiaire(s) de la couverture 'capital-décès'.

4.7 Possibilités de choix pour l'affilié

4.7.1 Concernant les couvertures de risque

Les Conditions Particulières peuvent offrir à l'affilié la possibilité de choisir lui-même le montant assuré nominal d'une couverture ou de choisir un autre montant (nominal) que le montant standard ou un montant (nominal) plus élevé que le montant minimal. Le montant choisi par l'affilié peut également, à sa demande, être indexé de manière forfaitaire ou non-forfaitaire ou être lié à l'évolution de sa rémunération. Les Conditions Particulières peuvent également offrir à l'affilié des possibilités de choix concernant les paramètres des couvertures (période de couverture, délai de carence, etc.). Le choix s'opère toujours dans les limites du budget de primes défini dans les Conditions Particulières ou de son éventuelle quotité maximale qui peut être affectée aux couvertures concernées. Le choix se fait lors de l'affiliation ou ultérieurement et peut être revu par la suite.

Lorsque l'affilié peut choisir librement le montant d'une couverture ou lorsqu'un montant minimal ou standard s'applique à une couverture, l'affilié est, à défaut ou dans l'attente d'un (autre) choix, respectivement supposé ne pas vouloir prendre cette couverture, ne pas vouloir être assuré pour un montant supérieur au minimum ou ne pas vouloir être assuré pour un autre montant que le montant standard. La même chose vaut en ce qui concerne les paramètres des couvertures (période de couverture, délai de carence, etc.).

Les possibilités de choix dont bénéficie l'affilié sont soumises aux critères d'acceptation généraux que l'assureur applique pour des raisons juridiques et fiscales et de technique des assurances (possibilité de financement structurel des couvertures eu égard au budget de primes et au montant des réserves constituées, résultat favorable de formalités médicales et/ou d'examens médicaux, caractère complémentaire de certaines couvertures de risque, couvertures maximales, sur-assurance, anti-sélection, possibilités de gestion, limitations fiscales, maintien de réserves bloquées, etc.) et aux (autres) restrictions éventuelles qui découlent de la Convention de Pension. Les couvertures (y compris les standards et les montants minimaux) ne sont assurées que si elles sont mentionnées sur le Certificat Personnel ou si l'assureur en a donné confirmation écrite sous une autre forme (voir également plus haut).

Les possibilités de choix (y compris les standards) dont bénéficie l'affilié ne relèvent en rien d'un quelconque 'engagement' de la part du preneur d'assurance, qui n'assume donc, sauf disposition impérative contraire, aucune responsabilité ou obligation supplémentaire à cet égard, même si l'assureur refusait totalement ou partiellement d'accepter les couvertures de risque ou n'acceptait celles-ci que moyennant l'imputation d'une surprime (d'éventuelles surprimes sont imputées sur le budget de primes précité).

4.7.2 Concernant les modes de placement

Les Conditions Particulières peuvent offrir à l'affilié la possibilité de choisir lui-même le(s) mode(s) de placement des primes d'entreprise et/ou des primes personnelles qui sont affectées aux réserves de pension, ainsi que de l'éventuelle participation bénéficiaire et des éventuels bonis de survie y afférents.

Ce choix pour un (des) mode(s) de placement qui déroge(nt) au(x) standard(s) ou à l'option (aux options) standard peut se faire lors de l'affiliation ou ultérieurement, en ce qui concerne les attributions futures (changement de règles de placement - voir plus haut). Un choix initial peut également être revu par la suite, concernant les attributions futures.

Si la possibilité de choix précitée est prévue, l'affilié peut également faire transférer le(s) mode(s) de placement des réserves de pension déjà constituées du (des) contrat(s) pour le(s)quel(s) cette possibilité de choix existe, vers un autre (d'autres) mode(s) de placement autorisé(s) (changement de mode de placement - voir plus haut). Si, cependant, les Conditions Particulières prévoient une quotité minimale ou maximale concernant l'affectation des primes, de la participation bénéficiaire ou des bonis de survie d'un contrat à un mode de placement, l'accord du preneur d'assurance est requis pour tout changement de mode de placement entraînant un flux sortant d'un mode de placement auquel s'applique une quotité minimale et/ou un flux entrant vers un mode de placement auquel s'applique une quotité maximale, tant que l'affilié est au service du preneur d'assurance.

Les choix de modes de placement alternatifs et leurs modifications ultérieures ne sont effectifs que lorsqu'ils ont été confirmés par l'assureur via le Certificat Personnel.

4.8 Mutations

Lorsque les Conditions Particulières lient un montant à la rémunération, à un plafond de salaire légal en matière de sécurité sociale, à l'âge, à l'ancienneté et/ou à la situation familiale, le montant est calculé sur la base des paramètres concernés tels qu'ils se présentent à la date d'effet de l'engagement individuel de pension (éventuellement prorogée) (voir plus haut) et ensuite à chaque date d'évaluation. Une éventuelle modification du montant qui en découle prend effet, sous réserve des critères d'acceptation de l'assureur, à la première date d'adaptation qui s'ensuit. Lorsqu'un paramètre ou un élément de celui-ci ne peut être déterminé à la date d'évaluation, il est tenu compte de la donnée la plus récente connue en la matière qui précède la date d'évaluation.

Lorsqu'un montant assuré nominal d'une couverture choisi par l'affilié, ne figurant que sur le seul Certificat Personnel - et n'étant donc pas mentionné dans ou ne découlant pas des Conditions Particulières - est lié à l'évolution de sa rémunération, la modification du montant intervient, sous réserve des critères d'acceptation de l'assureur, à chaque date d'adaptation et ce, pour la première fois, à la date d'adaptation à laquelle les deux rémunérations dont il est question dans la formule ci-dessous sont disponibles. Le montant adapté s'obtient par application de la formule suivante:

$$\begin{array}{c}
 \text{montant assuré nominal adapté à la date d'adaptation}^1 \\
 \text{est égal au} \\
 \text{montant assuré à la veille de la date d'adaptation}^1 \\
 \text{multiplié par} \\
 \text{la rémunération}^2 \text{ à la dernière date d'évaluation}^1 \text{ précédant la date d'adaptation}^1 \\
 \text{divisé par} \\
 \text{la rémunération}^2 \text{ à l'avant-dernière date d'évaluation}^1 \text{ précédant la date d'adaptation}^1
 \end{array}$$

¹ cette date est mentionnée dans les Conditions Particulières
² cette notion est définie dans les Conditions Particulières; si l'affilié travaille à temps partiel sous statut de travailleur salarié, la rémunération en équivalent à temps plein est retenue

4.9 Travail à temps partiel

Lorsqu'un montant mentionné dans les Conditions Particulières est lié à la rémunération et que l'affilié travaille à temps partiel sous statut de travailleur salarié, la rémunération est, en vue du calcul de ce montant, transposée en équivalent à temps plein et le montant qui en résulte est réduit en fonction de son degré d'occupation.

Si le degré d'occupation de l'affilié travaillant sous statut de travailleur salarié change, tout montant mentionné dans les Conditions Particulières qui est lié à la rémunération est recalculé avec effet, sous réserve des critères d'acceptation de l'assureur, le premier jour du mois coïncidant avec ou suivant la date du changement du degré d'occupation (cette disposition ne porte pas sur la révision de la rémunération proprement dite).

Lorsque l'affilié travaillant sous statut de travailleur salarié a choisi un montant assuré nominal d'une couverture ne figurant que sur le seul Certificat Personnel - et n'étant donc pas mentionné dans ou ne découlant pas des Conditions Particulières - et que son degré d'occupation diminue, ce montant est réduit en le multipliant par une fraction dont le numérateur représente le nouveau degré d'occupation et le dénominateur l'ancien. Cette réduction prend effet le premier jour du mois coïncidant avec ou suivant la date de diminution du degré d'occupation. La même chose vaut pour tout montant nominal d'une couverture de risque figurant dans les Conditions Particulières.

4.10 Flux d'informations

4.10.1 Lors de l'affiliation

L'affilié reçoit, en qualité de partie signataire, un exemplaire original des Conditions Particulières. Le preneur d'assurance remet à l'affilié sur simple demande un exemplaire des Conditions Générales.

Le preneur d'assurance communique à l'assureur, au plus tard à la date d'effet de l'engagement individuel de pension (éventuellement prorogée) (voir plus haut), toutes les données nécessaires concernant l'affilié (et ses choix éventuels en matière de couvertures de risque et/ou de modes de placement).

L'assureur émet pour l'affilié un Certificat Personnel qui lui est remis par l'intermédiaire du preneur d'assurance. L'affilié est supposé marquer intégralement son accord sur le contenu de son Certificat Personnel et de ses versions ultérieures (voir plus loin), sauf s'il a communiqué par écrit ses remarques à l'assureur - en principe par l'intermédiaire du preneur d'assurance - dans les 30 jours après que l'assureur l'ait délivré.

4.10.2 En cours d'affiliation active

L'affilié communique immédiatement et spontanément au preneur d'assurance toute modification de sa situation personnelle (comme sa situation familiale) qui est pertinente pour la gestion, l'adaptation et l'exécution de l'engagement individuel de pension. Le preneur d'assurance transmet immédiatement ces informations à l'assureur.

Le preneur d'assurance fournit, pour sa part, immédiatement et spontanément à l'assureur tous les renseignements nécessaires pour la gestion, l'adaptation et l'exécution de l'engagement individuel de pension, comme la modification de la rémunération et du degré d'occupation de l'affilié (s'il travaille sous

statut de travailleur salarié), les choix ou les modifications de choix de l'affilié en matière de couvertures de risque et de modes de placement, etc.

En particulier, le preneur d'assurance communique à l'assureur, en vue du contrôle des limitations fiscales, toute modification de l'état civil et de la rémunération ou du mode de rémunération (comme sa périodicité) de l'affilié. A défaut de communication, l'assureur considère que la rémunération est suffisante ou a suffisamment augmenté au regard de ces limitations fiscales et que le mode de rémunération et l'état civil sont demeurés inchangés.

Au moins une fois par an, l'assureur émet un Certificat Personnel actualisé pour l'affilié, sauf s'il est bénéficiaire de rente. Il lui est remis par l'intermédiaire du preneur d'assurance. Le dernier Certificat Personnel délivré remplace toujours le précédent.

Lorsque l'affilié veut exercer un droit que la Convention de Pension lui accorde, toute demande y afférente est en principe introduite auprès de l'assureur par l'intermédiaire du preneur d'assurance.

4.10.3 En cas de départ, de décès, ...

Dès qu'il en a connaissance, le preneur d'assurance informe l'assureur du départ de l'affilié, du fait que l'affilié n'a plus la qualité mentionnée dans les Conditions Particulières ou du décès de l'affilié, ainsi que de la suspension de l'exécution de son contrat de travail (s'il travaille sous statut de travailleur salarié) qui donne lieu à la suspension du paiement des primes (voir plus loin).

4.10.4 Information tardive, incomplète ou incorrecte

L'affilié et le preneur d'assurance assument l'entière responsabilité de toutes les conséquences de la communication tardive, incomplète ou incorrecte des données nécessaires à l'assureur.

4.11 Financement de biens immobiliers

Le preneur d'assurance cède à l'affilié les droits de percevoir une avance sur le contrat d'entreprise et/ou le contrat personnel et de mettre en gage ou de céder à un tiers les droits qui découlent de ces contrats. Conformément à la législation fiscale belge en la matière, l'affilié ne peut cependant exercer ces droits qu'afin de faire affecter le contrat d'entreprise et/ou le contrat personnel en garantie du financement de biens immobiliers. Cette législation dispose plus précisément qu'une avance et/ou une mise en gage (y compris une cession de droits à un tiers) ne peut(ven)t être consentie(s) que pour permettre à l'affilié d'acquérir, de construire, d'améliorer, de réparer ou de transformer des biens immobiliers situés en Belgique (sauf si la législation fiscale autorisait un espace géographique plus étendu) qui génèrent des revenus imposables. En outre, les avances et les emprunts doivent être remboursés dès que les biens précités quittent le patrimoine de l'affilié.

Tant que l'affilié est au service du preneur d'assurance, l'accord écrit de ce dernier est requis pour les opérations précitées. L'affilié peut obtenir les conditions, les limitations et les modalités y relatives auprès de l'assureur par l'intermédiaire du preneur d'assurance. L'attention est attirée sur le fait que l'affectation de l'engagement individuel de pension au financement de biens immobiliers peut impliquer que les réserves acquises (en cas de départ) ne peuvent être transférées et/ou rachetées par l'affilié et que les éventuelles possibilités de choix de l'affilié en matière de couvertures de risque et de modes de placement s'en trouvent limitées, voire même que l'assureur modifie des couvertures de risque et des modes de placement (voir également plus haut).

4.12 Liquidation en rente viagère

Le capital-pension (éventuellement prorogé), le versement de la valeur de rachat qui revient à l'affilié à partir de son 60^{ème} anniversaire ou à partir de sa mise à la retraite ou à la prépension antérieure, ainsi que les capitaux des différentes couvertures (de risque) en cas de décès peuvent, après imputation des éventuel(le)s retenues légales, frais, indemnités et autres sommes qui seraient encore du(e)s à l'assureur ou à des tiers (comme un créancier gagiste), être convertis en une rente viagère sur demande écrite du (des) bénéficiaire(s), mais uniquement si le montant annuel de la rente initiale pour le bénéficiaire concerné excède le seuil fixé par la loi. A défaut de seuil légal, le seuil tel que fixé dans la législation relative aux pensions complémentaires pour les affiliés au statut de travailleur salarié s'applique.

Sans préjudice de l'application de dispositions (légal) impératives en la matière, le montant de la rente est fixé sur la base des tarifs que l'assureur applique en la matière à la date à laquelle la rente prend cours, en tenant compte d'une indexation annuelle de 2% par progression géométrique et, en ce qui concerne le capital-pension ou le versement de la valeur de rachat qui revient à l'affilié, d'une réversibilité de cette rente. La réversibilité indique que lors du décès de l'affilié après la date à laquelle la rente a pris cours, son paiement se poursuit à titre viager à concurrence de 80% en faveur du partenaire de l'affilié défini dans les Conditions Particulières (qui était déjà son partenaire à la date à laquelle la rente initiale a pris cours).

L'assureur verse les rentes viagères, après imputation des éventuelles retenues légales et ce, après réception de tous les documents sollicités par lui et d'une quittance de liquidation dûment complétée et signée par le bénéficiaire (et par l'éventuel bénéficiaire de la réversibilité).

En cas de demande de conversion d'un capital en rente viagère comme indiqué ci-dessus, l'assureur a toutefois le droit de transférer ce capital à un autre organisme de pension qui prend à sa charge toute obligation concernant (le versement de) la rente et ce, dans le respect des éventuelles dispositions légales (impératives) en la matière. Le preneur d'assurance marque son accord sur cette possibilité de transfert. En cas d'un tel transfert, l'assureur est délié de toute obligation afférente à la rente et à son versement.

4.13 Suspension / départ / cessation / rachat

4.13.1 Suspension du contrat de travail / perte de qualité

Il est immédiatement mis fin au paiement des primes d'entreprise et des primes personnelles:

- lorsque l'exécution du contrat de travail de l'affilié travaillant sous statut de travailleur salarié est suspendue, dès la date à laquelle le preneur d'assurance n'est plus redevable de salaire;
- lorsque l'affilié, bien qu'il reste actif auprès du preneur d'assurance, respectivement comme travailleur salarié ou comme dirigeant d'entreprise indépendant (selon le statut sous lequel il est affilié), n'a plus la qualité mentionnée dans les Conditions Particulières.

Dès la date de cessation de paiement des primes, il est automatiquement mis fin à la couverture 'capital-décès par accident' et aux couvertures de risque en cas d'incapacité de travail. A défaut d'autre choix autorisé de l'affilié et confirmé par écrit par l'assureur et sans préjudice d'éventuelles restrictions qui découlent de la présence de réserves bloquées (voir plus haut), les primes de risque nécessaires au maintien de la couverture 'capital-décès' et des autres couvertures de risque en cas de décès autres que la couverture 'capital-décès par accident' dans leur dernière situation assurée (montant nominal (minimal) éventuellement indexé et période de couverture, le cas échéant encore adaptées ultérieurement en fonction de la situation familiale, mais sans adaptations ultérieures en fonction de la rémunération, etc.), continuent d'être soustraites des réserves de risque et de pension (libres) concernées du (des) contrat(s) (conjoints) jusqu'à épuisement respectif de celles-ci. Après épuisement des réserves (libres) concernées, il est mis fin aux couvertures de risque concernées.

Dès la date de reprise du travail ou dès la date à laquelle l'affilié acquiert de nouveau la qualité mentionnée dans les Conditions Particulières, le paiement des primes est repris et les modalités concernant les possibilités de choix dont dispose l'affilié ainsi que les critères d'acceptation de l'assureur relatifs aux couvertures de risque qui ont pris fin sont les mêmes que pour une nouvelle affiliation.

4.13.2 Départ

Il est immédiatement mis fin au paiement des primes d'entreprise et des primes personnelles en cas de départ de l'affilié (quelle qu'en soit la raison) avant le terme normalement prévu. Par départ, il faut entendre la cessation de l'activité de l'affilié, respectivement comme travailleur salarié ou comme dirigeant d'entreprise indépendant du preneur d'assurance (selon le statut sous lequel il est affilié). Les réserves sont acquises à l'affilié. Dès la date de cessation de paiement des primes, les contrats continuent d'être gérés sous forme de contrats non-transférés (voir plus loin).

4.13.3 Modification et cessation de l'engagement individuel de pension

4.13.3.1 *Droit de modification et de cessation conditionnel*

4.13.3.1.1 Affilié sous statut d'indépendant

Lorsque l'affilié travaille sous statut d'indépendant, le preneur d'assurance peut modifier l'engagement individuel de pension ou y mettre fin dans le respect des dispositions légales (dans la mesure où elles s'appliquent aux couvertures concernées et vis-à-vis de l'affilié) et des autres conventions et engagements éventuels y afférents.

Bien que le paiement des primes ne soit pas obligatoire dans les rapports entre le preneur d'assurance et l'assureur et sans préjudice de l'application des dispositions précédentes et des dispositions générales qui suivent, la diminution ou la cessation unilatérale de l'engagement individuel de pension par le preneur d'assurance vis-à-vis de l'affilié n'est en outre possible que si au moins l'une des circonstances suivantes se produit:

- en cas d'instauration de nouvelles dispositions légales, directives des autorités de contrôle ou autres mesures, en cas de développements jurisprudentiels et/ou en présence de toute situation de fait qui engendre(nt) directement ou indirectement une augmentation du coût de l'engagement individuel de pension pour le preneur d'assurance;
- lorsque la législation en matière de sécurité sociale, dont l'engagement individuel de pension constitue un complément, subirait de profondes modifications;
- lorsque, suite à des évolutions économiques internes ou externes à l'entreprise, le maintien de l'engagement individuel de pension (sous sa forme inchangée) ne serait, selon l'avis motivé du preneur d'assurance, plus compatible avec une gestion saine de son entreprise.

4.13.3.1.2 Affilié sous statut de travailleur salarié

Bien que le paiement des primes ne soit pas obligatoire dans les rapports entre le preneur d'assurance et l'assureur, la modification ou la cessation de l'engagement individuel de pension ne peut intervenir vis-à-vis de l'affilié, si celui travaille sous statut de travailleur salarié, que moyennant son accord.

Cependant, sans préjudice de l'application d'éventuelles dispositions légales (dans la mesure où elles s'appliquent aux couvertures concernées et vis-à-vis de l'affilié) et des autres conventions et engagements éventuels y afférents et sans préjudice de l'application des dispositions générales qui suivent, la diminution ou la cessation unilatérale de l'engagement individuel de pension par le preneur d'assurance est toutefois possible en cas d'instauration de nouvelles dispositions légales, directives des autorités de contrôle ou autres mesures, en cas de développements jurisprudentiels et/ou en présence de toute situation de fait qui engendre(nt) directement ou indirectement une augmentation du coût de l'engagement individuel de pension pour le preneur d'assurance.

4.13.3.1.3 Dispositions générales, indépendamment du statut de l'affilié

Le preneur d'assurance informe toujours préalablement l'affilié de toute modification ou de la cessation de l'engagement individuel de pension.

Toute modification apportée à la Convention de Pension requiert en principe l'accord de l'assureur.

Toute modification de l'engagement individuel de pension qui entraîne l'instauration ou l'augmentation de(s) primes personnelles requiert toujours l'accord de l'affilié.

La modification ou la cessation de l'engagement individuel de pension ne peut jamais porter atteinte au caractère acquis des réserves constituées par les primes déjà payées jusqu'au moment de la modification ou de la cessation et des primes déjà échues à ce moment.

4.13.3.2 *Cessation de (paiement des primes pour) l'engagement individuel de pension*

Lorsque le preneur d'assurance met fin à (au paiement des primes pour) l'engagement individuel de pension par un avis écrit remis à l'assureur, le preneur d'assurance en informe immédiatement l'affilié. L'assureur peut également en informer directement l'affilié.

Si des arriérés de paiement sont constatés sans que le preneur d'assurance n'ait adressé d'avis écrit de cessation de (paiement des primes pour) l'engagement individuel de pension à l'assureur, ce dernier envoie une mise en demeure recommandée au preneur d'assurance. Si des arriérés de paiement de 3 mois

sont constatés sans que le preneur d'assurance n'ait adressé d'avis écrit de cessation de (paiement des primes pour) l'engagement individuel de pension à l'assureur, le preneur d'assurance doit en informer immédiatement l'affilié. L'assureur rappelle cette obligation au preneur d'assurance dans la mise en demeure recommandée précitée. L'assureur peut également en informer directement l'affilié.

A défaut d'autre choix autorisé de l'affilié et confirmé par écrit par l'assureur et sans préjudice d'éventuelles restrictions qui découlent de la présence de réserves bloquées (voir plus haut), les primes de risque nécessaires au maintien de la couverture 'capital-décès' et des autres couvertures de risque en cas de décès autres que la couverture 'capital-décès par accident' dans leur dernière situation assurée (montant nominal (minimal) éventuellement indexé et période de couverture, le cas échéant encore adaptées ultérieurement en fonction de la situation familiale, mais sans adaptations ultérieures en fonction de la rémunération, etc.), continuent, dès la première échéance impayée, d'être soustraites des réserves de risque et de pension (libres) concernées du (des) contrat(s) (conjoint(s)) jusqu'à épuisement respectif de celles-ci. Après épuisement des réserves (libres) concernées, il est mis fin aux couvertures de risque concernées, mais au plus tôt 30 jours après l'envoi de la mise en demeure recommandée susvisée ou à la date de réception de l'avis du preneur d'assurance à l'assureur de cessation de (paiement des primes pour) l'engagement individuel de pension. Il est mis fin à la couverture 'capital-décès par accident' et aux couvertures de risque en cas d'incapacité de travail 30 jours après l'envoi de la mise en demeure recommandée susvisée ou à la date de réception de l'avis du preneur d'assurance à l'assureur de cessation de (paiement des primes pour) l'engagement individuel de pension.

Les dispositions qui précèdent ne s'appliquent pas lorsque la cessation de (paiement des primes pour) l'engagement individuel de pension est la conséquence d'un changement de preneur d'assurance qui reprend les obligations de cet engagement individuel de pension (comme dans le cadre d'une fusion, d'une scission, d'une absorption, d'un transfert ou d'un apport de branche d'activité, etc.).

4.13.4 Exonération de primes / poursuite personnelle

Dans la mesure où l'affilié bénéficie d'une attribution dans le cadre de la couverture 'exonération de primes en cas d'incapacité de travail', cette attribution est, à défaut d'autre choix autorisé, affectée par priorité au maintien du financement des couvertures de risque et à la poursuite de l'alimentation des réserves de risque en vue du maintien des couvertures de risque concernées dans leur dernière situation assurée (montant nominal (minimal) éventuellement indexé, périodes de couverture et de paiement, délai de carence, etc., le cas échéant encore adaptées ultérieurement en fonction de la situation familiale, mais sans adaptations ultérieures en fonction de la rémunération, etc.). Les dispositions précédentes concernant la suspension du contrat de travail, la perte de qualité, le départ et la modification/cessation de l'engagement individuel de pension doivent donc être lues dans cette perspective.

Lorsqu'il est mis fin au paiement des primes dans les divers scénarios décrits plus haut et que l'assureur n'intervient pas davantage dans le paiement des primes dans le cadre de la couverture 'exonération de primes en cas d'incapacité de travail', l'affilié peut, sous les conditions et selon les modalités à convenir avec l'assureur, poursuivre totalement ou partiellement à titre personnel les couvertures jusqu'au terme au plus tard et ce, dans l'éventail des produits qu'offre l'assureur en assurances individuelles. Si, dans le cadre d'une couverture de risque, une assurance individuelle est ainsi conclue dans un délai d'un mois après que la couverture concernée ait pris fin et si le montant de cette couverture de risque 'poursuivie' à titre personnel n'excède pas le dernier montant assuré dans le cadre de l'engagement individuel de pension, l'assureur n'applique pas de conditions d'acceptation médicale pour ce risque.

4.13.5 Rachat des réserves

4.13.5.1 Versement de la valeur de rachat à l'affilié

Le preneur d'assurance cède à l'affilié le droit de rachat total ou partiel des réserves du contrat d'entreprise et du contrat personnel sous forme de versement de la valeur de rachat.

Sans préjudice de l'application d'éventuelles restrictions (légal(e)s) supplémentaires en la matière, l'affilié, travaillant sous statut de travailleur salarié, ne peut cependant exercer ce droit que:

- soit en cas de départ (voir également plus loin);
- soit à partir de son 60^{ème} anniversaire.

Si l'affilié travaille sous statut d'indépendant, il peut exercer ce droit à tout moment.

Le rachat avant le départ de l'affilié (voir plus haut) ne peut, sauf accord du preneur d'assurance, porter que sur les seules réserves de pension. Si, en cas de rachat total des réserves de pension du contrat d'entreprise et du contrat personnel, le paiement des primes pour l'engagement individuel de pension est

poursuivi parce que l'affilié a toujours la qualité mentionnée dans les Conditions Particulières, la couverture 'capital-décès' est diminuée du montant des réserves rachetées. Le montant assuré de cette couverture peut cependant être maintenu si les critères d'acceptation médicale que l'assureur applique en la matière sont remplis et si ce dernier marque son accord écrit.

4.13.5.2 Versement de la valeur de rachat à un tiers

Lorsque le droit de rachat est cédé à un tiers dans le cadre de l'affectation de l'engagement individuel de pension au financement de biens immobiliers (voir plus haut), les modalités en sont fixées dans l'acte d'avance ou dans l'avenant de mise en gage.

4.13.5.3 Rachat par le preneur d'assurance

Dans le respect des dispositions légales y afférentes et sans préjudice des éventuelles restrictions qui découlent de la présence de réserves bloquées (voir plus haut), le preneur d'assurance peut racheter les réserves du contrat d'entreprise et du contrat personnel (dans leur intégralité) au profit de l'affilié dans le but de transférer ces réserves vers un autre organisme de pension agréé. L'indemnité de rachat ne peut être directement ou indirectement mise à charge (des réserves acquises) de l'affilié.

4.14 Réserves transférées

Il se peut que l'affilié souhaite transférer vers l'assureur des réserves acquises provenant d'un plan de prévoyance dont il bénéficiait en raison d'une activité professionnelle antérieure auprès d'une autre entreprise. Ces réserves transférées sont gérées sous forme de contrats transférés (voir plus loin), le cas échéant conjoints avec le contrat d'entreprise et le contrat personnel (voir plus haut).

4.15 Législation applicable et dispositions fiscales

L'engagement individuel de pension est régi par les dispositions légales et réglementaires qui s'appliquent en Belgique aux assurances-vie et aux assurances complémentaires en général et aux engagements individuels de pension en particulier. Si le preneur d'assurance est établi en dehors de la Belgique, les parties optent expressément, si la loi l'autorise ainsi, pour l'application du droit belge.

Sauf avis contraire de la part du preneur d'assurance, l'assureur considère que la législation sociale belge s'applique à l'affilié, s'il travaille sous statut de travailleur salarié. L'application de cette législation implique entre autres que le preneur d'assurance peut être tenu d'apurer des insuffisances de réserves éventuelles en cas de départ de l'affilié ou en cas de cessation de l'engagement individuel de pension. Le cas échéant, le preneur d'assurance y est invité par l'assureur.

L'assureur considère toujours que le preneur d'assurance a, lors de l'instauration, de l'application, de l'exécution, de la modification ou de la cessation de l'engagement individuel de pension, respecté toutes les conditions, formalités et procédures légales y afférentes dans ses rapports avec l'affilié et les tiers. De manière plus générale, l'assureur peut se faire indemniser par le preneur d'assurance de toute forme de dommage et de tous les frais qu'il encourt pour cause de non-respect de la législation applicable par le preneur d'assurance.

Pour l'application des limitations fiscales en matière d'octroi d'avantages fiscaux sur les primes d'entreprise et les primes personnelles en fonction du montant du capital-pension, il est tenu compte de toutes les années de service prestées (et y assimilées) par l'affilié auprès du preneur d'assurance et de son (ses) prédécesseur(s) en droit éventuel(s), le cas échéant majorées du nombre maximal admis sur le plan fiscal d'années non prestées (et y assimilées) dans l'entreprise.

4.16 Bonne foi et équité

Le preneur d'assurance règle - dans le respect de la législation éventuellement applicable - les questions qui se posent dans ses rapports avec l'affilié et qui ne sont pas explicitement traitées par la Convention de Pension ou qui seraient sujettes à interprétation. Si l'assureur est une partie intéressée dans ce cadre, cela se passe toujours en concertation avec lui. Le règlement de questions de ce type doit toujours intervenir dans les limites et dans le respect de la bonne foi, de l'équité, du raisonnable et de l'esprit de la Convention de Pension.

5. FONCTIONNEMENT DES CONTRATS TRANSFERES ET NON-TRANSFERES

5.1 Contexte

Le point 5 s'applique:

- au contrat d'entreprise transféré assurance de groupe;
- au contrat d'entreprise transféré engagement individuel de pension;
- au contrat personnel transféré assurance de groupe;
- au contrat personnel transféré engagement individuel de pension;
- au contrat d'entreprise non-transféré assurance de groupe;
- au contrat d'entreprise non-transféré engagement individuel de pension;
- au contrat personnel non-transféré assurance de groupe;
- au contrat personnel non-transféré engagement individuel de pension.

Le(s) contrat(s) transféré(s) est (sont) le(s) contrat(s) dont les réserves sont acquises par l'affilié du chef d'une activité professionnelle antérieure auprès d'une autre entreprise, dans le cadre d'un plan de prévoyance dont il y bénéficiait et qu'il a décidé de transférer vers l'assureur. Ces contrats sont subdivisés selon leur origine (assurance de groupe ou engagement individuel de pension; contrat d'entreprise ou contrat personnel selon que les réserves concernées ont été constituées par des primes ou cotisations à charge de l'ancienne entreprise ou à charge de l'affilié). Les dispositions relatives aux contrats transférés valent, dans le chef des affiliés au statut social de travailleur salarié, comme 'structure d'accueil' au sens de la législation sociale relative aux pensions complémentaires.

Le(s) contrat(s) non-transféré(s) est (sont) le(s) contrat(s) de l'assurance de groupe et/ou de l'engagement individuel de pension conclu avec l'assureur, pour le(s)quel(s) le paiement des primes a pris fin suite au départ de l'affilié auprès du preneur d'assurance avant le terme normalement prévu et dont les réserves sont acquises par l'affilié (voir plus haut). Ces contrats sont également subdivisés selon leur origine (assurance de groupe ou engagement individuel de pension; contrat d'entreprise ou contrat personnel selon que les réserves concernées ont été constituées par des primes à charge du preneur d'assurance ou à charge de l'affilié). Les dispositions relatives aux contrats non-transférés valent, dans le chef des affiliés au statut social de travailleur salarié, comme 'structure d'accueil' au sens de la législation sociale relative aux pensions complémentaires et ce, dès la date de réception par l'assureur d'une demande écrite de l'affilié de transfert des réserves acquises vers cette structure d'accueil.

Les assurés des couvertures dans le cadre des contrats transférés et non-transférés sont:

- pour la couverture 'capital en cas de décès successif': l'affilié et l'autre assuré mentionné sur le Certificat Personnel;
- pour la couverture 'capital-décès additionnel' (appelé également 'capital partenaire'): le partenaire de l'affilié mentionné sur le Certificat Personnel;
- pour toutes les autres couvertures: l'affilié.

5.2 Contrats transférés

5.2.1 Entrée en vigueur/constitution de réserves de pension/modes de placement

Un contrat transféré entre en vigueur à la date du transfert, celle-ci étant la date valeur des réserves transférées sur le compte bancaire de l'assureur.

Les réserves transférées sont, après retenue d'éventuels frais (d'entrée) (sauf si une disposition impérative s'y opposait), affectées à la constitution de réserves de pension.

A défaut ou dans l'attente d'un autre choix de l'affilié, les réserves transférées sont investies dans le mode de placement 'Cash+' ou, si l'assureur n'offre plus ce mode de placement, dans un mode de placement similaire. Les choix de modes de placement alternatifs et leurs modifications ultérieures ne sont effectifs que lorsqu'ils ont été confirmés par l'assureur via le Certificat Personnel.

5.2.2 Couvertures

Sauf s'il en est convenu autrement, les contrats transférés ne sont pas conjoints (ni entre eux, ni avec d'autres contrats) et les réserves de pension sont affectées aux couvertures suivantes:

- capital-pension: versement des réserves de pension à l'affilié s'il est en vie au terme;
- capital-décès: versement des réserves de pension au(x) bénéficiaire(s) en cas de décès de l'affilié avant le terme.

Sauf s'il en est convenu autrement, le terme du (des) contrat(s) transféré(s) est le terme de l'assurance de groupe ou de l'engagement individuel de pension dont l'affilié bénéficie auprès de l'assureur. Si l'affilié y bénéficie tant d'une assurance de groupe que d'un engagement individuel de pension et si les termes sont différents, le terme de l'assurance de groupe est retenu comme terme du (des) contrat(s) transféré(s), sauf s'il en est convenu autrement.

Sauf écrit valable divergent émanant de l'affilié, le(s) bénéficiaire(s) du capital-décès dans le cadre du (des) contrat(s) transféré(s) est (sont) le(s) même(s) que le(s) bénéficiaire(s) du capital-décès dans le cadre de l'assurance de groupe ou de l'engagement individuel de pension dont l'affilié bénéficie auprès de l'assureur, tel(s) qu'il(s) est (sont) désigné(s) lors de l'affiliation de l'affilié à l'assurance de groupe ou à l'engagement individuel de pension. Si l'affilié bénéficie auprès de l'assureur tant d'une assurance de groupe que d'un engagement individuel de pension et si le(s) bénéficiaire(s) du capital-décès est (sont) différent(s), le(s) bénéficiaire(s) de l'assurance de groupe est (sont) retenu(s) comme bénéficiaire(s) du (des) contrat(s) transféré(s), sauf écrit valable divergent émanant de l'affilié.

Tout bénéficiaire peut accepter le bénéfice de la couverture 'capital-décès' dès avant son exigibilité, moyennant un avenant au Certificat Personnel signé par lui, l'affilié et l'assureur. L'acceptation du bénéfice a, sauf dans les cas où la législation autorise la révocation, pour effet que la révocation et la modification de la désignation bénéficiaire, le rachat, l'obtention d'une avance, la mise en gage et la cession des droits requièrent l'accord écrit du bénéficiaire acceptant. Cet accord est également requis pour toute modification qui entraîne une diminution du capital-décès.

5.3 Contrats non-transférés

Dès la date de cessation de paiement des primes suite au départ de l'affilié avant le terme normalement prévu dans le cadre de l'assurance de groupe ou de l'engagement individuel de pension (voir plus haut), la gestion des contrats concernés se poursuit de manière standard sous forme de contrats non-transférés 'sans modification de l'engagement de pension'. Ceci implique les éléments suivants.

- Il n'est porté en compte aucun frais et aucune indemnité à l'occasion de la transformation en contrat non-transféré.
- Les contrats d'entreprise et les contrats personnels non-transférés provenant respectivement de l'assurance de groupe et de l'engagement individuel de pension restent conjoints, le cas échéant également avec d'autres contrats avec lesquels ils étaient déjà conjoints avant leur gestion sous forme de contrats non-transférés (voir également plus haut).
- Sans préjudice des éventuelles restrictions qui découlent de la présence de réserves bloquées (voir plus haut), les primes de risque nécessaires au maintien de la couverture 'capital-décès' et des autres couvertures de risque en cas de décès autres que la couverture 'capital-décès par accident' dans leur dernière situation assurée dans le cadre respectif de l'assurance de groupe et de l'engagement individuel de pension (montant nominal (minimal) éventuellement indexé et période de couverture, le cas échéant encore adaptées ultérieurement en fonction de la situation familiale, mais sans adaptations ultérieures en fonction de la rémunération, etc.), continuent d'être soustraites des réserves de risque et de pension (libres) concernées du (des) contrat(s) (conjoints) jusqu'à épuisement respectif de celles-ci. Après épuisement des réserves (libres) concernées, il est mis fin aux couvertures de risque concernées. Il est automatiquement mis fin à la couverture 'capital-décès par accident' et aux couvertures de risque en cas d'incapacité de travail. Cependant, dans la mesure où l'affilié bénéficie d'une attribution dans le cadre de la couverture 'exonération de primes en cas d'incapacité de travail' provenant respectivement de l'assurance de groupe et de l'engagement individuel de pension, cette attribution est, à défaut d'autre choix autorisé, affectée par priorité au maintien du financement des couvertures de risque et à la poursuite de l'alimentation des réserves de risque en vue du maintien des couvertures de risque concernées dans leur dernière situation assurée dans le cadre respectif de l'assurance de groupe et de l'engagement individuel de pension (montant nominal (minimal) éventuellement indexé, périodes de couverture et de paiement, délai de carence, etc., le cas échéant encore adaptées ultérieurement en fonction de la situation familiale, mais sans adaptations ultérieures en fonction de la rémunération, etc.). Des modifications de la situation familiale qui donnent lieu à une adaptation d'une couverture (de risque) sont communiquées directement par écrit par l'affilié à l'assureur.

- Les bénéficiaires des couvertures qui sont maintenues demeurent inchangés.
- Les réserves (résiduelles) sont versées à l'affilié comme capital-pension s'il est en vie au terme (inchangé).
- Le(s) mode(s) de placement demeure(nt) inchangé(s). Toutefois, en ce qui concerne le(s) contrat(s) non-transféré(s) constitué(s) sous statut de travailleur salarié, toutes les réserves investies dans un ou plusieurs modes de placement de la branche 23 (voir les Règlements de Gestion) sont transférées automatiquement et sans frais vers le mode placement 'Cash+' (changement de mode de placement) ou, si l'assureur n'offre plus ce mode de placement, dans un mode de placement similaire.
- La structure des frais et des tarifs demeure inchangée.

L'apurement par le preneur d'assurance de l'assurance de groupe et/ou de l'engagement individuel de pension d'une insuffisance de réserves éventuelle au regard de la garantie de rendement minimale fixée dans la législation sociale, est affecté à la constitution de réserves de pension au sein du (des) contrat(s) d'entreprise non-transféré(s) provenant respectivement de l'assurance de groupe et de l'engagement individuel de pension pour le(s)quel(s) cette insuffisance a été constatée. Cet apurement est investi dans le mode placement 'Cash+' ou, si l'assureur n'offre plus ce mode de placement, dans un mode de placement similaire.

Les dispositions concernant les bénéficiaires dans le cadre respectif de l'assurance de groupe et de l'engagement individuel de pension (voir plus haut) restent applicables aux contrats non-transférés, si ce n'est que la modification de l'ordre de priorité des bénéficiaires ne requiert plus l'accord du preneur d'assurance respectif de l'assurance de groupe et de l'engagement individuel de pension et que la demande n'est plus introduite par l'intermédiaire de ce dernier. De même, la signature de l'éventuel avenant d'acceptation de la désignation bénéficiaire par le preneur d'assurance respectif de l'assurance de groupe et de l'engagement individuel de pension n'est plus requise.

Sans préjudice des éventuelles restrictions qui découlent de la présence de réserves bloquées (voir plus haut), l'affilié a la possibilité de faire modifier les couvertures (de risque) (sous réserve des critères d'acceptation de l'assureur et dans les limites des réserves (libres) concernées) et/ou de choisir d'autres modes de placement qu'offre l'assureur. Les éventuelles restrictions (minima, maxima, ...) qui figurent dans les Conditions Particulières respectives de l'assurance de groupe et de l'engagement individuel de pension concernant les règles de placement ainsi que le montant et les paramètres des couvertures (de risque), ne s'appliquent plus aux contrats non-transférés. L'assureur peut toutefois, en ce qui concerne le(s) contrat(s) non-transféré(s) constitué(s) sous statut de travailleur salarié, refuser toute demande de l'affilié de modification des couvertures (de risque) et/ou des modes de placement si l'affilié n'a pas préalablement ou simultanément introduit une demande écrite auprès de l'assureur de transférer ses réserves acquises vers la 'structure d'accueil' au sens de la législation sociale relative aux pensions complémentaires.

5.4 Epuisement des réserves

Si, quelle qu'en soit la raison, l'assureur constate que les réserves (libres) sont devenues insuffisantes pour continuer de soustraire les primes de risque nécessaires à la (aux) couverture(s) de risque concernée(s), il est mis prématurément fin à cette (ces) couverture(s).

5.5 Transfert vers un autre organisme de pension

Sans préjudice des éventuelles restrictions qui découlent de la présence de réserves bloquées (voir plus haut), l'affilié qui a été affilié respectivement à l'assurance de groupe ou à l'engagement individuel de pension sous statut de travailleur salarié peut, après son départ qui a donné lieu à la gestion poursuivie du (des) contrat(s) d'entreprise et du (des) contrat(s) personnel(s) sous forme de contrat(s) non-transféré(s), racheter les réserves de ce(s) contrat(s) non-transféré(s) ainsi que celles du (des) contrat(s) transféré(s) constituée(s) sous statut de travailleur salarié, selon la législation applicable et sans indemnité de rachat, sous forme de transfert vers soit l'organisme de pension de son nouvel employeur où il bénéficie également d'un engagement de pension, soit une caisse dite 'commune'.

Sans préjudice des éventuelles restrictions qui découlent de la présence de réserves bloquées (voir plus haut), l'affilié qui a été affilié respectivement à l'assurance de groupe ou à l'engagement individuel de pension sous statut d'indépendant peut, après son départ qui a donné lieu à la gestion poursuivie du (des) contrat(s) d'entreprise et du (des) contrat(s) personnel(s) sous forme de contrat(s) non-transféré(s), racheter les réserves de ce(s) contrat(s) non-transféré(s) ainsi que celles du (des) contrat(s) transféré(s) constituée(s) sous statut d'indépendant, sous forme de transfert vers un autre organisme de pension et ce, sous les conditions à convenir avec l'assureur.

Lors de son départ, l'affilié est informé par écrit des diverses possibilités de choix qui s'offrent à lui, de la procédure à suivre et des délais éventuels à respecter pour formuler son choix. L'affilié informe directement l'assureur de son choix par écrit.

5.6 Versement de la valeur de rachat

Sauf disposition impérative contraire, l'affilié peut opérer le rachat total ou partiel des réserves du (des) contrat(s) transféré(s) et/ou non-transféré(s) sous forme de versement de la valeur de rachat.

Lorsque le droit de rachat est cédé à un tiers dans le cadre de l'affectation du (des) contrat(s) concerné(s) au financement de biens immobiliers (voir plus loin), les modalités en sont fixées dans l'acte d'avance ou dans l'avenant de mise en gage.

5.7 Financement de biens immobiliers

Conformément à la législation fiscale belge en la matière, l'affilié peut faire affecter le(s) contrat(s) transféré(s) et/ou non-transféré(s) en garantie du financement de biens immobiliers. Cette législation dispose plus précisément qu'une avance et/ou une mise en gage (y compris une cession de droits à un tiers) ne peut(vent) être consentie(s) que pour permettre à l'affilié d'acquérir, de construire, d'améliorer, de réparer ou de transformer des biens immobiliers situés en Belgique (sauf si la législation fiscale autorisait un espace géographique plus étendu) qui génèrent des revenus imposables. En outre, les avances et les emprunts doivent être remboursés dès que les biens précités quittent le patrimoine de l'affilié.

L'affilié peut obtenir les conditions, les limitations et les modalités y relatives auprès de l'assureur. L'attention est attirée sur le fait que l'affectation du (des) contrat(s) transféré(s) et/ou non-transféré(s) au financement de biens immobiliers peut impliquer que les réserves du (des) contrat(s) concerné(s) ne peuvent être transférées et/ou rachetées par l'affilié (voir plus haut) et que la possibilité pour l'affilié de faire modifier les couvertures de risque et les modes de placement s'en trouvent limitées, voire même que l'assureur modifie ces couvertures de risque et des modes de placement (voir également plus haut).

5.8 Liquidation en rente viagère

Le capital-pension, le versement de la valeur de rachat qui revient à l'affilié à partir de son 60^{ème} anniversaire ou à partir de sa mise à la retraite ou à la prépension antérieure, ainsi que les capitaux des différés-rentes couvertures (de risque) en cas de décès peuvent, après imputation des éventuel(le)s retenues légales, frais, indemnités et autres sommes qui seraient encore du(e)s à l'assureur ou à des tiers (comme un créancier gagiste), être convertis en une rente viagère sur demande écrite du (des) bénéficiaire(s), mais uniquement si le montant annuel de la rente initiale pour le bénéficiaire concerné excède le seuil fixé par la loi. A défaut de seuil légal, le seuil tel que fixé dans la législation relative aux pensions complémentaires pour les affiliés au statut de travailleur salarié s'applique.

Sans préjudice de l'application de dispositions (légal)es impératives en la matière, le montant de la rente est fixé sur la base des tarifs que l'assureur applique en la matière à la date à laquelle la rente prend cours, en tenant compte d'une indexation annuelle de 2% par progression géométrique et, en ce qui concerne le capital-pension ou le versement de la valeur de rachat qui revient à l'affilié, d'une réversibilité de cette rente. La réversibilité indique que lors du décès de l'affilié après la date à laquelle la rente a pris cours, son paiement se poursuit à titre viager à concurrence de 80% en faveur du partenaire de l'affilié défini dans les Conditions Particulières (qui était déjà son partenaire à la date à laquelle la rente initiale a pris cours). Est considéré comme partenaire:

- pour les contrats non-transférés: le partenaire défini dans les Conditions Particulières respectives de l'assurance de groupe et de l'engagement individuel de pension dont proviennent les contrats non-transférés;
- pour les contrats transférés: la personne avec qui l'affilié est marié et non séparé de corps et de biens ou, à défaut, la personne avec qui l'affilié 'cohabite légalement' selon les articles 1475 et suivants du code civil ou selon une législation étrangère similaire.

L'assureur verse les rentes viagères, après imputation des éventuelles retenues légales et ce, après réception de tous les documents sollicités par lui et d'une quittance de liquidation dûment complétée et signée par le bénéficiaire (et par l'éventuel bénéficiaire de la réversibilité).

En cas de demande de conversion d'un capital en rente viagère comme indiqué ci-dessus, l'assureur a toutefois le droit de transférer ce capital à un autre organisme de pension qui prend à sa charge toute

obligation concernant (le versement de) la rente et ce, dans le respect des éventuelles dispositions légales (impératives) en la matière. En cas d'un tel transfert, l'assureur est délié de toute obligation afférente à la rente et à son versement.

5.9 Certificat personnel

L'assureur établit lors de l'entrée en vigueur du (des) contrat(s) transféré(s) et/ou non-transféré(s) et ensuite au moins annuellement un Certificat Personnel qu'il remet à l'affilié, sauf s'il est bénéficiaire de rente. En cas de jonction avec une assurance de groupe et/ou un engagement individuel de pension (voir plus haut), les données du (des) contrat(s) transféré(s) sont cependant intégrées dans le Certificat Personnel de cette assurance de groupe et/ou de cet engagement individuel de pension qui est remis à l'affilié par l'intermédiaire du preneur d'assurance de l'assurance de groupe et/ou de l'engagement individuel de pension. L'affilié est supposé marquer intégralement son accord sur le contenu de son Certificat Personnel et de ses versions ultérieures, sauf s'il a communiqué par écrit ses remarques à l'assureur dans les 30 jours après que l'assureur l'ait délivré. Le dernier Certificat Personnel délivré remplace toujours le précédent.

5.10 Législation applicable

Les contrats transférés et non-transférés sont régis par les dispositions légales et réglementaires qui s'appliquent en Belgique aux assurances-vie et aux assurances complémentaires en général et aux contrats transférés et non-transférés (y compris la 'structure d'accueil') en particulier.

6. FONCTIONNEMENT DE LA CONTINUATION A TITRE INDIVIDUEL

6.1 Continuation à titre individuel

Le point 6 s'applique au contrat 'continuation à titre individuel' au sens de l'article 33 de la loi du 28 avril 2003 relative aux pensions complémentaires et des dispositions fiscales y afférentes, dont l'affilié, qui en est également le preneur d'assurance, a le statut social de travailleur salarié. Par le paiement des primes, qui s'effectue par l'employeur de l'affilié et dont l'employeur retient le montant (y compris les éventuelles taxes y afférentes) sur la rémunération de l'affilié, l'affilié et son employeur confirment que toutes les conditions légales pour bénéficier du régime de la 'continuation à titre individuel' sont remplies lors de chaque paiement de prime.

Les assurés des couvertures sont:

- pour la couverture 'capital en cas de décès successif': l'affilié et l'autre assuré mentionné sur le Certificat Personnel;
- pour la couverture 'capital-décès additionnel' (appelé également 'capital partenaire'): le partenaire de l'affilié mentionné sur le Certificat Personnel;
- pour toutes les autres couvertures: l'affilié.

6.2 Entrée en vigueur et paiement des primes

Le contrat entre en vigueur à la date convenue, mais au plus tôt à la date de paiement de la (première) prime, celle-ci étant la date valeur de cette prime sur le compte bancaire de l'assureur. Si, cependant, le (premier) paiement de prime n'intervient pas au plus tard à la date indiquée sur le Certificat Personnel que l'assureur remet à l'affilié après réception du formulaire de souscription ou si le montant de la prime versée est inférieur au montant mentionné sur le formulaire de souscription, l'assureur peut considérer le contrat comme inexistant et le classer sans suite. Dans ce cas, l'assureur rembourse la prime versée.

Le paiement des primes se fait directement sur le compte bancaire indiqué par l'assureur avec mention des références communiquées et ce, sur la base de factures émises par l'assureur ou par domiciliation, selon ce qui est prévu. L'assureur peut refuser tout autre mode de paiement. Le paiement des primes à un intermédiaire n'a pas d'effet libératoire vis-à-vis de l'assureur.

Le paiement des primes n'est, dans la relation entre l'affilié (via son employeur) et l'assureur, pas obligatoire, sauf si l'affilié s'y est obligé par un autre engagement que le contrat. Le régime de la continuation à titre individuel présente toutefois la caractéristique que si et tant que les conditions légales concernées sont remplies, l'affilié peut exiger de son employeur que ce dernier retienne les montants de primes convenus (dans les limites légales) sur sa rémunération et les verse à l'assureur (voir plus haut). A cette fin, l'affilié transmet toute facture de primes à son employeur.

6.3 Droits de l'affilié

Sans préjudice de l'application de restrictions légales et conventionnelles, comme celles qui découlent de la présence de réserves bloquées (voir plus haut), l'affilié peut:

- désigner, révoquer et modifier le(s) bénéficiaire(s) des prestations d'assurance;
- faire opérer un changement de règles ou de mode de placement;
- résilier le contrat ou opérer le rachat total ou partiel des réserves sous forme de versement de la valeur de rachat;
- obtenir une avance sur les prestations assurées, dans les limites décrites ci-dessous;
- mettre les droits découlant du contrat en gage ou les céder à un tiers, dans les limites décrites ci-dessous.

Conformément à la législation fiscale belge en la matière, l'affilié peut faire affecter le contrat en garantie du financement de biens immobiliers. Cette législation dispose plus précisément qu'une avance et/ou une mise en gage (y compris une cession de droits à un tiers) ne peu(ven)t être consentie(s) que pour permettre à l'affilié d'acquérir, de construire, d'améliorer, de réparer ou de transformer des biens immobiliers situés en Belgique (sauf si la législation fiscale autorisait un espace géographique plus étendu) qui génèrent des revenus imposables. En outre, les avances et les emprunts doivent être remboursés dès que

les biens précités quittent le patrimoine de l'affilié. L'affilié peut obtenir les conditions, les limitations et les modalités y relatives auprès de l'assureur. L'attention est attirée sur le fait que l'affectation du contrat au financement de biens immobiliers peut impliquer que les réserves du contrat ne peuvent être rachetées par l'affilié (voir plus haut) et que la possibilité pour l'affilié de faire modifier les couvertures de risque et les modes de placement s'en trouvent limitées, voire même que l'assureur modifie des couvertures de risque et des modes de placement (voir également plus haut). Lorsque le droit de rachat est cédé à un tiers dans le cadre de l'affectation du contrat au financement de biens immobiliers, les modalités en sont fixées dans l'acte d'avance ou dans l'avenant de mise en gage.

6.4 Acceptation de la désignation bénéficiaire

Tout bénéficiaire peut accepter le bénéfice des couvertures dès avant leur exigibilité, moyennant un avenant au Certificat Personnel signé par lui, l'affilié et l'assureur.

L'acceptation du bénéfice a, sauf dans les cas où la législation autorise la révocation, pour effet que la résiliation, la révocation et la modification de la désignation bénéficiaire, le rachat, l'obtention d'une avance, la mise en gage et la cession des droits requièrent l'accord écrit du bénéficiaire acceptant. Cet accord est également requis pour toute modification qui entraîne une diminution des prestations d'assurance assurées au profit du bénéficiaire acceptant par des primes déjà payées.

6.5 Non-paiement des primes / épuisement des réserves

En cas de non-paiement des primes prévues, l'affilié est averti (des conséquences) du non-paiement par une lettre ordinaire au plus tard 3 mois après la première échéance impayée.

A défaut d'autre choix autorisé de l'affilié et confirmé par écrit par l'assureur et sans préjudice d'éventuelles restrictions qui découlent de la présence de réserves bloquées (voir plus haut), les primes de risque nécessaires au maintien de la couverture 'capital-décès' et des autres couvertures de risque en cas de décès autres que la couverture 'capital-décès par accident' dans leur dernière situation assurée (montant nominal (minimal) éventuellement indexé et période de couverture), continuent, dès la première échéance impayée, d'être soustraites des réserves de risque et de pension (libres) concernées du (des) contrat(s) (conjoint(s)) jusqu'à épuisement respectif de celles-ci. Après épuisement des réserves (libres) concernées, il est mis fin aux couvertures de risque concernées, mais au plus tôt 30 jours après que l'assureur en ait informé l'affilié par lettre recommandée. Il est mis fin à la couverture 'capital-décès par accident' et aux couvertures de risque en cas d'incapacité de travail 30 jours après que l'assureur en ait informé l'affilié par lettre recommandée.

Dans la mesure où l'affilié bénéficie d'une attribution dans le cadre de la couverture 'exonération de primes en cas d'incapacité de travail', cette attribution est, sauf s'il en est convenu autrement, affectée par priorité au maintien du financement des couvertures de risque et à la poursuite de l'alimentation des réserves de risque en vue du maintien des couvertures de risque concernées dans leur dernière situation assurée (montant nominal (minimal) éventuellement indexé, périodes de couverture et de paiement, délai de carence, etc.).

Si, quelle qu'en soit la raison, l'assureur constate que les réserves (libres) sont devenues insuffisantes pour continuer de soustraire les primes de risque nécessaires pour la (les) couverture(s) de risque concernée(s), il peut mettre fin prématurément à cette (ces) couverture(s). Cette cessation anticipée intervient cependant au plus tôt 30 jours après que l'assureur en ait informé l'affilié par lettre recommandée.

6.6 Certificat personnel

L'assureur établit un Certificat Personnel qu'il remet à l'affilié. En cas de jonction avec une assurance de groupe et/ou un engagement individuel de pension (voir plus haut), les données du contrat 'continuation à titre individuel' sont cependant intégrées dans le Certificat Personnel de cette assurance de groupe et/ou de cet engagement individuel de pension qui est remis par l'intermédiaire du preneur d'assurance de l'assurance de groupe et/ou de l'engagement individuel de pension à l'affilié (qui est également preneur d'assurance du contrat 'continuation à titre individuel'). L'affilié est supposé marquer intégralement son accord sur le contenu de son Certificat Personnel et de ses versions ultérieures, sauf s'il a communiqué par écrit ses remarques à l'assureur dans les 30 jours après que l'assureur l'ait délivré. Le dernier Certificat Personnel délivré remplace toujours le précédent.

6.7 Législation applicable

Le contrat est régi par les dispositions légales et réglementaires belges relatives aux assurances-vie individuelles et aux assurances complémentaires en général et, en ce qui concerne la (les) couverture(s) (de risque) en cas de décès et la couverture 'capital-pension' (sauf si des directives administratives en disposaient autrement), relatives au régime de la 'continuation à titre individuel' en particulier (les éventuelles autres couvertures ne relèvent pas de la législation susvisée relative à la 'continuation à titre individuel'). Si l'affilié est établi en dehors de la Belgique, les parties optent expressément, si la loi l'autorise ainsi, pour l'application du droit belge relatif aux assurances-vie individuelles et aux assurances complémentaires.

7. FONCTIONNEMENT DE LA PENSION COMPLÉMENTAIRE LIBRE DES INDEPENDANTS

7.1 Pension complémentaire libre des indépendants

Le point 7 s'applique au contrat 'pension complémentaire libre des indépendants' au sens de la section 4 de la loi-programme (I) du 24 décembre 2002 et des arrêtés d'exécution y afférents (appelé également contrat 'REWARD PRO'), dont l'affilié, qui en est également le preneur d'assurance, a le statut social d'indépendant.

Les assurés des couvertures sont:

- pour la couverture 'capital en cas de décès successif': l'affilié et l'autre assuré mentionné sur le Certificat Personnel;
- pour la couverture 'capital-décès additionnel' (appelé également 'capital partenaire'): le partenaire de l'affilié mentionné sur le Certificat Personnel;
- pour toutes les autres couvertures: l'affilié.

7.2 Entrée en vigueur et paiement des primes

Le contrat entre en vigueur à la date convenue, mais au plus tôt à la date de paiement de la (première) prime, celle-ci étant la date valeur de cette prime sur le compte bancaire de l'assureur. Si, cependant, le (premier) paiement de prime n'intervient pas au plus tard à la date indiquée sur le Certificat Personnel que l'assureur remet à l'affilié après réception du formulaire de souscription ou si le montant de la prime versée est inférieur au montant mentionné sur le formulaire de souscription, l'assureur peut considérer le contrat comme inexistant et le classer sans suite. Dans ce cas, l'assureur rembourse la prime versée.

Le paiement des primes se fait directement sur le compte bancaire indiqué par l'assureur avec mention des références communiquées et ce, sur la base de factures émises par l'assureur ou par domiciliation, selon ce qui est prévu. L'assureur peut refuser tout autre mode de paiement.

Le paiement des primes à un intermédiaire n'a pas d'effet libératoire vis-à-vis de l'assureur. Le paiement des primes n'est pas obligatoire, sauf si l'affilié s'y est obligé par un autre engagement que le contrat.

Par le paiement des primes, l'affilié confirme qu'il a accès au régime susvisé de la 'pension complémentaire libre des indépendants'. Le montant de primes annuel global pour les couvertures 'capital-décès', 'capital-décès par accident' et 'capital-pension' est exprimé dans le Certificat Personnel en un pourcentage du revenu professionnel communiqué par l'affilié, comme ce revenu est défini dans la législation susvisée, en tenant compte des limites qui y sont fixées. Le montant de primes annuel s'élève toujours au moins à 100,00 EUR. Dès qu'il en a connaissance, mais au plus tard dans le courant du mois de mars de chaque année, l'affilié communique par écrit à l'assureur le nouveau montant du revenu professionnel susvisé pour l'année en cours. A défaut de communication du nouveau revenu professionnel, l'assureur considère que le revenu professionnel a augmenté selon une méthode d'indexation raisonnable (indice des salaires, indice des prix à la consommation, ...) ou, si la prime pour l'année écoulée était égale à la prime maximale dans le régime de la 'pension complémentaire libre des indépendants', que le revenu professionnel pour l'année suivante est suffisant ou a suffisamment augmenté pour justifier la nouvelle prime maximale pour l'année concernée. L'affilié assume l'entière responsabilité de toutes les conséquences de la communication tardive, incomplète ou incorrecte des données nécessaires à l'assureur.

7.3 Droits de l'affilié

Sans préjudice de l'application de restrictions légales et conventionnelles, comme celles qui découlent de la présence de réserves bloquées (voir plus haut), l'affilié peut:

- désigner, révoquer et modifier le(s) bénéficiaire(s) des prestations d'assurance;
- faire opérer un changement de règles ou de mode de placement (lorsqu'un changement de règles ou de mode de placement porte sur un (des) mode(s) de placement de la branche 23 (voir les Règlements de Gestion), une telle opération requiert toutefois le consentement explicite de l'assureur);
- résilier le contrat ou opérer le rachat total ou partiel des réserves, sous forme soit de versement de la valeur de rachat à partir de l'âge de 60 ans ou à partir de la retraite antérieure, soit de transfert

des réserves vers une autre compagnie d'assurance ou un autre organisme de pension où il a conclu un contrat 'pension complémentaire libre des indépendants';

- obtenir une avance sur les prestations assurées, dans les limites décrites ci-dessous;
- mettre les droits découlant du contrat en gage ou les céder à un tiers, dans les limites décrites ci-dessous.

Conformément à la législation susvisée en la matière, l'affilié peut faire affecter le contrat en garantie du financement de biens immobiliers. Cette législation dispose plus précisément qu'une avance et/ou une mise en gage (y compris une cession de droits à un tiers) ne peut(ven)t être consentie(s) que pour permettre à l'affilié d'acquiescer, de construire, d'améliorer, de réparer ou de transformer des biens immobiliers situés en Union européenne qui génèrent des revenus imposables. En outre, les avances et les emprunts doivent être remboursés dès que les biens précités quittent le patrimoine de l'affilié. L'affilié peut obtenir les conditions, les limitations et les modalités y relatives auprès de l'assureur. L'attention est attirée sur le fait que l'affectation du contrat au financement de biens immobiliers peut impliquer que les réserves du contrat ne peuvent être rachetées par l'affilié (voir plus haut) et que la possibilité pour l'affilié de faire modifier les couvertures de risque et les modes de placement s'en trouvent limitées, voire même que l'assureur modifie des couvertures de risque et des modes de placement (voir également plus haut). Lorsque le droit de rachat est cédé à un tiers dans le cadre de l'affectation du contrat au financement de biens immobiliers, les modalités en sont fixées dans l'acte d'avance ou dans l'avenant de mise en gage.

7.4 Acceptation de la désignation bénéficiaire

Tout bénéficiaire peut accepter le bénéfice des couvertures dès avant leur exigibilité, moyennant un avenant au Certificat Personnel signé par lui, l'affilié et l'assureur.

L'acceptation du bénéfice a, sauf dans les cas où la législation autorise la révocation, pour effet que la résiliation, la révocation et la modification de la désignation bénéficiaire, le rachat, l'obtention d'une avance, la mise en gage et la cession des droits requièrent l'accord écrit du bénéficiaire acceptant. Cet accord est également requis pour toute modification qui entraîne une diminution des prestations d'assurance assurées au profit du bénéficiaire acceptant par des primes déjà payées.

7.5 Non-paiement des primes / épuisement des réserves

A défaut d'autre choix autorisé de l'affilié et confirmé par écrit par l'assureur et sans préjudice d'éventuelles restrictions qui découlent de la présence de réserves bloquées (voir plus haut), les primes de risque nécessaires au maintien de la couverture 'capital-décès' et des autres couvertures de risque en cas de décès autres que la couverture 'capital-décès par accident' dans leur dernière situation assurée (montant nominal (minimal) éventuellement indexé et période de couverture), continuent, dès la première échéance impayée, d'être soustraites des réserves de risque et de pension (libres) concernées du (des) contrat(s) (conjoint(s)) jusqu'à épuisement respectif de celles-ci. Après épuisement des réserves (libres) concernées, il est mis fin aux couvertures de risque concernées, mais au plus tôt 30 jours après que l'assureur en ait informé l'affilié par lettre recommandée. Il est mis fin à la couverture 'capital-décès par accident' et aux couvertures de risque en cas d'incapacité de travail 30 jours après que l'assureur en ait informé l'affilié par lettre recommandée.

Dans la mesure où l'affilié bénéficie d'une attribution dans le cadre de la couverture 'exonération de primes en cas d'incapacité de travail', cette attribution est, sauf s'il en est convenu autrement, affectée par priorité au maintien du financement des couvertures de risque et à la poursuite de l'alimentation des réserves de risque en vue du maintien des couvertures de risque concernées dans leur dernière situation assurée (montant nominal (minimal) éventuellement indexé, périodes de couverture et de paiement, délai de carence, etc.).

Si, quelle qu'en soit la raison, l'assureur constate que les réserves (libres) sont devenues insuffisantes pour continuer de soustraire les primes de risque nécessaires pour la (les) couverture(s) de risque concernée(s), il peut mettre fin prématurément à cette (ces) couverture(s). Cette cessation anticipée intervient cependant au plus tôt 30 jours après que l'assureur en ait informé l'affilié par lettre recommandée.

7.6 Liquidation en rente viagère

Le capital-pension, le versement de la valeur de rachat qui revient à l'affilié à partir de son 60^{ème} anniversaire ou à partir de sa mise à la retraite antérieure, ainsi que le capital-décès et le capital-décès par accident peuvent, après imputation des éventuel(le)s retenues légales, frais, indemnités et autres sommes qui seraient encore du(e)s à l'assureur ou à des tiers (comme un créancier gagiste), être convertis en une

rente viagère sur demande écrite du (des) bénéficiaire(s), mais uniquement si le montant annuel de la rente initiale pour le bénéficiaire concerné excède le seuil fixé par la loi.

Sans préjudice de l'application de dispositions (légal) impératives en la matière, le montant de la rente est fixé sur la base des tarifs que l'assureur applique en la matière à la date à laquelle la rente prend cours, en tenant compte d'une indexation annuelle de 2% par progression géométrique et, en ce qui concerne le capital-pension ou le versement de la valeur de rachat qui revient à l'affilié, d'une réversibilité de cette rente. La réversibilité indique que lors du décès de l'affilié après la date à laquelle la rente a pris cours, son paiement se poursuit à titre viager à concurrence de 80% en faveur du partenaire de l'affilié défini dans les Conditions Particulières (qui était déjà son partenaire à la date à laquelle la rente initiale a pris cours). Est considérée comme partenaire, la personne avec qui l'affilié est marié et non séparé de corps et de biens ou, à défaut, la personne avec qui l'affilié 'cohabite légalement' selon les articles 1475 et suivants du code civil ou selon une législation étrangère similaire.

L'assureur verse les rentes viagères, après imputation des éventuelles retenues légales et ce, après réception de tous les documents sollicités par lui et d'une quittance de liquidation dûment complétée et signée par le bénéficiaire (et par l'éventuel bénéficiaire de la réversibilité).

En cas de demande de conversion d'un capital en rente viagère comme indiqué ci-dessus, l'assureur a toutefois le droit de transférer ce capital à un autre organisme de pension qui prend à sa charge toute obligation concernant (le versement de) la rente et ce, dans le respect des éventuelles dispositions légales (impératives) en la matière. En cas d'un tel transfert, l'assureur est délié de toute obligation afférente à la rente et à son versement.

7.7 Certificat personnel

L'assureur établit lors de l'entrée en vigueur du contrat 'pension complémentaire libre des indépendants' et ensuite au moins annuellement un Certificat Personnel qu'il remet à l'affilié, sauf s'il est bénéficiaire de rente. En cas de jonction avec une assurance de groupe et/ou un engagement individuel de pension (voir plus haut), les données du contrat 'pension complémentaire libre des indépendants' sont cependant intégrées dans le Certificat Personnel de cette assurance de groupe et/ou de cet engagement individuel de pension qui est remis par l'intermédiaire du preneur d'assurance de l'assurance de groupe et/ou de l'engagement individuel de pension à l'affilié (qui est également preneur d'assurance du contrat 'pension complémentaire libre des indépendants'). L'affilié est supposé marquer intégralement son accord sur le contenu de son Certificat Personnel et de ses versions ultérieures, sauf s'il a communiqué par écrit ses remarques à l'assureur dans les 30 jours après que l'assureur l'ait délivré. Le dernier Certificat Personnel délivré remplace toujours le précédent.

7.8 Législation applicable

Le contrat est régi par les dispositions légales et réglementaires belges relatives aux assurances-vie individuelles et aux assurances complémentaires en général et, en ce qui concerne les couvertures 'capital-décès', 'capital-décès par accident' et 'capital-pension', relatives au régime de la 'pension complémentaire libre des indépendants' en particulier (les éventuelles autres couvertures ne relèvent pas de la législation susvisée relative à la 'pension complémentaire libre des indépendants'). Si l'affilié est établi en dehors de la Belgique, les parties optent expressément, si la loi l'autorise ainsi, pour l'application du droit belge relatif aux assurances-vie individuelles et aux assurances complémentaires.

8. FONCTIONNEMENT DE L'ASSURANCE INDIVIDUELLE

8.1 Assurance individuelle

Le point 8 s'applique:

- au contrat assurance individuelle sans réduction d'impôts;
- au contrat assurance individuelle avec régime fiscal 'classique' (art. 145¹, 2° CIR 92);
- au contrat assurance individuelle avec régime fiscal épargne-pension (art. 145¹, 5° CIR 92).

Les assurés des couvertures sont:

- pour la couverture 'capital en cas de décès successif': le preneur d'assurance et l'autre assuré mentionné sur le Certificat Personnel;
- pour la couverture 'capital-décès additionnel': l'assuré mentionné sur le Certificat Personnel, autre que le preneur d'assurance;
- pour toutes les autres couvertures: le preneur d'assurance.

8.2 Entrée en vigueur et paiement des primes

Le contrat entre en vigueur à la date convenue, mais au plus tôt à la date de paiement de la (première) prime, celle-ci étant la date valeur de cette prime sur le compte bancaire de l'assureur. Si, cependant, le (premier) paiement de prime n'intervient pas au plus tard à la date indiquée sur le Certificat Personnel que l'assureur remet au preneur d'assurance après réception du formulaire de souscription ou si le montant de la prime versée est inférieur au montant mentionné sur le formulaire de souscription, l'assureur peut considérer le contrat comme inexistant et le classer sans suite. Dans ce cas, l'assureur rembourse la prime versée.

Le paiement des primes se fait directement sur le compte bancaire indiqué par l'assureur avec mention des références communiquées et ce, sur la base de factures émises par l'assureur ou par domiciliation, selon ce qui est prévu. L'assureur peut refuser tout autre mode de paiement. Le paiement des primes à un intermédiaire n'a pas d'effet libératoire vis-à-vis de l'assureur.

Sans préjudice de l'application de limitations fiscales dans le cadre du régime fiscal de l'épargne-pension, des primes complémentaires peuvent être versées sur le compte bancaire indiqué par l'assureur en sus de la (des) prime(s) convenue(s). Il peut cependant être prévu que les primes complémentaires ne sont acceptées par l'assureur que si elles représentent un montant minimal, ce qui implique que l'assureur peut refuser des paiements de prime d'un montant inférieur, auquel cas il rembourse la prime versée.

Le paiement des primes n'est pas obligatoire, sauf si le preneur d'assurance s'y est obligé par un autre engagement que le contrat.

8.3 Droits du preneur d'assurance

Sans préjudice de l'application de restrictions légales et conventionnelles, comme celles qui découlent de la présence de réserves bloquées (voir plus haut), le preneur d'assurance peut:

- désigner, révoquer et modifier le(s) bénéficiaire(s) des prestations d'assurance;
- faire opérer un changement de règles ou de mode de placement;
- résilier le contrat ou opérer le rachat total ou partiel des réserves sous forme de versement de la valeur de rachat;
- obtenir une avance sur les prestations assurées;
- mettre les droits découlant du contrat en gage ou les céder à un tiers.

8.4 Acceptation de la désignation bénéficiaire

Tout bénéficiaire peut accepter le bénéfice des couvertures dès avant leur exigibilité, moyennant un avenant au Certificat Personnel signé par lui, le preneur d'assurance et l'assureur.

L'acceptation du bénéfice a, sauf dans les cas où la législation autorise la révocation, pour effet que la résiliation, la révocation et la modification de la désignation bénéficiaire, le rachat, l'obtention d'une avance, la mise en gage et la cession des droits requièrent l'accord écrit du bénéficiaire acceptant. Cet accord est également requis pour toute modification qui entraîne une diminution des prestations d'assurance assurées au profit du bénéficiaire acceptant par des primes déjà payées.

8.5 Non-paiement des primes / épuisement des réserves

En cas de non-paiement des primes prévues, le preneur d'assurance est averti des conséquences du non-paiement par une lettre de rappel ordinaire.

A défaut d'autre choix autorisé de l'affilié et confirmé par écrit par l'assureur et sans préjudice d'éventuelles restrictions qui découlent de la présence de réserves bloquées (voir plus haut), les primes de risque nécessaires au maintien de la couverture 'capital-décès' et des autres couvertures de risque en cas de décès autres que la couverture 'capital-décès par accident' dans leur dernière situation assurée (montant nominal (minimal) éventuellement indexé et période de couverture), continuent, dès la première échéance impayée, d'être soustraites des réserves de risque et de pension (libres) concernées du (des) contrat(s) (conjoints) jusqu'à épuisement respectif de celles-ci. Après épuisement des réserves (libres) concernées, il est mis fin aux couvertures de risque concernées, mais au plus tôt 30 jours après que l'assureur en ait informé l'affilié par lettre recommandée. Il est mis fin à la couverture 'capital-décès par accident' et aux couvertures de risque en cas d'incapacité de travail 30 jours après que l'assureur en ait informé l'affilié par lettre recommandée.

Dans la mesure où l'affilié bénéficie d'une attribution dans le cadre de la couverture 'exonération de primes en cas d'incapacité de travail', cette attribution est, sauf s'il en est convenu autrement, affectée par priorité au maintien du financement des couvertures de risque et à la poursuite de l'alimentation des réserves de risque en vue du maintien des couvertures de risque concernées dans leur dernière situation assurée (montant nominal (minimal) éventuellement indexé, périodes de couverture et de paiement, délai de carence, etc.).

Si, quelle qu'en soit la raison, l'assureur constate que les réserves (libres) sont devenues insuffisantes pour continuer de soustraire les primes de risque nécessaires pour la (les) couverture(s) de risque concernée(s), il peut mettre fin prématurément à cette (ces) couverture(s). Cette cessation anticipée intervient cependant au plus tôt 30 jours après que l'assureur en ait informé le preneur d'assurance par lettre recommandée.

8.6 Certificat personnel

L'assureur établit un Certificat Personnel qu'il remet au preneur d'assurance. En cas de jonction avec une assurance de groupe et/ou un engagement individuel de pension (voir plus haut), les données du contrat 'assurance individuelle' sont cependant intégrées dans le Certificat Personnel de cette assurance de groupe et/ou de cet engagement individuel de pension qui est remis à l'affilié (qui est également preneur d'assurance du contrat 'assurance individuelle') par l'intermédiaire du preneur d'assurance de l'assurance de groupe et/ou de l'engagement individuel de pension. Le preneur d'assurance est supposé marquer intégralement son accord sur le contenu de son Certificat Personnel et de ses versions ultérieures, sauf s'il a communiqué par écrit ses remarques à l'assureur dans les 30 jours après que l'assureur l'ait délivré. Le dernier Certificat Personnel délivré remplace toujours le précédent.

8.7 Législation applicable

Le contrat est régi par les dispositions légales et réglementaires belges relatives aux assurances-vie individuelles et aux assurances complémentaires. Si le preneur d'assurance est établi en dehors de la Belgique, les parties optent expressément, si la loi l'autorise ainsi, pour l'application du droit belge.

9. DISPOSITIONS DIVERSES

9.1 Nature juridique des couvertures

La couverture 'capital-décès', le(s) contrat(s) (conjoint(s) concerné(s), ainsi que les éventuelles couvertures 'capital-décès additionnel' et 'capital en cas de décès successif' forment ensemble le contrat principal.

Toutes les autres couvertures de risque sont des assurances complémentaires au contrat principal. Ceci implique entre autres que:

- le preneur d'assurance - dans le cadre des contrats transférés et non-transférés, l'affilié - a, dans ses rapports avec l'assureur, le droit de mettre fin aux assurances complémentaires à tout moment et indépendamment du sort du contrat principal;
- en l'absence de dispositions spécifiques ou dérogatoires concernant les assurances complémentaires, les mêmes règles que celles du contrat principal s'y appliquent;
- la résiliation ou le rachat total du contrat principal entraîne de plein droit la résiliation ou le rachat des assurances complémentaires;
- la cessation de paiement des primes pour le contrat principal implique de plein droit la cessation de paiement des primes pour les assurances complémentaires.

9.2 Remise en vigueur

Lorsqu'il est mis fin au paiement des primes pour un contrat, le preneur d'assurance - dans le cadre des contrats transférés et non-transférés, l'affilié - peut en demander la remise en vigueur sur demande écrite dans les 3 ans. Ceci vaut également en cas de rachat total, si ce n'est que dans ce cas le délai est ramené à 3 mois et que les réserves rachetées doivent en outre être reversées (sans nouveaux frais d'entrée) à l'assureur. Cette remise en vigueur est considérée comme un nouveau contrat et l'assureur subordonne la remise en vigueur des couvertures de risque à ses critères d'acceptation (voir plus haut). La remise en vigueur prend effet à la date mentionnée sur le nouveau Certificat Personnel.

9.3 Versements

L'assureur peut subordonner tout paiement (y compris en cas de résiliation, de rachat et d'avance) à la présentation des documents qu'il juge nécessaires.

L'assureur verse les sommes dues, le cas échéant après application d'une correction financière (voir les Règlements de Gestion) et après imputation d'éventuel(le)s retenues légales, frais, indemnités et autres sommes qui seraient encore du(e)s à l'assureur ou à des tiers (comme un créancier gagiste), dans les 30 jours après réception des documents demandés et, si la demande en est faite, après réception d'une quittance de règlement dûment complétée et signée (voir également plus haut).

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

L'assureur ne bonifie pas d'intérêts pour un retard de paiement suite à une circonstance indépendante de sa volonté, comme lorsque les prestations ne sont pas réclamées, les documents sont incomplets ou ne sont pas en ordre, etc.

9.4 Correspondance et preuve

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

Tout avis et toute correspondance entre parties se fait valablement à la dernière adresse (de correspondance) qu'elles se sont mutuellement communiquée. L'envoi d'une lettre recommandée se prouve par la production du récépissé de la poste.

L'existence et le contenu de tout document et de toute correspondance se prouvent par la production de l'original ou, à défaut, de sa copie dans les dossiers de l'assureur.

9.5 Modification des conditions générales

Si l'assureur souhaite modifier les Conditions Générales, il propose par lettre recommandée au preneur d'assurance - dans le cadre des contrats transférés et non-transférés, à l'affilié - d'appliquer les Conditions Générales modifiées à partir d'une date déterminée. Si le preneur d'assurance - dans le cadre des contrats transférés et non-transférés, l'affilié - signale par écrit à l'assureur dans les 90 jours après cette proposition qu'il refuse cette modification, les anciennes Conditions Générales restent en vigueur.

9.6 Régime fiscal applicable

Le régime fiscal applicable est le suivant:

- en ce qui concerne les taxes sur primes, la législation belge et/ou la législation du pays de résidence du preneur d'assurance;
- en ce qui concerne l'attribution d'avantages fiscaux sur les primes, la législation du pays de résidence du preneur d'assurance et/ou, pour les assurances de groupe, les engagements individuels de pension et les contrats transférés et non-transférés, de l'affilié; dans certains cas, la législation du pays où des revenus imposables sont perçus s'applique;
- en ce qui concerne les prestations d'assurance, la législation belge et/ou la législation du pays de résidence du bénéficiaire;
- en ce qui concerne les droits de succession, la législation du pays de résidence du défunt et/ou du bénéficiaire.

Pour de plus amples renseignements concernant le régime fiscal applicable, les intéressés peuvent s'adresser à l'assureur. La responsabilité de l'assureur ne peut cependant aucunement être engagée si certains avantages fiscaux escomptés n'étaient ou ne pouvaient être obtenus ou si une pression (para)fiscale inattendue grevait les primes, les réserves, le rendement sur les réserves ou les versements.

Le preneur d'assurance et l'assureur se réservent le droit de limiter l'affectation des primes à la constitution de réserves de risque et de pension et/ou de limiter la soustraction ou la retenue de primes de risque si des limitations fiscales étaient transgressées.

9.7 Protection de la vie privée

Dans le cadre de la gestion et de l'exécution des contrats, l'assureur dispose d'un certain nombre de données personnelles relatives aux personnes concernées. Comme la loi le prescrit, les intéressés ont un droit de consultation et de correction de ces données personnelles. L'assureur garantit le traitement confidentiel de ces données et leur usage exclusif en vue de la gestion et l'exécution des assurances et à des fins commerciales ou promotionnelles propres. L'assureur peut également transmettre ces données à des tiers mandatés par lui qui se sont engagés vis-à-vis de lui à une même obligation de confidentialité.

9.8 Plaintes et litiges

Si un intéressé ayant une plainte relative à la gestion ou à l'exécution de l'assurance par l'assureur n'obtenait pas satisfaction, il peut s'adresser au médiateur de l'Union Professionnelle des Entreprises d'Assurances (Square de Meeûs 29, à 1000 Bruxelles) ou à la Commission bancaire, financière et des assurances (Avenue de Cortenbergh 61, à 1000 Bruxelles). L'intéressé conserve aussi la possibilité d'entamer une procédure judiciaire. Les litiges entre les parties relèvent de la compétence des tribunaux belges.

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