

1. DÉFINITIONS

Dans les présentes Conditions générales et le Certificat personnel, on entend par :

Assureur : Patronale Life SA – 33 Blvd. Bischoffsmeim – 1000 Bruxelles – tél : 02 340 60 06, fax : 02 513 27 38 – info@patronale-life.be – www.patronale-life.be – RPM 0475.402.641 – KBC 733-0172026-75 – Compagnie d'assurances belge agréée sous le code 1642 .

Contrat : l'assurance-placement comprenant les présentes Conditions générales, le(s) Règlement(s) de Gestion et le Certificat Personnel, qui doivent être lus ensemble et qui constituent un seul corpus

Preneur d'assurance : la personne qui conclut le contrat avec l'assureur ; s'il y a deux preneurs d'assurance, le terme "preneur d'assurance" porte, en fonction du contexte, sur l'ensemble des deux preneurs d'assurance ou sur chaque preneur d'assurance individuel

Assuré(s) : la/les personne(s) physique(s) sur la tête de laquelle/desquelles la/les couverture(s) prévue(s) par le contrat est/sont conclue(s)

Décès assuré : le décès de l'assuré ; si le contrat a une date finale, le décès de l'assuré avant cette date finale ; s'il y a deux assurés, "le décès de l'assuré" doit, en fonction de ce qui a été conclu, être lu comme, soit le décès d'un des deux assurés ("premier décès de deux"), soit celui des deux assurés ("dernier décès de deux")

Bénéficiaire(s) : la/les personne(s) à laquelle/auxquelles la prestation revient à la date finale ou lors du décès

Prime nette : Le montant reçu par la compagnie après déduction des frais éventuels et des taxes.

Type d'assurance : Classification des risques par Branche. Les types d'assurance de la réserve peuvent être :

- Branche 21 : Assurance-vie avec un intérêt garanti;
- La branche 23 concerne les assurances sur la vie liées à des fonds d'investissement.
- Branche 26 : les opérations de capitalisation basées sur une technique actuarielle comportant, en échange de versements uniques ou périodiques fixés à l'avance, des engagements déterminés quant à leur durée et à leur montant.

2. FONCTIONNEMENT GÉNÉRAL DU CONTRAT

2.1 Entrée en vigueur et paiement de la prime

Le contrat entre en vigueur à la date mentionnée dans le Certificat Personnel. La date de paiement d'une prime est la date de valeur de cette prime sur le compte en banque de l'assureur. La/les prime(s) est/sont versée(s) sur le compte en banque désigné par l'assureur avec mention des références données. Tous les frais liés au paiement de la prime sont à la charge du preneur d'assurance. Le paiement de la prime n'est pas obligatoire, sauf si le preneur d'assurance s'y est obligé par un autre engagement que celui du contrat même. Si le Règlement Général le prévoit et selon les dispositions prévues, il sera également possible de verser, sur le compte en banque désigné par l'assureur, des primes supplémentaires en sus du/des paiement(s) de prime prévu(s).

2.2 Constitution de la réserve

L'assureur augmente la réserve par apport des primes nettes versées par le Preneur d'assurance. La réserve est placée dans une ou plusieurs types d'assurance. Le rendement de chaque type d'assurance et l'éventuelle participation au bénéfice augmentent la réserve. La réserve peut diminuer par l'application des coûts ou des impôts éventuels. Si l'on a souscrit à une "prestation supplémentaire", la réserve sera diminuée chaque mois d'une prime de risque.

2.3 Valeur de la réserve

Les types d'assurance de la réserve peuvent être liées à des intérêts et/ou à des fonds et elles appartiennent donc à ce que l'on appelle la branche 21 et/ou 23 et/ou branche 26. Les types d'assurance appliquées à la réserve figurent dans le Certificat personnel. Les Règlements de gestion décrivent les autres caractéristiques de chaque forme de placement.

La valeur de la réserve est communiquée au moins une fois par an au preneur d'assurance. A cette occasion, on donne également un aperçu de l'évolution de la réserve depuis le relevé de compte précédent.

Branche 21 : pour la quotité des avoirs sur compte investie dans un mode de placement de la branche 21, l'Assureur donne un intérêt garanti. En plus de l'intérêt garanti, l'Assureur peut également accorder une participation aux bénéfices au Preneur d'Assurance. La participation aux bénéfices n'est pas garantie et peut changer chaque année. L'éventuel partage net des bénéfices est également utilisé pour la constitution de la réserve.

Branche 23 : La valeur (de la partie) de la réserve qui est placée dans un placement lié à des fonds (branche 23), est exprimée en unités. L'évolution de la valeur d'une unité est liée à l'évolution de la valeur d'un fonds de placement. Par l'évolution de la valeur d'une unité, la réserve augmente ou diminue donc. La valeur de (cette partie) de la réserve est égale au nombre d'unités multiplié par leur valeur d'unité respective.

Branche 26 :

Dans le Certificat personnel, on constitue une prestation au terme du contrat. La valeur du crédit de compte est déterminée par la capitalisation de la prime nette et l'intérêt garanti convenue dans le certificat personnel.

3. COUVERTURES

3.1 Prestation à la date finale du contrat

En cas de vie de (s) assuré(s) au terme du contrat ("à la date finale") la réserve constituée à cette date finale est payé au(x) bénéficiaire(s) et le contrat prend fin.

3.2 Garantie en cas de décès

3.2.1 Prestations pour les contrats branche 21 et 23

Événement assuré

Si l'assuré décède pendant la période de couverture, l'assureur paie le capital de décès au(x) bénéficiaire(s) et le contrat prend fin. S'il y a deux assurés, il y a lieu de lire, en fonction de ce qui a été convenu, "le décès de l'assuré" soit comme le décès d'un des deux assurés ("premier décès de deux"), soit des deux assurés ("dernier décès de deux"). Sans demande spécifique de la part du preneur d'assurance, le "dernier décès de deux" est la règle standard.

Montant

Le capital à payer est le montant assuré à la date de la survenance du décès assuré (pour des unités qui sont liées à une assurance Branche 23, on se base cependant sur le nombre d'unités concernées à la date à laquelle l'assureur prend connaissance de la survenance du décès assuré et a reçu un extrait officiel de l'acte de décès). En cas de décès, il n'y a pas de participation au bénéfice liées à une assurance Branche 21. Sauf demande contraire de la part du preneur d'assurance et avec l'accord écrit de l'assureur, le montant assuré du capital de décès sera, en cas de rachat partiel, diminué du montant du rachat partiel.

3.2.2 Prestation en Branche 26

En cas de décès prématuré, le contrat poursuit ses effets jusqu'au terme indiqué au Certificat Personnel.

3.2.3 Prime pour la couverture de la "prestation supplémentaire"

Généralités

La prime de risque pour les garanties complémentaires éventuellement souscrites son calculées au jour le jour sur base de la dernière valeur connue des réserves. Le montant de ces primes est, en principe, déduit mensuellement des réserves. Ces primes de risque servent à couvrir les garanties complémentaires pendant un mois.

Si la réserve est lié à plusieurs types d'assurance, les primes de risque sont en principe imputées sur les parties de la réserve qui sont liées aux différentes types d'assurance, et ce proportionnellement à leur dernier montant connu respectif et à la date à laquelle chaque prélèvement prend son effet.

Lorsque, pour une raison quelconque, l'assureur constate que la réserve est insuffisante pour en prélever encore les primes de risque nécessaires ou que le prélèvement porterait atteinte aux réserves bloquées, il peut arrêter par anticipation la couverture de la "prestation supplémentaire en cas de décès". Cet arrêt par anticipation prend toutefois seulement effet 30 jours après que l'assureur en a informé le preneur d'assurance par lettre recommandée.

Tarifs des primes de risque

Sans préjudice de l'application éventuelle de primes supplémentaires pour risques majorés, les tarifs appliqués au calcul des primes de risque, sont ceux que l'assureur a déposés auprès de la Commission bancaire, financière et des assurances. Pendant la durée du contrat, l'assureur peut seulement les augmenter dans le cadre d'une révision générale de ceux-ci pour la catégorie d'assurances à laquelle le contrat appartient et lorsqu'il y est obligé en vertu de dispositions légales ou réglementaires ou lorsqu'il estime que l'équilibre de son portefeuille assuré est compromis par une augmentation du degré de risque de décès assuré parmi la population, la population du marché d'assurances belge ou dans son propre portefeuille.

3.2.4 Portée de la couverture

Période de couverture et Étendue géographique

La période de couverture commence et finit au plus tard aux dates respectivement prévues dans le Certificat personnel. Si le contrat a une date finale, la période de couverture finit toujours au plus tard à cette date finale. Si le contrat n'a pas de date finale, la période de couverture finit au plus tard à la date d'intervention du décès assuré. La couverture de décès est valide dans le monde entier.

Risques exclus

L'assureur ne prête pas de couverture pour la "prestation supplémentaire en cas de décès" et limite par conséquent la prestation en cas de décès à la réserve constituée en branche 21 et sur base de la réserve constituée en nombre d'unités et des valeurs d'unité à la date de la survenance du décès assuré (pour les de placement de la branche 23), lorsque le décès est la conséquence immédiate d'une des causes suivantes :

- un suicide dans la première année après l'entrée en vigueur ou après la nouvelle entrée en vigueur de la couverture ; le même délai de 1 ans vaut pour quelque augmentation que ce soit du montant nominal assuré de la couverture, concernant cette augmentation et à compter de l'entrée en vigueur de celle-ci ;
- un fait intentionnel du preneur d'assurance ou d'un bénéficiaire ou à leur instigation ;
- une faute intentionnelle d'une sévérité exceptionnelle par laquelle la personne qui les a commis s'est exposée sans raison valable à un danger dont elle aurait dû être consciente ;
- un crime ou un délit à caractère intentionnel, commis par l'assuré ou un bénéficiaire en tant qu'auteur ou coauteur ;
- état d'ébriété ou sous l'influence d'intoxication alcoolique, de stupéfiants ou de stimulants, de drogues ou d'hallucinogènes ;
- l'abus d'alcool en tant que facteur important dans le développement du Risque Assuré ;
- les affections déjà présentes au début du contrat d'assurance ou lors d'une augmentation des garanties contractuelles, sauf si ces affections ont été signalées lors de l'accomplissement des formalités médicales lors de la souscription du contrat d'assurance ;
- Un duel, ou la mise à exécution d'une condamnation judiciaire à la peine capitale ;
- une guerre ou un quelconque fait similaire et une guerre civile ; si le décès de l'assuré intervient dans un pays étranger où des hostilités sont en cours, on distingue deux cas :
 - (i) si le conflit éclate pendant le séjour de l'assuré, la couverture s'applique pour autant que l'assuré ne participe pas activement aux hostilités ;
 - (ii) si l'assuré se rend dans un pays où un conflit armé est en cours, la couverture peut seulement être prêtée sous réserve du paiement d'une prime supplémentaire, de l'accord écrit de l'assureur et pour autant que l'assuré ne participe pas activement aux hostilités ;
- Un accident d'aéronef (Sauf disposition contraire indiquée dans le Certificat valant Conditions Particulières) lorsque l'appareil est utilisé à l'occasion de compétitions, exhibitions, essais de vitesse, raids aériens, vols d'entraînement ou d'essai, records ou tentatives de record ou quand l'appareil est un prototype ou un appareil militaire autre que de transport ;
- un accident résultant de la participation à des paris ou à des défis.

Si le décès assuré implique le décès de deux assurés, l'assureur ne fait aucune prestation dans le cadre de la "prestation supplémentaire en cas de décès", lorsqu'au moins un des deux assurés décède à la suite d'un quelconque risque exclu susmentionné.

3.2.5 Déclaration d'un sinistre

Le décès d'un quelconque assuré doit être déclaré à l'assureur au moyen du formulaire destiné à cet effet, au plus tard dans les 30 jours après ce décès. En cas de déclaration tardive, l'assureur peut diminuer son intervention du préjudice qu'il a subi, sauf lorsqu'il est suffisamment démontré que la déclaration du sinistre a été faite aussitôt vite que raisonnablement possible.

La déclaration doit faire mention du lieu, de la date et de l'heure du décès, ainsi que des circonstances dans lequel celui-ci est survenu. Il faut toujours y ajouter un certificat médical qui est conforme au modèle entièrement complété de l'assureur, avec mention de la cause du décès. L'assureur demande également le contrat avec tous les avenants, ainsi qu'un extrait de l'acte de décès de l'assuré. L'acte de notoriété faisant preuve du droit du bénéficiaire, sauf si celui-ci est désigné nommément dans le contrat. L'assureur peut réclamer toute pièce supplémentaire. Tous les intéressés par l'intervention de l'assureur doivent permettre et demander à tout médecin ayant dispensé des soins au défunt, de procurer au médecin-conseil de l'assureur toutes les informations demandées par l'assureur. Lorsqu'il n'est pas satisfait à l'une de ces obligations, l'assureur peut refuser son intervention dans l'ensemble ou en partie. Après la déclaration du sinistre et sur base des informations fournies et des résultats d'éventuelles enquêtes, l'assureur confirme si son intervention sera accordée et il communique sa position au(x) bénéficiaire(s). Celle-ci sera considérée comme étant acceptée, lorsque le(s) bénéficiaire(s) n'along pas, dans les 8 jours après la notification, signalé par lettre recommandée à l'assureur qu'il(s) n'est/nt pas d'accord.

En cas de production de certificats faux, de fausses déclarations ou lorsqu'on garde intentionnellement le silence sur ou ne fait pas mention de certains faits ou de certaines circonstances qui sont manifestement importants pour l'appréciation des obligations de l'assureur, celui-ci peut refuser son intervention et réclamer le remboursement de tout montant payé à tort, majoré des intérêts légaux.

L'assureur ne peut être obligé de faire la prestation en cas de décès à un quelconque bénéficiaire qui a intentionnellement causé la mort de l'un assuré ou y a donné l'instigation. Dans un tel cas, l'assureur peut agir comme si cette personne n'était pas bénéficiaire.

3.2.6 Dispositions diverses

Fourniture de données correctes

Lors de la conclusion, de l'augmentation ou de la nouvelle entrée en vigueur de la couverture en cas de décès, le preneur d'assurance et l/les assuré(s) doivent communiquer à l'assureur, en toute sincérité et sans aucune dissimulation, toutes les données qui leur sont connues et qu'ils doivent raisonnablement considérer comme des données susceptibles d'avoir une influence sur l'appréciation du risque par l'assureur. L'assureur peut exiger toutes les informations qu'il estime nécessaires.

En cas d'inexactitude de la date de naissance renseignée de l/d'un assuré, l'assureur peut adapter les primes de risque et/ou la prestation (le cas échéant à effet rétroactif) sur base des éléments tarifaires et en fonction de la date de naissance exacte. En cas d'autres dissimulations involontaires ou de déclarations involontairement erronées que celles concernant la date de naissance, on y appliquera les dispositions légales et ce pendant la première année après la conclusion, après l'entrée en vigueur d'une augmentation initialement non convenue (pour ce qui concerne cette augmentation), respectivement après la nouvelle entrée en vigueur de la couverture.

Toute fraude, toute dissimulation intentionnelle ou toute déclaration intentionnellement fautive entraîne la nullité de la couverture. Les primes de risque prélevées sont acquises pour l'assureur.

Acceptation par l'assureur de la couverture pour "prestation supplémentaire"

La couverture pour "prestation supplémentaire en cas de décès" et une quelconque augmentation du montant nominal assuré de celle-ci sont assujetties aux critères généraux d'acceptation appliqués par l'assureur. La couverture est

seulement assurée lorsqu'elle figure sur le Certificat personnel ou dans une autre confirmation écrite émanant de l'assureur.

Si l'assureur, pour des raisons médicales (par exemple une affection bien déterminée) refuse d'accepter l'ensemble ou une partie de la (majoration de la) couverture ou s'il accepte le risque seulement sous réserve de l'imputation d'une prime supplémentaire, cette prime supplémentaire et/ou ce refus sont, sauf accord contraire, également appliqués à toute majoration ultérieure de la couverture.

Secret professionnel médical

L(es) assuré(s) et les tiers intéressés libèrent tout médecin du secret professionnel à l'égard (du médecin-conseil) de l'assureur pour satisfaire après un décès à toutes les obligations prévues par les Conditions générales. L(es) assuré(s) donne(nt) explicitement l'autorisation à tout médecin de fournir au médecin-conseil de l'assureur une déclaration complète – conformément au modèle établi par l'assureur – concernant la cause du décès.

4. DROITS DU PRENEUR D'ASSURANCE

4.1 Dispositions générales

Pendant la durée du contrat, le preneur d'assurance bénéficie des droits exposés ci-dessous.

L'application de dispositions légales ou conventionnelles peut toutefois avoir comme conséquence que l'exercice de certains droits soit interdite, suspendue ou nécessite l'autorisation d'un ou de plusieurs tiers (comme pour le prélèvement d'un acompte, pour un nantissement, pour l'acceptation d'un bénéfice etc.). Le cas échéant, une demande d'exercice ou un ordre d'exécution d'un droit sera également signé par le(s) tiers qui doi(ven)t donner son/leur autorisation pour que la demande ou l'ordre soit considéré comme étant valide. Si tel n'est pas le cas ou, plus généralement, dans tous les cas où l'assureur, pour une raison quelconque, ne peut donner (immédiatement) suite à une demande d'exercice ou à un ordre d'exécution d'un droit, il en avise le plus vite possible le preneur d'assurance et lui en communique la raison.

S'il y a deux preneurs d'assurance, toute demande d'exercice ou tout ordre d'exécution et, plus généralement, tout acte ou toute opération dans le cadre de la Convention pour laquelle l'accord (écrit) du preneur d'assurance est nécessaire, nécessite l'accord (écrit) des deux preneurs d'assurance, sauf mention contraire sur le Certificat personnel ou mandat spécial.

4.2 Dénonciation

Le Preneur d'assurance peut résilier le Contrat par courrier recommandé daté et signé, adressé à l'Assureur : soit dans les 30 jours à compter de la date de l'entrée en vigueur du Contrat ; soit, s'il apparaît à la lecture du formulaire de souscription que le Contrat est conclu jusqu'à la garantie ou la reconstitution d'un crédit demandé par le Preneur d'assurance, dans les 30 jours à partir du moment où il apprend que le crédit demandé n'a pas été accordé. L'Assureur reverse dans ce cas au Preneur d'assurance la prime payée, déduction faite des frais administratifs et, le cas échéant, déduction faite de la prime de risque pour la garantie décès. Dans le cas d'une assurance de la branche 23, l'ajustement quotidien de la valeur sera également pris en compte si la conversion des montants monétaires (la prime) a déjà été effectuée en unités (voir 6.1). Le Contrat prend fin en cas de résiliation.

L'Assureur dispose également de la possibilité de résilier le contrat dans un délai de 30 jours après l'entrée en vigueur. La résiliation par l'Assureur prend effet 8 jours après la notification. Dans ce cas, l'Assureur rembourse la prime payée.

4.3 Modification de règles de placement

Le preneur d'assurance peut demander à l'assureur de modifier les types d'assurance de primes ou de participations au bénéfice futures (modification de règles de placement) et/ou de la réserve déjà constituée (changement de forme de placement) pendant la durée du contrat.

En cas de changement de forme de placement, une quelconque forme de placement, le cas échéant après application d'une correction de la valeur du jour (voir les Règlements de gestion) et après retenue d'éventuels coûts de changement et d'impôts, sera réalisée dans son ensemble ou partiellement (prélèvement sur la réserve) et le montant qui en résulte sera placé à nouveau dans une ou plusieurs autres types d'assurance (attribution à la réserve).

Une demande de modification de règles de placement ou de changement de forme de placement se fait au moyen des documents "demande de modification de règles de placement", respectivement "demande de changement", que l'assureur met à disposition sur simple demande. Sans y être obligé, l'assureur peut également donner suite à une demande qui est formulée autrement (fax, e-mail...). Une modification de règles de placement ou un changement de forme de placement produit seulement son effet lorsque l'assureur a confirmé l'opération en question par le biais du Certificat personnel.

4.4 Désignation et modification des bénéficiaires

Le preneur d'assurance désigne le(s) bénéficiaire(s) et peut modifier le(s) bénéficiaire(n) initialement désignés. La modification des bénéficiaires doit être comprise dans un écrit daté et signé. Pour être opposable à l'assureur, cet écrit doit lui être remis.

4.5 Rachat

Le preneur d'assurance peut racheter l'ensemble ou une partie de la réserve constituée. En cas d'un rachat complet, l'ensemble de la réserve est payée et la Convention prend fin. Le rachat est demandé au moyen d'un formulaire de rachat ou de prélèvement d'argent dûment complété, daté et signé, que l'assureur met à disposition sur simple demande. Dès que l'assureur aura payé la valeur de rachat, ce formulaire fera office de quittance de règlement.

4.5.1 Rachats en branche 21 et/ou branche 23

Les rachats partiels d'une partie de la réserve sont possibles, dans le respect des minima en matière du montant demandé et de la réserve restante qui sont mentionnés dans les conditions particulières.

Si la réserve est liée à plusieurs types d'assurance, un rachat partiel, sauf mention contraire dans le formulaire de prélèvement d'argent, est en principe prélevé de manière proportionnelle sur la partie de la réserve qui sont liées aux types d'assurance respectives sur base de leur dernière valeur connue à la date à laquelle le prélèvement produit son effet.

Tant pour un rachat total que partiel, on applique le cas échéant une correction de la valeur du jour (voir les Règlements de Gestion), compte tenu du délai imparti pour la réception du formulaire de rachat. Si le bénéficiaire a accepté l'attribution bénéficiaire, une demande est seulement possible sous réserve de l'autorisation du bénéficiaire. Les conditions et frais de sortie figurent dans les conditions particulières.

Pour les frais de rachat branche 21 peuvent être majorés avec une indemnité conjoncturelle, comme stipulé dans les règlements de gestion.

4.5.2 Rachats en branche 26

Les rachats partiels ne sont pas possibles. En cas de rachat avant le terme fixé au contrat, une pénalité de rachat est appliquée qui est mentionnée dans le Règlement Général de Gestion. Les pénalités de rachat peuvent être augmentées d'une indemnité selon les dispositions figurant au Règlement de Gestion.

4.6 Avance et nantissement

Le preneur d'assurance peut obtenir un acompte sur les prestations d'assurance ultérieures, sous réserve de la signature d'un acte d'acompte qui en détermine les conditions et les modalités.

Le preneur d'assurance peut nantir les droits qui découlent du contrat. Le nantissement nécessite un avenant au Certificat personnel, qui est signé par le preneur d'assurance, le créancier gagiste et l'assureur.

L'assureur peut refuser de donner suite à une demande de prélèvement d'un acompte, lorsque le contrat est déjà grevé d'un nantissement et inversement. Le prélèvement d'un acompte ou le nantissement peut donner lieu à un blocage total ou partiel de la réserve (réserves bloquées).

4.7 Cession de droits

Les droits susmentionnés dont le preneur d'assurance bénéficie, peuvent être cédés dans à une ou à plusieurs personnes désignées à cet effet, qui est/ont ci-après appelé(e)s également "cessionnaire(s)". La cession nécessite un avenant au Certificat personnel, qui est signé par le preneur d'assurance, le(s) cessionnaire(s) et l'assureur. On

peut cependant stipuler directement sur le Certificat Personnel que les droits du preneur d'assurance, lors du décès de celui-ci (dans l'hypothèse que ce décès n'implique pas la réalisation du décès assuré) et jusqu'au moment de la fin future du contrat, sont cédés à la/aux personne(s) désignée(s) à cet effet, et ce conformément aux modalités qui y sont éventuellement stipulées.

5. DROITS DU/DES BÉNÉFICIAIRE(S)

Le(s) bénéficiaire(s) a/ont les droits suivants :

- le droit aux prestations tel que stipulé au point 3 ;
- le droit d'accepter le bénéfice des prestations susmentionnées dès avant l'exigibilité de celles-ci au moyen d'un avenant au Certificat personnel qui est signé par lui/eux, par le preneur d'assurance et par l'assureur.

Sauf dans les cas où la loi autorise la révocation, l'acceptation du bénéfice a entre autres comme conséquence que la dénonciation, la révocation et la modification du bénéfice, le rachat, le prélèvement d'un acompte, le nantissement et la cession de droits sont seulement possibles sous réserve de l'autorisation écrite du bénéficiaire acceptant.

6. DISPOSITIONS DIVERSES

6.1 Conversion de montants monétaires en unités et inversement

6.1.1 Opérations qui génèrent un octroi à la réserve

La conversion de montants monétaires en unités liées à une assurance Branche 23 se fait le (premier) jour de cours qui tombe sur ou suit la date du traitement administratif de l'opération en question par l'assureur, mais au plus tôt le premier jour ouvrable de l'assureur après la date à laquelle l'opération en question prend effet et au plus tard le (premier) jour de cours qui tombe sur ou qui suit le cinquième jour ouvrable de l'assureur après la date à laquelle l'opération en question prend effet. Voici les dates auxquelles les différentes opérations prennent effet :

- paiement de prime : la date de valeur de la prime sur le compte en banque de l'assureur (ou la date de paiement de la prime, si l'assureur a explicitement accepté une autre forme de paiement que par versement sur le compte en banque désigné par lui) ;
- participation au bénéfice : la date déterminée par l'Assemblée Générale des actionnaires de l'assureur.

Si le paiement de prime se fait d'une autre manière que celle qui est prévue par l'assureur, la date à laquelle la prime prend effet est la date (éventuellement ultérieure) à laquelle l'assureur identifie la destination du paiement de prime.

6.1.2 Opérations qui génèrent un prélèvement/liquidation de la réserve

La conversion de montants monétaires en unités liées à une assurance Branche 23 se fait le jour de cours qui coïncide avec la date à laquelle l'opération en question prend effet. La conversion de montants monétaires en unités liées à une assurance Branche 23 se fait le (premier) jour de cours qui tombe sur ou suit la date du traitement administratif de l'opération en question par l'assureur, mais au plus tôt le premier jour ouvrable de l'assureur après la date à laquelle l'opération en question prend effet et au plus tard le (premier) jour de cours qui tombe sur ou qui suit le cinquième jour ouvrable de l'assureur après la date à laquelle l'opération en question prend effet. En matière de dénonciation, de rachat et de prestation à la date finale, on agit, pour les unités liées aux opérations visées dans l'article 24, §2, second alinéa et §4 de l'arrêté royal du 14 novembre 2003 relatif à l'activité d'assurance vie, comme pour les unités liées à une assurance Branche 23. Quant aux primes de risque et aux coûts, l'assureur peut effectuer la conversion un jour de cours ultérieur. Voici les dates auxquelles les différentes opérations prennent effet :

- prime de risques : le premier jour de chaque mois ;
- coûts standard : le premier jour de chaque mois ;
- coûts de service : la date d'exécution par l'assureur du service demandé ;
- Renonciation : la date de réception par l'assureur de la lettre recommandée valide et de tous les autres documents qui sont estimés nécessaires ;
- rachat : la date de réception par l'assureur du formulaire valide pour le rachat ou le prélèvement d'argent et de tous les autres documents qui sont éventuellement estimés nécessaires ou la date de rachat souhaitée et éventuellement ultérieure, conformément aux mentions sur le formulaire de rachat ou de prélèvement d'argent ;
- prestation à la date finale : la date finale ;
- prestation en cas de décès : la date de la survenance du décès assuré (lorsque le décès assuré implique le décès de deux assurés, il s'agit de la date du décès du dernier mourant des assurés) ; pour des unités liées à une assurance Branche 23, la date de la prise d'effet est cependant la date à laquelle l'assureur prend connaissance de la survenance du décès assuré et à laquelle il a reçu un extrait officiel de l'acte de décès).

6.1.3 Changement de forme de placement

Lors d'un changement de forme de placement, une quelconque forme de placement, le cas échéant après l'application d'une correction de la valeur du jour (voir les Règlements de gestion) et après la retenue d'éventuels coûts de changement et d'impôts, est réalisée totalement ou en partie (prélèvement ; sortie) et le montant qui en résulte est placé à nouveau dans une ou plusieurs autres types d'assurance (attribution ; accès).

- Pour la sortie, on suit les mêmes règles que pour un prélèvement sur la réserve, la date de la prise d'effet étant la date de réception par l'assureur de la "demande de changement" valide.
- Pour l'accès, on suit les mêmes règles que pour une attribution à la réserve, la date de la prise d'effet étant le jour de cours de la sortie. L'accès dans des unités qui sont liées à une assurance Branche 23 peut cependant se faire également à la date de prise d'effet de celle-ci ou au jour de cours ultérieur où l'assureur est informé du résultat monétaire de la sortie.

6.2 Coûts et impôts

6.2.1 Coûts standard

A part l'éventuel frais (d'entrée), l'assureur impute également des coûts pour la gestion du contrat et, le cas échéant, pour l'indemnisation de la personne intermédiaire. Pendant la durée du contrat, l'assureur peut seulement adapter ces coûts sur base d'une indexation, selon l'indice santé des prix à la consommation, de montants forfaitairement intégrés dans le tarif ou, de façon raisonnable et justifiée, dans le cadre d'une révision générale (de la structure) des coûts pour la catégorie à laquelle le contrat appartient. Le preneur d'assurance peut demander auprès de l'assureur un détail (de la structure) des coûts.

6.2.2 Coûts des services

A part les coûts standard, l'assureur peut également facturer en plus des dépenses particulières qui sont causées par le preneur d'assurance, par l/les assuré(s) ou par le(s) bénéficiaire(s). Ces coûts sont appliqués de manière raisonnable et justifiée par l'assureur. Des coûts de service qui ne figurent pas spécifiquement dans les Conditions générales ou dans un quelconque autre document, l'assureur peut seulement les facturer sous réserve d'en avoir avisé d'abord la/les personne(s) intéressée(s). Sans préjudice de l'indexation éventuellement prévue, l'assureur peut seulement augmenter au cours du contrat et de manière raisonnable et justifiée les montants en matière de coûts de service effectivement convenus, dans le cadre d'une révision générale de ceux-ci pour la catégorie à laquelle le contrat appartient.

6.2.3 Coûts d'exams médicaux

L'assureur peut réclamer au (candidat) preneur d'assurance les coûts d'exams médicaux, si ce dernier ne conclut pas le contrat ou le dénonce dans les 30 jours après l'entrée en vigueur de celui-ci.

6.2.4 Impôts

L'assureur peut faire supporter par le preneur d'assurance ou par le(s) bénéficiaire(s) tous les impôts et toutes les contributions et charges de quelque nature que ce soit, qui sont susceptibles d'être levés sur les primes, sur la réserve, sur les revenus des placements ou sur quelque prestation que ce soit.

6.3 Certificat personnel

Sans préjudice de la possibilité, pour l'assureur, de modifier la structure des coûts et des tarifs, les coûts et les primes de risque sont, pendant la durée du contrat, calculés selon la même structure que celle qui a servi à l'établissement du Certificat personnel ou d'un tableau des valeurs de rachat.

Le Certificat personnel offre un aperçu des principales données (montant des primes, couvertures etc.) du contrat. Lors de l'entrée en vigueur et lors de chaque modification du contrat, l'assureur émet un Certificat personnel qu'il remet au preneur d'assurance. Le preneur d'assurance est censé être entièrement d'accord avec le contenu de son Certificat personnel et des versions ultérieures de celui-ci, sauf si, dans les 30 jours après la livraison de celui-ci par l'assureur,

il communique par écrit ses observations à ce dernier. Le Certificat personnel le plus récent remplace toujours le précédent.

6.4 Nouvelle entrée en vigueur

Lorsque le paiement des primes pour le contrat est arrêté, le preneur d'assurance peut les faire reprendre dans les 3 ans, moyennant une demande écrite. Sauf pour les contrats auxquels les dispositions légales en matière d'une nouvelle entrée en vigueur ne s'appliquent pas, cela vaut également en cas de rachat, dans lequel cas le délai est réduit à 3 mois et la réserve rachetée doit en outre être versée de nouveau à l'assureur (sans coût d'accès). En fonction de ses critères d'acceptation, l'assureur procède à la nouvelle mise en vigueur de la couverture 'prestation supplémentaire en cas de décès'. La nouvelle entrée en vigueur intervient à la date qui figure sur la nouvelle édition du Certificat personnel.

6.5 Prestations

L'assureur peut faire dépendre toute prestation (y compris la dénonciation, le rachat et l'acompte) à la production des documents qu'il estime nécessaires.

Dans les 30 jours après réception des documents demandés et, si elle a été demandée, d'une quittance de règlement correctement et entièrement complétée et signée, l'assureur paie les montants dus, le cas échéant après l'application d'une correction de la valeur du jour (voir les Règlements de gestion) et après l'imputation des retenues, coûts, rétributions et autres sommes rendus obligatoires par la loi, ainsi que des autres montants qui seraient encore dus à l'assureur ou à des tiers (tel un créancier gagiste).

Lorsqu'une prestation est due à plusieurs personnes, l'assureur peut exiger que les intéressés désignent une seule personne, munie d'un nombre suffisant de procurations certifiées conformes, pour recevoir la prestation en leur nom commun.

L'assureur ne paie pas d'intérêts lorsqu'une quelconque prestation souffre un retard à cause de circonstances en dehors de sa volonté.

6.6 Correspondance et preuve

Sauf stipulation contraire dans les dispositions précédentes ou dans des dispositions contraignantes, toute notification d'une partie à l'autre peut être faite par lettre ordinaire. Sans qu'il y soit cependant obligé, l'assureur peut également accepter la validité d'autres formes de notification (fax, e-mail...).

Toute notification et correspondance entre les parties se fait à la dernière adresse (de correspondance) qu'elles se sont communiquées réciproquement. Lorsqu'il y a deux preneurs d'assurance, l'assureur peut valablement adresser toute notification au preneur d'assurance aux deux preneurs d'assurance ensemble, et ce à l'adresse de correspondance qui figure sur le formulaire de souscription. Si le formulaire de souscription ne porte aucune adresse de correspondance spécifique, l'assureur peut se servir, comme seule adresse de correspondance, de l'adresse du 'premier preneur d'assurance' qui figure sur le Certificat personnel. Dès que l'assureur prend connaissance du fait qu'aucun des deux preneurs d'assurances n'habite encore à l'adresse de correspondance initialement communiquée, il peut se servir, comme seule adresse de correspondance, de la (nouvelle) adresse du 'premier preneur d'assurance' qui figure sur le Certificat personnel. Si l'adresse de correspondance est l'adresse d'un des preneurs d'assurance et si ce preneur d'assurance est décédé par la suite, l'assureur peut, du moment où il prend connaissance du décès, se servir de l'adresse de l'autre preneur d'assurance comme seule adresse de correspondance. Les preneurs d'assurances ont toujours la possibilité de faire modifier l'unique adresse de correspondance en adressant à l'assureur une lettre datée et signée par eux deux.

L'expédition d'une lettre recommandée est prouvée par production du récépissé de remise à la poste. L'existence et le contenu d'un quelconque document et d'une quelconque correspondance sont prouvés par la production de l'original ou, à défaut, de la copie de celui-ci dans les dossiers de l'assureur.

6.7 Modification des conditions générales

Pour des raisons bien fondées (par exemple dans le cadre d'une modification dans la législation), l'assureur peut, dans les limites de la bonne foi, et sans porter atteinte aux caractéristiques essentielles du contrat, modifier les Conditions générales. L'assureur en informe le preneur d'assurance par écrit, avec mention de la nature et des raisons de la/des modification(s) apportées, ainsi que de la date d'entrée en vigueur des nouvelles Conditions générales.

6.8 Cadre légal

6.8.1 Législation applicable

Le contrat est assujéti à la législation belge en matière des assurances vie individuelles. Au cas où le preneur d'assurance est établi en dehors de la Belgique, les parties optent, si la loi le permet, explicitement pour l'application du droit belge.

6.8.2 Régime fiscal applicable

En ce qui concerne le régime fiscal applicable, référence est faite à la fiche fiscale qui, avant la conclusion du contrat, a été remise au preneur d'assurance. Pour des informations plus détaillées quant au régime fiscal applicable, le preneur d'assurance peut s'adresser à l'assureur. L'assureur ne peut toutefois nullement être tenu responsable si certains avantages fiscaux ne sont (ou ne peuvent être) obtenus ou si le contrat fait l'objet d'une charge (para)fiscale à laquelle on ne s'attendait pas.

6.9 Protection de la vie privée

L'assureur traitera et collectionnera certaines données personnelles des de(s) personne(s) concernée(s) (le Preneur d'assurance, l'Assuré ou les Bénéficiaires) dans le cadre de la gestion et l'exécution du Contrat. L'Assureur garantit le traitement confidentiel de ces données.

Le traitement des données à caractère personnel est basé sur les articles 5 a) et 7 a) (consentement) et 5 b) (nécessaire à l'exécution d'un contrat) de la Loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des données à caractère personnel et sur les articles 6.1 a) et 9.2 a) (consentement) et 6.1 b) (nécessaire pour l'exercice d'un contrat) du Règlement général sur la protection des données (Règlement 2016/679).

L'Assureur collectionne et traite les données à caractère personnel entre autres pour des fins d'administration des clients et de services aux clients, l'acceptation de risques, la gestion et l'exécution de contrats, le versement des sommes assurées et des fins commerciales et promotionnelles.

La personne concernée peut à tout moment retirer son consentement pour le traitement des données à caractère personnel. Il est possible que ceci implique que l'Assureur ne peut pas répondre à ses obligations contractuelles. L'Assureur n'accepte aucune responsabilité à cet égard.

La personne concernée a à tout moment un droit d'accès aux données la concernant et un droit de rectification de ces données si elles sont fausses ou incomplètes, et de les faire supprimer ou en limiter le traitement. Enfin, le preneur d'assurance a le droit de s'opposer sans frais au traitement de ses données à caractère personnel à des fins de direct marketing. En outre, l'intéressé a le droit de recevoir une copie (sous une forme structurée, courante et numérique) de ses données à caractère personnel et de faire envoyer ses données à caractère personnel à une autre société (droit de transfert des données à caractère personnel).

Dans la mesure où la personne concernée y consent explicitement, l'Assureur peut lui envoyer des communications commerciales (e.a. par courrier électronique). La personne concernée peut à tout moment retirer son consentement en contactant l'Assureur ou en se désabonnant par les possibilités offertes sur la communication commerciale.

Si nécessaire pour la gestion et l'exécution du Contrat, les données à caractère personnel de l'intéressé peuvent être partagées avec d'autres sociétés dans l'Espace économique européen qui sont liées, directement ou indirectement, à l'Assureur (par ex. des filiales ou un courtier en assurances) et qui se sont engagées contractuellement vis-à-vis de l'Assureur au respect de la confidentialité et à la prise des mesures techniques et organisationnelles nécessaires.

Les données à caractère personnel seront conservés pendant le délai nécessaire pour satisfaire aux exigences légales (entre autres concernant la comptabilité).

La personne concernée a le droit de porter plainte auprès de la Commission de la Protection de la Vie privée (Rue de la Presse, 35 à 1000 Bruxelles - commission@privacycommission.be).

Pour plus d'informations sur le traitement des données à caractère personnel et l'exercice de ses droits, la personne concernée peut contacter l'Assureur à l'adresse e-mail suivante: info@patronale.be

6.10 Plaintes et contentieux

Lorsqu'une personne intéressée a une plainte à propos du contrat et n'obtient pas satisfaction, elle peut s'adresser à l'Ombudsman des Assurances, square de Meelis 35 à 1000 Bruxelles. La personne intéressée garde également la possibilité d'intenter une procédure judiciaire. Tout contentieux entre les parties relève de la compétence des tribunaux belges.

Des contestations à propos de questions médicales peuvent également être tranchées par une expertise médicale à l'amiable (arbitrage), pour laquelle les parties désignent chacune son propre médecin, à condition que, au plus tôt au moment de la naissance du litige, les parties acceptent cela explicitement et par écrit. Si les médecins n'arrivent pas à un accord, un 'troisième' médecin sera désigné par eux-mêmes ou, faute d'entente, par le Président du Tribunal de première instance compétent. Le collège ainsi formé tranche par vote majoritaire et la décision est irrévocable. Sous peine de nullité de leur décision, les médecins ne peuvent toutefois déroger aux dispositions des Conditions générales. Chaque partie paie les honoraires du médecin qu'elle a désigné. Les honoraires de l'éventuel 'troisième' médecin sont supportés de manière égale par les parties.