

1. DEFINITIONS

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

Assureur : Patronale Life SA – 33 Blvd. Bischoffsheim – 1000 Bruxelles – tél : 02 511 60 06 – fax : 02 513 27 38 – info@patronale-life.be – www.patronale-life.be – RPM 0403.288.089 – KBC 733-0172026-75 – Compagnie d'assurances belge agréée sous le code 1642

Contrat : l'assurance décès ou l'assurance de solde restant dû, et subsidiairement la garantie de paiement du capital décès en cas d'Invalidité Totale et Permanente. Les présentes Conditions générales, le Certificat Personnel et tout autre document contractuel, doivent être lus ensemble et 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). S'il existe deux assurés le terme 'assuré' porte, en fonction du contexte, sur l'ensemble des deux assurés ou sur chaque assuré individuel.

Risque assuré : Décès / invalidité avant le terme du contrat. S'il existe deux assurés le terme 'assuré' porte, en fonction du contexte, sur un des deux assurés ou sur chaque assuré individuel.

Prestation assurée : les montants assurés mentionnés au Certificat Personnel valent conditions particulières. Les prestations seront payées sous forme de capital ou de rente au moment du décès/invalidité de l'assuré. Après paiement des prestations le contrat prend fin.

Bénéficiaire(s) : La (les) personnes indiquées (s) dans le Certificat à qui revient (reviennent) les prestations prévues au contrat. Si plusieurs bénéficiaires sont indiqués dans un ordre défini, les prestations seront versées selon cet ordre pour leur totalité et les bénéficiaires subséquents ne pourront prétendre aux prestations que pour autant que les bénéficiaires précédents fassent défaut, soient décédés ou aient renoncé expressément aux prestations.

Prime : Le prix demandé par l'Assureur pour assurer les prestations choisies. A cette prime s'ajoutent les taxes prévues par la législation belge.

Rachat par le preneur d'assurance :

Opération consistant à mettre fin au contrat, avant le terme prévu, moyennant paiement par l'assureur de la valeur de rachat.

Provision technique :

La réserve qui résulte de la capitalisation des primes versées et de la retenue des frais et impôts éventuels, ainsi que le coût du risque déjà consommé.

Valeur de rachat théorique :

La provision technique, diminuée, le cas échéant, des frais d'acquisition du contrat non amorti.

Valeur de rachat :

La valeur de rachat théorique, diminuée d'une éventuelle indemnité de rachat

Résiliation par le preneur d'assurance :

La résiliation du contrat implique la fin du contrat avec remboursement des primes versées sous déduction des frais et impôts éventuels ainsi que le coût du risque déjà consommé.

Réduction par le preneur d'assurance :

Consiste à mettre fin au paiement des primes en maintenant les capitaux assurés. La valeur de rachat théorique sera utilisée pour maintenir les capitaux assurés jusqu'à son épuisement.

2. DESCRIPTION DE LA COUVERTURE

2.1 Couverture principale

Cette assurance est une assurance en cas de décès. Si un assuré vient à décéder avant le terme du contrat, mentionné dans le Certificat valant Conditions Particulières, l'Assureur verse le capital assuré au moment du décès au(x) bénéficiaire(s). Les prestations en cas de décès seront versées après déduction des éventuels réductions légales, frais, indemnités et autres sommes qui seraient encore dues à l'Assureur ou à des tiers.

Il n'y aura aucune prestation de l'assureur si l'assuré est en vie au terme prévu par le contrat.

2.2 Couverture supplémentaire

Il est possible de souscrire une garantie supplémentaire pour la même durée que la garantie décès principale. Cette garantie prévoit le paiement en cas d'invalidité totale et permanente. Il n'y aura aucune prestation si le risque assuré fait défaut avant le terme prévu par le contrat.

3. BASE DU CONTRAT

Lors de la conclusion, de l'augmentation ou de la remise en vigueur des couvertures, le(s) preneur(s) 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 et/ou les prestations d'assurance (Le cas échéant rétroactivement) sur base des éléments tarifaires en fonction de la date de naissance exacte. En cas d'omissions involontaires ou de déclarations inexactes involontaires autres que celles qui portent sur la date de naissance, les dispositions légales y relatives s'y appliquent durant la première année après, respectivement, la conclusion, l'entrée en vigueur d'une augmentation non prévue initialement (en ce qui concerne cette augmentation) ou la remise en vigueur des couvertures « capital-décès » et « avance capital invalidité totale et permanente » et, en ce qui concerne les autres couvertures (assurances complémentaires) pour toute leur durée.

La garantie principale ne pourra être contestée un an après la conclusion du contrat, l'entrée en vigueur d'une augmentation non prévue initialement ou la remise en vigueur des couvertures. Les garanties supplémentaires pourront être contestées pendant toute la durée du contrat.

Toute fraude, omission volontaire ou déclaration volontairement inexacte entraîne la nullité de la (des) couverture(s) concernées. Les primes échues au moment où l'Assureur en prend connaissance lui restent acquises.

4. PORTEE DE LA COUVERTURE

4.1 Date d'effet et prise d'effet

Les couvertures et toutes les augmentations de leur montant assuré nominal sont soumises aux critères d'acceptation généraux que l'Assureur applique pour des questions juridiques et fiscales et de technique d'assurances (entre autres : résultat favorable de formalités médicales et éventuellement d'exams médicaux, caractère spécifique de certaines couvertures, montant de la garantie, limitations fiscales, disposition des éléments de calcul nécessaires).

Si l'assuré a plus de 60 ans, une augmentation de couverture pour un contrat déjà en vigueur ne peut être souscrite. Un nouveau contrat peut être souscrit mais sans couverture, ni couverture supplémentaire.

Les couvertures ne sont assurées que si elles sont explicitement reprises dans le Certificat valant Conditions Particulières et ce pour les montants et selon les modalités qui y sont explicitement reprises. Les couvertures prennent cours à la date d'effet du contrat d'assurance, mais au plus tôt à la date de paiement de la première prime ou de la prime unique, celle-ci étant la date valeur de cette prime sur le compte bancaire de l'Assureur.

Dans l'hypothèse où une couverture temporaire gratuite est octroyée par l'Assureur, la condition du paiement de la prime n'est pas exigée avant la fin de cette période.

4.2 Etendue géographique

L'assurance est valable dans le monde entier.

4.3 Risques exclus

L'assureur ne prête pas de couverture pour la couverture principale, ni la couverture supplémentaire, et limite par conséquent la prestation en cas de décès à la réserve constituée, 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 an 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 d'un assuré résulte d'un des risques non couverts, l'Assureur paiera la valeur de rachat théorique du contrat. Ces prestations sont versées au(x) bénéficiaire(s) désigné(s), à l'exclusion du bénéficiaire dont le fait intentionnel ou l'instigation serait la cause du décès de l'assuré.

4.4 Membres du personnel de la Défense

Cette disposition n'est d'application que lorsqu'il est satisfait à l'ensemble des conditions suivantes lors de la souscription ou l'adaptation de la présente police :

- L'Assuré ou un des Assurés est un membre du personnel de la Défense.
- L'assurance sur la vie garantit le remboursement du capital d'un crédit hypothécaire contracté pour la construction, la transformation ou l'acquisition d'une habitation dont le membre du personnel de la Défense est (co)propriétaire.
- Le membre du personnel de la Défense utilise l'habitation comme résidence principale dans les deux ans à compter de la souscription de la présente assurance ou à partir de l'adaptation de la présente assurance à la convention conclue entre Assuralia et l'État belge telle que mentionnée ci-dessous.

Les risques qu'un membre du personnel de la Défense encourt dans le cadre de l'exercice de sa fonction professionnelle sont régis par la « Convention relative à la couverture du risque de décès des membres du personnel de la Défense » du 15 décembre 2020 conclue entre Assuralia et l'État belge à laquelle l'Assureur a adhéré. Cette convention est par conséquent d'application lorsque le décès survient dans des circonstances décrites dans la susdite convention. L'Assureur ne prévoit ainsi aucune intervention dans les situations suivantes :

- lorsque le décès résulte d'un risque pour lequel la convention prévoit le versement d'une indemnité par la Défense ;
- en cas de décès par suicide dans l'année qui suit l'entrée en vigueur de la présente assurance ;
- en cas de décès consécutif à un crime ou un délit, commis intentionnellement par l'assuré en tant qu'auteur ou coauteur et dont il a pu prévoir les conséquences.

Pour les décès qui ne surviennent pas dans les circonstances décrites dans la convention, les conditions contractuelles de la présente assurance demeurent en vigueur. Cette convention peut être consultée via <https://www.assuralia.be/fr/infos-secteur/conventions/994-convention-militaires-2021>

Cette convention cesse de produire ses effets dès que l'Assuré ne fait plus partie du personnel de la Défense ou dès que l'habitation pour laquelle le crédit hypothécaire a été contracté n'est plus la résidence principale du membre du personnel de la Défense (sauf la situation dans laquelle ce dernier séjourne temporairement ailleurs pour des raisons professionnelles légitimes). Il est demandé à l'Assuré qui est un membre du personnel de la Défense lors de la souscription de la présente assurance ou qui devient un membre du personnel de la Défense pendant la durée de la présente assurance de le signaler à l'Assureur respectivement avant la signature de la présente assurance ou dans les six mois qui suivent son entrée en service auprès de la Défense.

4.5 Fin de la garantie

Si une date de terme du contrat est mentionnée, toutes garanties cessent au plus tard à cette date. En cas de contrat souscrit sans terme (contrat à vie) les garanties cessent lors du paiement des prestations du risque.

La garantie prend automatiquement fin dès que l'assuré a atteint l'âge de 80/65 ans, pour respectivement, la couverture principale et la couverture complémentaire.

5. PAIEMENT DE LA PRIME

Le paiement de la prime se fait sur le compte bancaire indiqué par l'Assureur avec mention des références communiquées sur la proposition d'assurance. Les primes sont payables anticipativement, taxes comprises, pour la durée stipulée au Certificat et tant que celui-ci reste en vigueur.

L'Assureur peut refuser tout autre mode de paiement. Le paiement de la prime à l'intermédiaire n'a pas d'effet libératoire vis-à-vis de l'Assureur.

Le paiement de la prime sera soumis aux différents contrôles imposés par la législation anti-blanchiment

6. BENEFICIAIRES

Le versement des prestations assurées en cas de décès s'effectue aux bénéficiaires selon l'ordre indiqué dans les Conditions Particulières. Une quittance de paiement collective est adressée aux bénéficiaires d'un même ordre. Si plusieurs bénéficiaires d'un même ordre sont mentionnés, les héritiers d'un bénéficiaire décédé prennent sa place. Les bénéficiaires d'un ordre inférieur deviennent ayants droit lorsque tous les bénéficiaires d'un ordre supérieur sont décédés.

Lorsque le bénéficiaire accepte le bénéfice du contrat, il acquiert par principe un droit irrévocable sur les prestations qu'il sera appelé à recevoir. Ce droit irrévocable a pour conséquence que le preneur d'assurance ne peut plus demander la valeur de rachat, modifier la clause bénéficiaire ou en céder le bénéfice en garantie d'une dette sans l'accord écrit du bénéficiaire acceptant.

7. SINISTRES

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 aussi 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 lesquelles celui-ci est survenu. L'assureur peut réclamer toute pièce supplémentaire comme, le contrat avec tous les avenants, la preuve de paiement de la dernière prime, un acte de notoriété faisant preuve du droit du bénéficiaire, sauf si celui-ci est désigné nommément dans le contrat. Il faut toujours y ajouter un certificat médical qui soit conforme au modèle entièrement complété de l'assureur, mentionnant de la cause du décès. 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'a/ont pas, dans les 30 jours après la notification, signalé par lettre recommandée à l'assureur qu'il(s) n'est/est pas d'accord.

En cas de production de faux certificats, de fausses déclarations ou lorsqu'on garde intentionnellement le silence ou on ne mentionne pas certains faits ou 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 tenu de payer la prestation en cas de décès à un quelconque bénéficiaire qui a intentionnellement causé la mort de l'assuré(s) ou a été l'instigateur. Dans ce cas de figure, l'assureur peut ne pas considérer cette personne comme étant bénéficiaire.

L'Assureur verse les sommes dues, après imputation des éventuels frais, retenues légales, indemnités et autres sommes qui seraient encore dues à l'Assureur ou à des tiers (créanciers gagistes ou autres), dans les trente jours après réception d'une quittance de règlement dûment complétée et signée.

L'assureur ne sera pas tenu de verser des intérêts suite au retard du paiement des prestations dont sa responsabilité n'est pas mise en cause.

8. RESILIATION, RACHAT ET REDUCTION

8.1 Résiliation

Le preneur d'assurance a le droit de résilier le contrat dans les trente jours à compter de sa prise d'effet ou, s'il est indiqué dans la proposition d'assurance que le contrat sert à couvrir un crédit, dans les trente jours qui suivent la date à laquelle il est informé que son crédit n'est pas accordé. La demande de résiliation se fait par lettre recommandée à laquelle la preuve de paiement de(s) prime(s) doit être jointe.

8.2 Rachat et réduction

Sauf pour les contrats à primes périodiques payables pendant une période supérieure à la moitié du contrat ou si certaines dispositions légales ou réglementaires l'interdisent, le preneur

d'assurance a le droit de racheter ou réduire le contrat. La demande se fait par lettre recommandée à laquelle la preuve de paiement de(s) prime(s) doit être jointe.

8.2.1 Rachat

Dans ce cas l'Assureur versera la valeur de rachat théorique en retenant une indemnité de rachat. Cette indemnité de rachat est égale à 5 % de la valeur de rachat théorique avec un minimum de EUR 75,00 (Indexés à l'indice de santé ; base 2004=100). Le pourcentage de 5 % de la valeur de rachat théorique diminue de 1 % par an pendant les cinq dernières années pour atteindre 0 % au terme du contrat. Le rachat doit être demandé par lettre recommandée. Les frais ne peuvent être supérieurs à 5 % du montant de rachat.

Le rachat met fin, dès sa date d'effet, à toutes les couvertures, au moment où l'Assureur en prend connaissance.

8.2.2 Réduction

La réduction du contrat se fait en maintenant les capitaux assurés et en utilisant la valeur de rachat théorique jusqu'à son épuisement et en retenant une indemnité de EUR 75,00 (Indexés à l'indice de santé ; base 2004=100). Les frais ne peuvent être supérieurs à 5 % du montant de rachat.

8.3 Remis en vigueur

Le preneur d'assurance peut remettre en vigueur un contrat réduit ou racheté pour les prestations assurées à la date de réduction. La période d'acceptation est de trois ans pour un Contrat Réduit et de trois mois pour un contrat racheté.

L'Assureur remet en vigueur le contrat racheté après réception de la valeur de rachat. L'Assureur calculera la nouvelle prime sur base de la nouvelle valeur théorique de rachat.

L'Assureur se réserve le droit de subordonner cette remise en vigueur aux résultats favorables de sa procédure d'acceptation dont les frais éventuels sont à charge du preneur d'assurance et à condition que toutes les primes arriérées, majorées des intérêts et des frais administratifs aient été payées.

L'Assureur remet en vigueur le contrat et les garanties qui y étaient prévues, à condition qu'au cours des trois mois suivant la mise en réduction une demande écrite de remise en vigueur ait été adressée à l'Assureur et que toutes les primes arriérées, majorées des intérêts et des frais administratifs aient été payées.

9. CESSATION DU PAIEMENT DE LA PRIME

En cas de non-paiement d'une prime, ou d'une fraction de prime, et après l'échéance de cette prime, l'Assureur envoie une lettre recommandée, qui vaut mise en demeure, au preneur d'assurance pour lui rappeler les conséquences d'un non-paiement. Si la prime n'est pas payée dans les trente jours suivant cette lettre recommandée, le contrat sera réduit, ou si le contrat ne donne pas droit à la réduction, résilié.

Une lettre du preneur d'assurance indiquant qu'il cesse le paiement des primes ou qu'il demande le rachat ou la réduction du contrat, dispense l'Assureur de l'envoi d'une lettre recommandée et interrompt le délai à la date de cette lettre.

10. FRAIS EXCEPTIONNELS

Lorsque l'Assureur doit envoyer une lettre recommandée à cause du non-paiement d'une prime, l'Assureur se réserve le droit de faire participer le preneur d'assurance aux frais occasionnés à concurrence de EUR 40,00 (indexé à l'indice santé, base 2004=100)

Lorsqu'il est explicitement demandé par le preneur d'assurance d'adapter le contrat, l'Assureur se réserve le droit de faire participer le preneur d'assurance aux frais à concurrence d'un montant de EUR 40,00 (indexé à l'indice santé, base 2004=100).

Lorsqu'une prime est inférieure à EUR 50,00 (indexé à l'indice santé, base 2004=100) et qu'elle n'est pas payée par domiciliation bancaire, l'Assureur se réserve le droit de faire participer le preneur d'assurance aux frais à concurrence d'un montant de EUR 1,00 (indexé à l'indice santé, base 2004=100).

Ces frais doivent être payés sur le compte de l'Assureur par le preneur d'assurance. L'Assureur se réserve le droit de déduire ces frais directement de la valeur de rachat théorique du contrat.

Outre 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.

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

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.

11. GARANTIE SUR DEUX TÊTES

En cas d'une assurance sur deux têtes, dans laquelle le capital décès est payé au premier décès d'un des deux assurés, pour autant que cet assuré décède avant le terme du contrat et pour autant que toutes les conditions de ce contrat soient respectées, mentionnés au Certificat d'assurance valant Conditions Particulières.

Le contrat prend immédiatement fin au premier décès d'un des deux assurés. En aucun cas un capital n'est versé au décès du deuxième assuré. En cas de décès simultané des deux assurés, il sera considéré que l'assuré le plus âgé est décédé le premier.

Les couvertures sur deux têtes auxquelles il a été mis fin avant le terme pour toute autre cause qu'un décès, peuvent être poursuivies (par un des deux assurés ou les deux) à titre individuel en souscrivant un nouveau contrat aux conditions tarifaires appliquées par l'Assureur à ce moment. Pour autant que les couvertures assurées et la date du terme des couvertures de l'assurance soient identiques au contrat original et que la demande se fasse par écrit dans les trente jours à dater de la prise de fin du contrat original, l'Assureur n'exigera pas de nouvelles conditions médicales.

12. PARTICIPATION AUX BENEFICES

Cette assurance ne donne pas lieu à l'octroi d'une participation aux bénéfices de l'Assureur.

13. GARANTIE DE TARIF

Le tarif de base est le tarif « Family Smoker ».

L'Assureur garantit les bases tarifaires pendant toute la durée du contrat pour le tarif de base, sauf si les dispositions réglementaires sont modifiées par l'autorité de contrôle. Si certaines réductions ont été accordées sur le tarif de base, ces réductions ne sont garanties que pour une période de 3 ans.

Au terme de cette période, une analyse actuarielle est réalisée pour vérifier que les contrats de cette nature continuent à octroyer un bénéfice à l'Assureur, faute de quoi les réductions octroyées peuvent être remises en cause sur base d'un plan de redressement communiqué à la CBFA. Une révision de ces conditions ne peut se faire que sur base de données objectives et pour l'ensemble des contrats d'une même catégorie.

Le résultat de cette analyse dépendra également du maintien du plan de réassurance de l'Assureur.

Les modifications des conditions tarifaires peuvent se faire à la hausse comme à la baisse. Le preneur d'assurance sera informé par écrit de ces modifications éventuelles. Le preneur d'assurance peut s'y opposer et arrêter le contrat avec remboursement de la valeur de rachat. En cas d'augmentation des garanties, les bases tarifaires en vigueur au moment de la prise d'effet de l'augmentation seront appliquées sur l'augmentation.

14. DISPOSITIONS DIVERSES

14.1 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.

14.2 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.

14.3 Cadre légal

14.3.1 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.

14.3.2 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.

14.4 Protection des données à caractère personnel

Le présent Contrat est soumis au règlement européen (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des données à caractère personnel (GDPR ou RGPD) depuis le 25 mai 2018.

On entend par « données à caractère personnel » toute information concernant une personne physique identifiée ou identifiable (« personne concernée »); est réputée identifiable une personne physique qui peut être identifiée, directement ou indirectement, notamment par référence à un identifiant, tel qu'un nom, un numéro d'identification, des données de localisation, un identifiant en ligne, ou à un ou plusieurs éléments spécifiques propres à son identité physique, physiologique, génétique, psychique, économique, culturelle ou sociale. La protection porte sur des données à caractère personnel que l'Assureur obtient directement du courtier ainsi que sur des données à caractère personnel liées au Preneur d'assurance.

Les données à caractère personnel ne seront traitées que dans la mesure où il existe une finalité qui rend leur traitement nécessaire et si elles sont nécessaires pour la finalité poursuivie.

14.4.1 Finalités

L'Assureur traitera des données à caractère personnel pour les finalités suivantes :

- l'exécution de contrats conclus avec l'Assureur, et notamment la gestion de dossiers des clients, l'offre et la gestion d'assurances de personnes, l'exécution d'ordres de paiement et d'opérations en rapport avec des instruments financiers ;

- la gestion interne de l'entreprise, comme des finalités d'information interne, un fonctionnement administratif optimal, la protection, la gestion des litiges ou la gestion des risques par des analyses ou des modèles, la gestion de l'infrastructure informatique interne, comme l'assistance au bon fonctionnement des réseaux.
- communications de marketing direct adressées au courtier, par e-mail, mailings, informations sur les services offerts par l'Assureur, les produits financiers et d'assurance, les promotions et événements organisés par l'Assureur.
- les obligations légales :
 - la gestion des risques et des finalités de contrôle, notamment dans le cadre de la surveillance de la lutte contre le blanchiment d'argent ; la détection et/ou le traitement approprié et/ou la prévention d'irrégularités, de violations de dispositions légales ou contractuelles et d'actes frauduleux commis par l'Assureur, ses courtiers, ses intermédiaires ou des tiers. Cela inclut également les rapports émanant de ou adressés à des autorités de contrôle, à la Cellule de traitement des informations financières (CTIF) et l'échange de données avec des administrations belges et étrangères dans le cadre du CRS, de l'AEIOI, du FATCA ou d'autres obligations légales.
 - Point de contact central (PCC) : contribution à la liste de tous les comptes et contrats financiers existants en Belgique, qui est mise à la disposition de certaines autorités, personnes et organismes. Les données stockées dans le PCC peuvent être utilisées notamment dans le cadre d'une enquête fiscale, de la détection d'infractions punissables et de la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et de la grande criminalité. Le preneur d'assurance a le droit de consulter les données enregistrées à son nom. Pour ce faire, il suffit d'envoyer une demande écrite, datée et signée au PCC (cap.pcc@nbb.be, PCC Banque Nationale de Belgique, Boulevard de Berlaimont 14, 1000 Bruxelles). Les données sont conservées dans le PCC jusqu'à 10 ans après la fin de la relation contractuelle. Ensuite, elles sont irrévocablement supprimées.

14.4.2 Base juridique

Les données à caractère personnel ne seront traitées que dans les trois situations suivantes :

- se conformer aux obligations légales incombant à l'assureur;
- si la personne concernée a donné son consentement (explicite) à cet effet, notamment pour le traitement des données de santé ou, si la loi l'exige, pour recevoir du marketing direct;
- à la suite de la conclusion, de l'exécution et de la gestion de l'Accord;
- en raison de la défense d'intérêts légitimes, et en particulier de l'intérêt légitime de l'assureur à garantir des opérations commerciales fluides et sûres, à gérer le contrat de manière fluide et efficace, à envoyer aux clients existants du marketing direct par courrier électronique et à garantir le respect des lois de la législation et les réglementations non européennes.

14.4.3 Catégories de données personnelles

En particulier, l'Assureur traitera les catégories de données personnelles suivantes dans le cadre du Contrat:

- Données d'identification;
- Détails du contact;
- Données de santé;
- Informations financières générales;
- Données professionnelles.

14.4.4 Partage des données à caractère personnel

Dans le cadre des finalités susmentionnées, les données à caractère personnel peuvent être communiquées à des sociétés liées à l'Assureur, à des prestataires de services externes qui ??? des données à caractère personnel dans le cadre de l'exécution de contrats, ainsi qu'à d'autres tiers concernés, tels qu'un établissement de crédit ou un (ré)assureur, une autorité publique compétente, un avocat ou un médiateur dans le cadre d'un règlement de litiges.

14.4.5 Confidentialité

Les parties ont pris les mesures techniques et organisationnelles nécessaires pour assurer la confidentialité et la sécurité des données à caractère personnel. Seuls les collaborateurs qui traitent les données à caractère personnel à des fins professionnelles ou qui doivent le faire auront accès à ces données.

14.4.6 Conservation des données traitées

Les données à caractère personnel ne seront pas conservées plus longtemps que ce qui est strictement nécessaire pour réaliser la finalité, compte tenu des délais de prescription ou des périodes de conservation imposés par la législation ou la réglementation.

14.4.7 Droits de la personne concernée

La personne concernée dont les données à caractère personnel sont traitées peut :

- demander d'avoir accès à ces données ;
- demander que les données incorrectes soient corrigées ;
- demander la suppression de données ;
- obtenir une limitation du traitement ;
- obtenir et/ou faire transférer des données à un autre responsable du traitement ;
- s'opposer au traitement.

Pour connaître l'étendue et la portée des droits susmentionnés, il est renvoyé à la politique de confidentialité sur le site web de l'Assureur.

La personne concernée peut toujours s'opposer à l'utilisation de ses données à caractère personnel à des fins de marketing direct.

Toute question relative aux droits susmentionnés peut être adressée :

Par courrier à l'Assureur : Patronale Life, Service Protection des données à caractère personnel, Boulevard Bischoffsheim 33, B-1000 Bruxelles

Par e-mail à l'Assureur : privacy@patronale-life.be

Toute réclamation concernant le traitement des données à caractère personnel peut être adressée à privacy@patronale-life.be ou à l'Autorité de protection des données.

14.5 Réclamations et litiges

14.5.1 Réclamations en rapport avec le Contrat

Si vous avez une réclamation à formuler concernant votre Contrat, vous pouvez contacter l'Assureur comme suit :

1. Via le formulaire de contact sur le site web.
2. En envoyant un e-mail à klachten@patronale-life.be.
3. Par téléphone au numéro 02 511 60 06

4. Par courrier adressé à Patronale Life, Gestion des plaintes, Boulevard Bischoffsheim 33, B-1000 Bruxelles

Si vous n'avez pas obtenu de solution satisfaisante, vous pouvez vous adresser à l'Ombudsman des assurances, Square De Meeûs 35, 1000 Bruxelles (e-mail : info@ombudsman.as), sans préjudice de la possibilité d'intenter une action en justice.

Les litiges entre les parties relèvent de la compétence des tribunaux belges. Le droit belge s'applique au présent Contrat (voir point 6.8.1. des présentes Conditions générales).

14.5.2 Réclamations relatives à des questions médicales

Les litiges concernant des questions médicales peuvent également, pour autant que les parties marquent explicitement leur accord par écrit à ce sujet au plus tôt au moment où le litige naît, être tranchés par une expertise médicale à l'amiable (arbitrage), où les parties désignent chacune un médecin. À défaut d'accord entre les médecins, un médecin « tiers » est désigné par eux ou, à défaut d'accord, par le Président du Tribunal de première instance compétent. Le collège ainsi formé décide à la majorité des voix 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 règle les honoraires du médecin qu'elle a désigné. Les honoraires de l'éventuel médecin « tiers » sont pris en charge à parts égales par les parties.

Coordonnées

Vous pouvez obtenir de plus amples informations en envoyant un courrier à : Patronale Life, Boulevard Bischoffsheim 33, B-1000 Bruxelles ; ou par e-mail à info@patronale-life.be.