



Conditions générales Assurance-vie branche 23 Securex Life Fund Plan

Référence : BRANCHE23-CG-SLFP-122022

Securex Vie aam

Siège social : avenue de Tervueren 43, 1040 Bruxelles - compagnie d'assurance belge agréée par l'A.R. du 5 janvier 1982 (M.B du 23 janvier 1982) sous le numéro 944 pour l'exercice des activités d'assurance suivantes : branches 1a, 2, 21, 22 et 23 - RPM de Bruxelles - Numéro d'entreprise : 0422.900.402 - IBAN BE67 7320 3303 2187- BIC CREGBEBB
Avenue de Tervueren 43, 1040 Bruxelles – vie@securex.be – www.securex.be

SOMMAIRE

1. DEFINITIONS.....	3
2. FONCTIONNEMENT GENERAL DU CONTRAT	3
2.1 ENTREE EN VIGUEUR ET PAIEMENT DES PRIMES	3
2.2 CONSTITUTION DES AVOIRS SUR COMPTE.....	3
2.3 VALEUR DES AVOIRS SUR COMPTE / MODES DE PLACEMENT	4
3. COUVERTURES.....	4
3.1 VERSEMENT AU TERME DU CONTRAT.....	4
3.2 VERSEMENT EN CAS DE DECES	4
3.3 VERSEMENT EN CAS D' INCAPACITE DE TRAVAIL.....	6
3.4 DISPOSITIONS GENERALES	10
4. DROITS DU PRENEUR D'ASSURANCE.....	12
4.1 DISPOSITIONS GENERALES	12
4.2 RESILIATION	12
4.3 CHANGEMENT DE REGLES DE PLACEMENT ET DE MODE DE PLACEMENT	12
4.4 DESIGNATION ET CHANGEMENT DE BENEFICIAIRES	12
4.5 RACHAT.....	13
4.6 AVANCE.....	13
4.7 MISE EN GAGE.....	13
4.8 CESSION DES DROITS.....	13
5. DROITS DU (DES) BENEFICIAIRE(S).....	13
6. DISPOSITIONS DIVERSES	14
6.1 CONVERSION DE MONTANTS MONETAIRES EN UNITES ET INVERSEMENT	14
6.2 CHARGEMENTS ET IMPOTS	15
6.3 CERTIFICAT PERSONNEL ET EXTRAIT DE COMPTE ANNUEL	16
6.4 REMISE EN VIGUEUR	16
6.5 VERSEMENTS	16
6.6 CORRESPONDANCE ET PREUVE.....	17
6.7 MODIFICATION DES CONDITIONS GENERALES	17
6.8 CADRE LEGAL	17
6.9 PROTECTION DE LA VIE PRIVEE	18
6.10 PLAINTES ET LITIGES	19
6.11 AVERTISSEMENT	20

1. DEFINITIONS

assureur	Securex Vie aam - Siège social: Avenue de Tervueren 43, 1040 Bruxelles - Agréée par AR du 5.1.1982 (MB 23.1.1982) sous le n° 944 pour pratiquer les opérations d'assurance-vie (branche 1a, 2, 21, 22, 23) - RPM Bruxelles - n° d'entreprise: 0422.900.402
contrat	l'assurance-placement, comprenant les présentes Conditions Générales, le(s) Règlement(s) de Gestion, le Certificat Personnel et d'éventuels autres documents, qui doivent être lus conjointement et forment un ensemble
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' se rapporte, selon le contexte, conjointement aux deux preneurs d'assurance ou séparément à chaque preneur d'assurance
assuré(s)	la (les) personne(s) physique(s) sur la tête de laquelle (desquelles) la (les) couverture(s) est (sont) conclue(s)
bénéficiaire(s)	la (les) personne(s) à qui revien(nen)t le(s) versement(s) prévus dans le contrat
avoirs sur compte ou réserve	la valeur du contrat à un moment déterminé

2. FONCTIONNEMENT GENERAL DU CONTRAT

2.1 Entrée en vigueur et paiement des primes

Le contrat entre en vigueur à la date indiquée dans le Certificat Personnel. La date de paiement d'une prime est la date valeur de cette prime sur le compte bancaire de l'assureur.

Le paiement de prime se fait directement sur le compte bancaire indiqué par l'assureur avec mention des références communiquées. Le paiement de prime n'est pas obligatoire, sauf si le preneur d'assurance s'y est obligé par un autre engagement que le contrat (comme un emprunt ou un crédit). Si le Certificat Personnel l'autorise de manière explicite, des primes complémentaires peuvent être versées sur le compte bancaire indiqué par l'assureur en sus de la (des) prime(s) convenue(s) et ce, selon les modalités convenues.

2.2 Constitution des avoirs sur compte

En vue du financement des prestations d'assurance prévues dans le Certificat Personnel, des avoirs sur compte sont constitués auprès de l'assureur. Ces avoirs sur compte sont constitués dans un premier temps par la/les prime(s) à attribuer destinée(s) pour la couverture vie/décès. Une prime à attribuer est une prime versée par le preneur d'assurance (prime brute) sous déduction de la prime de risque éventuelle pour la couverture en cas d'incapacité de travail (3.3) et sous déduction d'impôts et des chargements d'entrée (voir Annexe - Récapitulatif des frais liés à Securex Life Fund Plan).

Les avoirs sur compte sont investis dans un ou plusieurs modes de placement (voir 2.3). Le rendement de chaque mode de placement change les avoirs sur compte.

Les avoirs sur compte peuvent également diminuer par l'imputation de certains chargements (chargements de sortie, chargements de gestion, chargements de changement) ou impôts. Le versement au terme du contrat et le versement en cas de décès à raison des avoirs sur compte (voir 3.1 et 3.2) sont aussi soustraits des avoirs sur compte.

2.3 Valeur des avoirs sur compte / modes de placement

Les modes de placement des avoirs sur compte sont liés à un fonds d'investissement et ressortent ainsi de la branche dite 23. Le(s) mode(s) de placement applicable(s) est (sont) mentionné(s) dans le Certificat Personnel. Les Règlements de Gestion décrivent les caractéristiques de chaque mode de placement.

La valeur des avoirs sur compte est exprimée en unités. L'évolution de la valeur d'unité est liée à l'évolution de la valeur d'un fonds d'investissement. Les fluctuations de la valeur d'unité entraînent ainsi une augmentation ou une diminution des avoirs sur compte. La valeur des avoirs sur compte à un certain moment s'obtient en multipliant le nombre d'unités par leur valeur respective à ce moment.

La valeur des avoirs sur compte est communiquée au moins une fois par an au preneur d'assurance par le biais d'un extrait de compte. Il y est également donné un aperçu de l'évolution des avoirs sur compte depuis l'extrait de compte précédent.

3. COUVERTURES

3.1 Versement au terme du contrat

Si le contrat a un terme et que 'l'événement assuré' dans le cadre de la couverture 'versement en cas de décès' (voir 3.2.1.1) ne s'est pas produit avant le terme, les avoirs sur compte constitués au terme sont versés au(x) bénéficiaire(s) 'au terme' et le contrat prend fin.

3.2 Versement en cas de décès

3.2.1 Description de la couverture

3.2.1.1 Événement assuré

Si l'assuré décède pendant la période de couverture (voir 3.2.2.1), l'assureur verse le capital convenu au(x) bénéficiaire(s) 'en cas de décès' ('capital-décès') et le contrat prend fin.

S'il y a deux assurés, 'le décès de l'assuré' doit s'entendre comme, selon ce qui a été convenu, le décès soit d'un des deux assurés ('premier décès de deux'), soit des deux assurés ('dernier décès de deux').

- Si l'événement assuré implique le décès d'un des deux assurés ('premier décès de deux'), la couverture ne vaut que si au moins un des deux assurés décède pendant la période de couverture et la date de survenance de l'événement assuré est la date du (premier) décès.
- Si l'événement assuré implique le décès des deux assurés ('dernier décès de deux'), la couverture ne vaut que si les deux assurés décèdent pendant la période de couverture et la date de survenance de l'événement assuré est la date du décès du dernier assuré survivant.

En cas de décès (simultané ou non) des deux assurés, il n'y a pas de 'double versement'.

3.2.1.2 Montant

Pour le calcul du capital-décès à verser, le montant assuré (et le montant sous-jacent des avoirs sur compte sur la base du nombre d'unités et des valeurs d'unité) à la date de survenance de l'événement assuré (voir 3.2.1.1) est pris en considération (voir cependant 3.2.3 en cas de déclaration tardive du décès). Il n'y a pas de participation bénéficiaire en cas de décès.

Sauf demande contraire du preneur d'assurance avec l'accord écrit de l'assureur, le montant assuré du capital décès est, en cas de rachat partiel (voir 4.5), automatiquement diminué du montant du rachat partiel.

3.2.2 Etendue de la couverture

3.2.2.1 Période de couverture

La période de couverture commence et expire au plus tard aux dates respectives indiquées dans le Certificat Personnel. Sauf indication contraire dans le Certificat Personnel, la période de couverture commence 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. Si le contrat a un terme, la période de couverture expire toujours au plus tard au terme. Si le contrat n'a pas de terme, la période de couverture expire au plus tard lors de la survenance de 'l'événement assuré' (voir 3.2.1.1).

3.2.2.2 Etendue géographique

La couverture en cas de décès est valable dans le monde entier.

3.2.2.3 Risques exclus

L'assureur limite le versement en cas de décès aux avoirs sur compte constitués sur la base du nombre d'unités et des valeurs d'unité à la date de survenance de 'l'événement assuré' (voir 3.2.1.1; voir cependant aussi 3.2.3 en cas de déclaration tardive du décès) si le décès est la conséquence directe ou indirecte:

- du suicide au cours de la première année après l'entrée en vigueur ou la remise en vigueur de la couverture; le même délai d'un an vaut pour toute augmentation du montant assuré nominal de la couverture, en ce qui concerne cette augmentation et à compter de sa prise d'effet ;
- de l'exécution d'une condamnation judiciaire à la peine de mort ;
- d'un crime ou d'un délit intentionnel commis par l'assuré en tant qu'auteur ou coauteur ;
- d'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 ;
- d'une émeute et de 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 ;
- d'une guerre ou de tout fait analogue et d'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 ;
- de 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.

Le risque de terrorisme est couvert selon les conditions et modalités et dans les limites de la loi du 1^{er} avril 2007 relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme et ses arrêtés d'exécution, étant toutefois entendu qu'il n'y a pas de couverture si le décès dans ce cadre est causé par des armes ou des engins destinés à exploser par une modification du noyau atomique et qu'il n'y a pas davantage de couverture si l'assuré a participé d'une manière quelconque à l'acte de terrorisme. L'assureur est membre de l'asbl TRIP, constituée en exécution de loi précitée du 1^{er} avril 2007 (consultez, pour plus d'informations sur la couverture du risque de terrorisme et sur les limites de cette couverture, www.tripasbl.be).

3.2.3 Déclaration de sinistre

Le décès de tout assuré doit être déclaré à l'assureur au plus tard dans les 30 jours après le décès 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 sauf force majeure, l'assureur est toujours en droit de réduire son interven-

tion dans le cadre de la couverture du 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 (voir les Règlements de Gestion) depuis la date de survenance de 'l'événement assuré' (voir 3.2.1.1).

La déclaration doit mentionner le lieu, la date et l'heure du décès ainsi que les circonstances dans lesquelles il est survenu. Il faut également toujours joindre une attestation médicale - selon le modèle dûment complété de l'assureur - qui indique la cause du décès. Si une de ces obligations n'est pas remplie, l'assureur peut réduire son intervention à concurrence du préjudice qu'il a subi.

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 versées indûment, majorées des intérêts légaux.

3.3 Versement en cas d'incapacité de travail

3.3.1 Description de la couverture

3.3.1.1 Événement assuré

Dans la mesure où l'assuré est atteint d'une incapacité de travail (voir 3.3.1.2) pendant la période de couverture (voir 3.3.2.1) suite à une cause couverte, le bénéficiaire a droit à l'attribution intégral(e) ou partiel(le) de la rente 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.

La couverture 'exonération de primes en cas d'incapacité de travail' prévoit un paiement de primes poursuivi à charge de l'assureur. L'assureur gère cette couverture comme un remboursement de prime à la fin de chaque mois pour autant que le dossier sinistre soit accepté par l'assureur.

3.3.1.2 Incapacité de travail

Il est question d'incapacité de travail dès que le seuil d'incapacité de travail indiqué dans le Certificat personnel 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 diminué du degré d'invalidité économique qui découle de ou qui est lié à une cause non couverte (voir 3.3.1.3), un risque exclu (voir 3.2.2.3) et/ou une maladie ou affection préexistante non couverte (voir 3.4.2).

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 (diminué du degré d'invalidité économique qui découle de ou qui est lié à une cause non couverte, un risque exclu et/ou une maladie ou affection préexistante non couverte) et d'invalidité physiologique (diminué du degré d'invalidité physiologique qui découle de ou qui est lié à une cause non couverte, un risque exclu et/ou une maladie ou affection préexistante non couverte). 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 son intégrité physique. Le degré d'invalidité économique est déterminé en tenant compte de l'impossibilité totale ou partielle dans laquelle l'assuré se trouve 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, sur la base du 'Barème officiel belge des Invalidités' et de tout autre document officiel appelé à le compléter. La référence au degré d'invalidité physiologique n'a d'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 l'incapacité de travail et ont, sans porter préjudice à leur caractère forfaitaire, pour but de prévoir une intervention en cas de perte de revenus.

3.3.1.3 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.

• Un accident est un événement soudain et fortuit entraînant une lésion corporelle et dont la cause ou l'une des causes est extérieure à l'organisme de l'assuré et indépendante de sa volonté.

Ne sont pas considérés comme accidents :

- Le suicide ou une tentative de suicide ;
- Les maladies et leurs conséquences, les attaques d'apoplexie, les crises 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 considérés comme accidents :

- L'inhalation involontaire de gaz ou de vapeurs et l'absorption par erreur de substances toxiques ;
- Les morsures d'animaux et les piqûres d'insectes ;
- La noyade ;
- La foudre ;
- Le sauvetage de personnes en danger.

• 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 pré- ou postnatal ne sont pas considérés comme une maladie et ne sont donc pas couverts dans le cadre de cette convention, sauf si, par rapport à la grossesse, à l'accouchement ou au repos pré- ou postnatal, une pathologie venait à se présenter relevant bien de la couverture, dont le diagnostic est établi un médecin agréé en Belgique.

3.3.1.4 Montant

3.3.1.4.1 Généralités

Sous réserve des dispositions ci-dessous, les rentes d'incapacité de travail sont égales à leur(s) montant(s) assuré(s) au terme du délai de carence. Elles sont 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.

3.3.1.4.2 Degré d'incapacité de travail

La/les rente(s) d'incapacité de travail est/sont attribuée(s) proportionnellement au degré d'incapacité de travail pour autant que le seuil d'incapacité de travail soit atteint (voir 3.3.1.2). 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, l'attribution de la/des rente(s) d'incapacité de travail prend fin. L'assureur n'effectue pas d'attribution (majorée) en cas d'augmentation du degré d'incapacité de travail qui survient après la période de couverture (voir 3.3.2.1) et donc pas davantage après que la couverture ait pris fin.

3.3.1.4.3 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 $((TP - PIT) \times IT)$, où :

TP = le montant total, sur base annuelle, des primes futures convenues (sans taxes ou prélèvements)

PIT = le montant de primes qui est normalement destiné au financement de la couverture en cas d'incapacité de travail ;

IT = le degré d'incapacité de travail.

La prestation 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 3.3.1.4.2).

S'il était déjà prévu dans le Certificat personnel une évolution future du 'TP' et/ ou du '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 montants.

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

Il est remarqué à cet égard que les couvertures 'rentes d'incapacité de travail' bénéficient d'une exonération de primes 'endogène' pendant la période durant laquelle et dans la mesure où l'assureur attribue effectivement une rente d'incapacité de travail, ce qui implique que ces couvertures se poursuivent, à concurrence du degré d'incapacité de travail pour lequel l'assureur accorde effectivement son intervention, sans paiement de primes dans leur dernière situation assurée (périodes de couverture et de paiement, délai de carence, etc.).

3.3.1.5 Période de paiement

L'assureur est redevable des rentes d'incapacité de travail - sans rétroactivité - dès l'expiration du délai de carence indiqué dans le Certificat personnel. Le délai de carence prend cours à la date du début de l'incapacité de travail.

Les rentes d'incapacité de travail sont attribuées au plus tard jusqu'au terme de la période de paiement indiquée dans le Certificat personnel ou jusqu'au décès antérieur de l'assuré. Si 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 :

- Si 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 ;
- Si 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.

3.3.1.6 Rechute

Il est question de rechute lorsqu'une incapacité de travail débute dans les trois mois suivant la fin d'une période d'incapacité de travail précédente et relève de la même cause que cette incapacité de travail précédente.

En cas de rechute, la période d'incapacité de travail précédente est prise en compte pour le calcul du délai de carence.

3.3.2 Étendue des couvertures en cas d'incapacité de travail

3.3.2.1 Période de couverture

La période de couverture des couvertures en cas d'incapacité de travail commence et expire au plus tard aux dates respectives indiquées dans le Certificat personnel. Sauf indication contraire dans le Certificat personnel, la période de couverture commence au plus tôt à la date de réception de la première prime ou de la prime unique.

Si 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.

3.3.2.2 Étendue géographique

Les couvertures en cas d'incapacité de travail sont en principe valables dans le monde entier, pour autant que l'assuré ait sa résidence habituelle en Belgique et dans la mesure où l'assureur peut, selon sa propre appréciation, (continuer d') exercer le contrôle médical nécessaire sans difficultés, ni frais exceptionnels. En cas de séjour de l'assuré en dehors de l'Union européenne, les rentes d'incapacité seront versées pendant une période de trois mois maximum. Les prestations reprennent cours dès le retour de l'assuré en Belgique.

3.3.2.3 Risques exclus

L'assureur n'accorde pas de couverture et n'effectue donc pas d'attribution dans le cadre de la couverture en cas d'incapacité de travail suite à un risque qui serait exclu dans le cadre de la couverture de risque en cas de décès conformément au point 3.2.2.3 (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 la conséquence directe ou indirecte :

- De traitements que l'assuré s'est appliqués à lui-même, à l'exception des actes normaux de soins personnels ;
- D'une tentative de suicide ;

- De troubles subjectifs ou psychiques, sauf :
 - Les affections nerveuses ou les troubles psychiques énumérés ci-après de façon limitative, après application du délai de carence :
 - Dépression majeure,
 - Trouble bipolaire,
 - Trouble psychotique,
 - Trouble d'anxiété généralisée,
 - Schizophrénie,
 - Trouble dissociatif,
 - Trouble obsessionnel compulsif,
 - Anorexie
 - Boulimie nerveuse,
 dont le diagnostic est établi par un docteur en psychiatrie agréé en Belgique et qui correspond aux critères du système de référence international DSM-V ou une version actuelle au moment du sinistre ;
 - Les troubles énumérés ci-après de façon limitative après application du délai de carence avec un minimum de 180 jours :
 - Burnout,
 - Fibromyalgie,
 - Syndrome de fatigue chronique,
 - Complications psychiatriques de maladies somatiques,
 - Troubles psychiques fonctionnels et leurs conséquences,
 dont le diagnostic est établi sur la base de symptômes organiques et/ou médicalement explicables par un médecin agréé en Belgique. L'assureur n'accorde cette garantie que pour un seul sinistre pendant toute la durée du contrat et paye pendant une période d'un an au maximum.
- En ce qui concerne la couverture du risque de terrorisme, les dispositions concernées du point 3.2.2.3 s'appliquent ici de la même manière.

3.3.3 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. En cas de déclaration tardive, l'assureur peut réduire son intervention du montant du préjudice qu'elle a subi, sauf s'il est dûment démontré que la déclaration de sinistre lui 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, sont tenus de demander à tous les médecins qui administrent ou qui ont administré des soins à l'assuré de leur communiquer tous les renseignements que l'assureur sollicite et sont tenus de remettre sans délai les renseignements ainsi obtenus au médecin-conseil de l'assureur, 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 l'une de ces obligations n'est pas remplie, l'assureur peut refuser ou interrompre totalement ou partiellement son intervention.

En cas d'attribution d'une rente d'incapacité de travail, tant l'assuré que l'assureur a 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 exigera 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.

3.4 Dispositions générales

3.4.1 Communication de renseignements corrects

Lors de la conclusion, l'augmentation ou la remise en vigueur des couvertures, le preneur d'assurance et l'assuré 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. Il s'agit entre autres de l'activité professionnelle, de sports et autres activités pratiqués, ainsi que des maladies et affections déjà diagnostiquées ou dont au moins les symptômes se sont déjà manifestés.

En cas de communication inexacte de la date de naissance de l'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 cas d'omissions involontaires ou de déclarations inexactes involontaires autres que celle portant 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 de la couverture 'capital-décès' et, sauf disposition impérative contraire, pendant toute la durée du contrat en ce qui concerne les autres couvertures de risque (assurances complémentaires).

Toute fraude, omission volontaire ou déclaration inexacte volontaire entraîne la nullité de la/des couverture(s) concernée(s). Les primes échues au moment où l'assureur en prend connaissance lui reviennent. L'attention est attirée sur le fait que la loi prévoit aussi des sanctions en cas d'omissions involontaires ou de déclarations inexactes involontaires qui, selon les cas, peuvent mener jusqu'au refus de l'assureur d'accorder son intervention.

3.4.2 Acceptation des couvertures de risque par l'assureur et maladies et affections préexistantes

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'exams médicaux, caractère complémentaire de certaines couvertures de risque, couvertures maximales, sur-assurance, antisélection, limitations fiscales, accès aux éléments de calcul nécessaires, etc.). Les couvertures de risque ne sont assurées que si elles sont mentionnées dans le Certificat personnel ou si l'assureur en a donné confirmation écrite sous une autre forme.

Si des déclarations du preneur d'assurance ou de l'assuré, des formalités médicales et/ou des exams médicaux à l'occasion de la conclusion, l'augmentation ou la remise en vigueur des couvertures de risque mentionnent, révèlent ou rendent probable sur la base de symptômes une maladie ou affection existante, celle-ci est couverte, sauf contre-avis écrit de l'assureur avec mention de la maladie ou affection pour laquelle (l'augmentation de) la couverture n'est pas accordée.

Si l'assureur impute une surprime pour une couverture et/ou refuse totalement ou partiellement (par exemple pour une maladie ou affection déterminée) une couverture, cette surprime et/ou ce refus s'applique(nt) également à toute augmentation ultérieure de la/des couverture(s) concernée(s), sauf s'il en est convenu autrement.

3.4.3 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 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. L'assureur peut éventuellement aussi réduire les paramètres (délai de carence, etc.) des couvertures de risque.

De manière plus générale, l'assureur peut modifier le montant et les paramètres des couvertures pour des raisons fondées liées aux critères généraux qu'elle applique pour des raisons juridiques et fiscales et de

technique des assurances (caractère complémentaire de certaines couvertures de risque, couvertures maximales, sur-assurance, antisélection, 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 décrit ci-dessus, il en avertit le preneur d'assurance. À cette occasion, il lui remet également un Certificat personnel modifié avec mention des montants assurés (et des paramètres) adaptés des couvertures de risque.

3.4.4 Modification du degré de risque

Si un document quelconque laisse apparaître que, lors de l'acceptation d'une couverture de risque par l'assureur ou pour le calcul du tarif d'une couverture de risque, il a été tenu compte de caractéristiques particulières de l'assuré (tabagisme, activité professionnelle, statut social, sports pratiqués, domicile, etc.), toute modification de ces éléments doit être signalée spontanément par écrit dans les 30 jours à l'assureur. L'assureur est aussi en droit d'interroger le preneur d'assurance ou l'assuré sur les éventuelles modifications intervenues au niveau des caractéristiques susvisées, auquel cas le preneur d'assurance ou l'assuré est tenu d'y répondre dans le délai imparti.

Si l'aggravation ou la diminution du risque concerné était de telle nature que l'assureur aurait accordé cette couverture sous d'autres conditions, elle proposerait, dans le mois à compter de l'avis précité, d'adapter les conditions de la couverture avec effet à la date de l'aggravation du risque ou à la date à laquelle elle a eu connaissance de la diminution du risque.

Si, en cas d'aggravation du risque, la proposition de l'assureur est refusée ou n'est pas acceptée dans un délai d'un mois à compter de la réception de cette proposition, l'assureur peut résilier la couverture par lettre recommandée dans les 15 jours. Si, cependant, l'assureur peut fournir la preuve qu'elle n'aurait pas accordé la couverture dans les circonstances modifiées, il peut résilier la couverture par lettre recommandée dans un délai d'un mois à compter de la date à laquelle il a eu connaissance de l'aggravation du risque.

Si un sinistre survient avant que l'aggravation du risque ait été communiquée à l'assureur, le versement, si le fait de ne pas avoir spontanément communiqué l'aggravation du risque peut être reproché ou si le preneur d'assurance ou l'assuré n'a pas répondu aux questions y relatives posées par l'assureur, est réglé sur la base des prestations qui auraient été assurées avec la prime réellement payée, en tenant compte des caractéristiques modifiées du risque. Si, cependant, l'assureur peut fournir la preuve qu'il n'aurait pas accordé la couverture dans les circonstances modifiées, il peut limiter la prestation au remboursement de toutes les primes payées pour le risque concerné. Si le fait de ne pas avoir spontanément communiqué l'aggravation du risque ou de ne pas avoir répondu aux questions de l'assureur relève d'une intention frauduleuse, l'assureur peut refuser toute prestation et toutes les primes échues au moment où elle prend connaissance de l'omission frauduleuse lui reviennent à titre de dédommagement.

Les dispositions du présent point ne s'appliquent pas au changement de l'état de santé de l'assuré et ne valent, en ce qui concerne les couvertures en cas d'incapacité de travail, que sous respect des restrictions légales impératives spécifiques concernant les 'assurances maladie' prévues par la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.

3.4.5 Secret médical

L' (Les) assuré(s) et les tiers intéressés libère(nt) 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, y compris après un décès. L' (Les) assuré(s) donne expressément autorisation à tous médecins de transmettre au médecin-conseil de l'assureur une déclaration dûment complétée relative à la cause du décès. Le modèle de certificat établissant la cause du décès établi par l'assureur répond aux exigences de l'article 61 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, au sens où aucune information non pertinente eu égard au risque pour lequel les certificats ont été établis ou relative à d'autres personnes que l' (les) assuré(s) ne sera communiquée.

4. DROITS DU PRENEUR D'ASSURANCE

4.1 Dispositions générales

Le preneur d'assurance bénéficie de certains droits en cours de contrat. Les plus importants sont décrits aux points suivants. En application de certaines dispositions légales ou conventionnelles, il se peut toutefois que l'exercice de certains droits soit interdit, suspendu ou qu'il requiert l'accord d'un ou de plusieurs tiers (comme en cas d'acceptation du bénéficiaire, etc.). Le cas échéant, une demande d'exercice ou un ordre d'exécution d'un droit doit dès lors être contresigné(e) par le(s) tiers qui doi(ven)t marquer son (leur) consentement pour que la demande ou l'ordre puisse être considéré(e) comme valable. Si ce n'est pas le cas où, de manière plus générale, dans tous les cas où l'assureur, quelle qu'en soit la raison, ne peut donner (immédiatement) suite à une demande d'exercice ou un ordre d'exécution d'un droit, il en informe le preneur d'assurance dans les meilleurs délais et lui en communique la raison.

En présence de deux preneurs d'assurance, toute demande d'exercice ou tout ordre d'exécution d'un droit et, de manière plus générale, tout acte ou toute opération qui requiert l'accord (écrit) du preneur d'assurance, requiert l'accord (écrit) des deux preneurs d'assurance, sauf indication contraire sur le Certificat Personnel. Si le Certificat Personnel indique que l'accord (écrit) d'un des deux preneurs d'assurance suffit, l'accord (écrit) des deux preneurs d'assurance sera toutefois requis à compter du premier jour ouvrable de l'assureur après réception d'une demande écrite en ce sens qui lui est adressée par un ou par les deux preneurs d'assurance. Dans ce cas, les actes et opérations en cours d'exécution à ce jour seront annulés pour autant qu'ils n'aient pas encore pris effet sur le plan juridique.

4.2 Résiliation

Le preneur d'assurance peut résilier le 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.

Dès que la résiliation est notifiée par le preneur d'assurance à l'assureur, le contrat prend fin et l'assureur rembourse au preneur d'assurance les avoirs sur compte constitués, majorés de tous les chargements d'entrée, mais le cas échéant, après application d'une correction financière éventuelle et d'autres chargements administratifs éventuels (voir 6.1.3.2 pour les modalités pratiques).

4.3 Changement de règles de placement et de mode de placement

Le preneur d'assurance peut demander à l'assureur de modifier en cours de contrat les modes de placement des primes futures (changement de règles de placement) et/ou des avoirs sur compte déjà constitués (changement de mode de placement) (voir 6.1.4).

Une demande de changement de règles de placement et de mode de placement est 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. L'assureur peut, sans pour autant y être obligé, exécuter une demande formulée d'une autre manière (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.

4.4 Désignation et changement de bénéficiaires

Le preneur d'assurance désigne le(s) bénéficiaire(s) et peut changer le(s) bénéficiaire(s) qu'il a initialement désigné(s) (voir aussi 5). Le changement des bénéficiaires doit être contenu dans un écrit daté et signé. Pour être opposable à l'assureur, cet écrit doit lui être communiqué.

4.5 Rachat

Le preneur d'assurance peut opérer le rachat total ou partiel des avoirs sur compte constitués. En cas de rachat total, le contrat prend fin. La demande de rachat est introduite au moyen d'un formulaire de rachat ou de retrait daté et signé que l'assureur met à disposition sur simple demande. Ce formulaire vaut quittance dès que l'assureur a versé les avoirs sur compte rachetés.

Tant pour un rachat total que pour un rachat partiel, il est le cas échéant appliqué une correction financière éventuelle et une indemnité de rachat est portée en compte. Sauf disposition impérative contraire, l'indemnité de rachat est égale aux chargements de sortie tels que mentionnés dans le Récapitulatif des frais liés à Securex Life Fund Plan.

4.6 Avance

Le preneur d'assurance ne peut obtenir aucune avance sur les prestations d'assurance futures.

4.7 Mise en gage

Le preneur d'assurance ne peut pas mettre les droits qui découlent du contrat en gage.

4.8 Cession des droits

Le preneur d'assurance peut céder en tout ou en partie les droits précités dont il bénéficie à une ou plusieurs personnes désignées à cet effet, également appelée(s) ci-dessous le(s) 'cessionnaire(s)'. La cession requiert un avenant au Certificat Personnel, signé par le preneur d'assurance, le(s) cessionnaire(s) et l'assureur.

Il peut cependant aussi être stipulé directement dans le Certificat Personnel que les droits du preneur d'assurance seront cédés, lors du décès de ce dernier (dans l'hypothèse où ce décès n'implique pas la réalisation de 'l'événement assuré' dans le cadre de la couverture 'versement en cas de décès' - voir 3.2.1.1) et ce, jusqu'au moment où le contrat prend fin, à la (les) personne(s) désignée(s) à cet effet et ce, selon les éventuelles modalités qui y sont fixées.

Si, cependant, il y a deux preneurs d'assurance et si le décès d'un d'entre eux n'implique pas la réalisation de 'l'événement assuré' dans le cadre de la couverture 'versement en cas de décès' (voir 3.2.1.1), tous les droits du preneur d'assurance défunt (y compris la valeur économique que ces droits représentent) sont, sauf indication contraire dans le Certificat Personnel, cédés dès le décès au preneur d'assurance survivant.

5. DROITS DU (DES) BENEFICIAIRE(S)

Le(s) bénéficiaire(s) bénéficie(nt) des droits suivants:

- le droit aux versements visés au point 3;
- le droit d'accepter le bénéfice de ces versements dès avant leur exigibilité, moyennant un avenant au Certificat Personnel signé par lui (eux), le preneur d'assurance et l'assureur (l'acceptation du bénéfice a, sauf dans les cas où la législation autorise la révocation, entre autres pour effet que la résiliation, la révocation et le changement de la désignation du bénéficiaire, le rachat et la cession des droits requièrent l'accord écrit du bénéficiaire acceptant).

6. DISPOSITIONS DIVERSES

6.1 Conversion de montants monétaires en unités et inversement

6.1.1 Généralités

Les opérations qui donnent lieu à une attribution aux avoirs sur compte génèrent la conversion de montants monétaires en unités. Inversement, les opérations qui donnent lieu à une soustraction ou à la liquidation des avoirs sur compte 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. Les Règlements de gestion fixent la périodicité des dates de valorisation. Si la valeur d'unité n'est pas encore connue à un moment déterminé, l'assureur peut provisoirement rapporter sur la base de la valeur d'unité la plus récente connue.

6.1.2 Opérations qui donnent lieu à une attribution aux avoirs sur compte

La conversion de montants monétaires en unités 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 troisième jour ouvrable de l'assureur situé après la date d'effet de l'opération concernée. La date d'effet du paiement de prime est la date valeur de la prime sur le compte bancaire de l'assureur (si, toutefois, le paiement de prime s'effectue d'une autre manière que celle indiquée par l'assureur, la date d'effet du paiement de prime est l'éventuelle date ultérieure à laquelle l'assureur identifie la destination du paiement de prime). La date d'effet des attributions dans le cadre de la couverture 'exonération de primes' en cas d'incapacité de travail' est 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.

6.1.3 Opérations qui donnent lieu à une soustraction ou à la liquidation des avoirs sur compte

6.1.3.1 Opérations, autres que le rachat et la résiliation

La conversion d'unités en montants monétaires s'opère, en ce qui concerne la couverture 'versement en cas de décès' (voir 3.2), sur la base des valeurs d'unités les plus récentes connues à la date d'effet du versement en cas de décès (voir cependant 3.2.3 en cas de déclaration tardive du décès). Pour les autres opérations, la conversion d'unités 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 troisième jour ouvrable de l'assureur situé après la date d'effet de l'opération concernée. En ce qui concerne les primes de risque et les chargements, 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 ;
- chargements standard: le premier jour de chaque mois;
- versement au terme: le terme;
- versement en cas de décès: la date de survenance de 'l'événement assuré' (voir 3.2.1.1; voir cependant aussi 3.2.3 en cas de déclaration tardive du décès).

6.1.3.2 Rachat (total ou partiel) et résiliation

Fonds d'investissement 'Defensive Life/ Neutral Life/ Dynamic Life/ Securex Life Responsible':

En cas de rachat total ou partiel des fonds d'investissement 'Defensive Life/ Neutral Life/Dynamic Life/ Securex Life Responsible' et en cas de résiliation, la conversion d'unités en montants monétaires s'opère à la (première) date de valorisation coïncidant avec ou suivant

- la date de réception par l'assureur du formulaire de rachat ou de retrait valable et des éventuels autres documents jugés nécessaires ou la date de rachat ultérieure souhaitée, telle que mentionnée le cas échéant sur le formulaire de rachat ou de retrait (la date d'effet en cas de rachat) ou
- la date de réception par l'assureur de la lettre recommandée valable et des éventuels autres documents jugés nécessaires (la date d'effet en cas de résiliation),

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 troisième jour ouvrable de l'assureur situé après la date d'effet de l'opération concernée.

Fonds d'investissement 'BeeFund Solution':

En cas de rachat total ou partiel du fonds d'investissement BeeFund Solution et en cas de résiliation, la conversion d'unités en montants monétaires s'opère sur la base de la prochaine valeur d'unité, déterminée aux dates de valorisation trimestrielles (31/01, 30/04, 31/07, 31/10) suivant

- la date de réception par l'assureur du formulaire de rachat ou de retrait valable et des éventuels autres documents jugés nécessaires ou la date de rachat ultérieure souhaitée, telle que mentionnée le cas échéant sur le formulaire de rachat ou de retrait (en cas de rachat) ou
- la date de réception par l'assureur de la lettre recommandée valable et des éventuels autres documents jugés nécessaires (en cas de résiliation).

Ces dates de valorisation trimestrielle sont considérées comme dates d'effet. La conversion s'opère à la (première) date de valorisation coïncidant avec ou suivant le 31/01, 30/04, 31/07, 31/10, 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 troisième jour ouvrable de l'assureur situé après la date d'effet de l'opération concernée.

6.1.4 Changement de mode de placement

Dans le cadre d'un changement de mode de placement, les avoirs sur compte investis dans un mode de placement déterminé sont, le cas échéant après application d'une correction financière éventuelle et après retenue d'éventuels chargements de changement (voir Récapitulatif des frais liés à Securex Life Fund Plan) et impôts, totalement ou partiellement liquidés (soustraction; flux sortant) et le montant qui en résulte est réinvesti dans un ou plusieurs autres modes de placement (attribution; flux entrant).

- En ce qui concerne le flux sortant, les règles du point 6.1.3.2 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 du point 6.1.2 s'appliquent, avec comme date d'effet la date de valorisation du flux sortant ou la date de valorisation ultérieure à laquelle l'assureur est informé du résultat monétaire du flux sortant.

6.2 Chargements et impôts

6.2.1 Chargements standard

Outre les éventuels chargements d'entrée, l'assureur impute également des chargements pour la gestion du contrat et, le cas échéant, pour rémunérer l'intermédiaire. L'assureur ne peut modifier ces chargements 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, de manière raisonnable et justifiée, dans le cadre d'une révision générale (de la structure) des chargements pour la catégorie d'assurances dont relève le contrat. Dans ce dernier cas, les modifications sont faites conformément aux dispositions du point 6.7. Le preneur d'assurance peut demander à l'assureur un aperçu détaillé (de la structure) des chargements.

6.2.2 Chargements de changement de mode de placement

En cas de changement de mode de placement, l'assureur peut porter en compte des chargements. Ces chargements de changement sont mentionnés dans le 'Récapitulatif des frais'.

6.2.3 Avoirs dormants

Si le contrat venait à être qualifié de 'dormant', les chargements éventuels de vérification et de recherche incombant à l'assureur seront le cas échéant déduits des prestations dans les limites légales admises.

6.2.4 Impôts

L'assureur peut mettre à charge du preneur d'assurance ou du (des) bénéficiaire(s) tous impôts, cotisations et charges de quelle nature que ce soit qui peuvent grever les primes, les avoirs sur compte, les revenus des placements ou tout versement.

Un aperçu de tous les chargements liés au contrat d'assurance est présenté dans le 'Récapitulatif des frais' et peut être obtenu sur simple demande.

6.3 Certificat Personnel et extrait de compte annuel

L'assureur établit lors de l'entrée en vigueur et lors de toute modification du contrat un Certificat Personnel (actualisé) qu'il remet au preneur d'assurance. Le dernier certificat délivré remplace toujours le précédent. L'assureur émet aussi annuellement un 'extrait de compte' qu'il remet au preneur d'assurance. Le preneur d'assurance est supposé marquer intégralement son accord sur le contenu de son Certificat Personnel et de ses extraits de compte, sauf s'il a communiqué par écrit ses remarques à l'assureur dans les 30 jours après que l'assureur l'ait délivré. Le Certificat Personnel donne un aperçu des éléments majeurs du contrat (montant de primes, couvertures, etc.). L'assureur y reprend éventuellement aussi une prévision indicative relative à son déroulement futur. Cette prévision est basée sur un certain nombre d'hypothèses que l'assureur ne peut toutefois pas garantir (paiement ponctuel des primes aux échéances fixées, évolution de la valeur des fonds d'investissement, structure des tarifs et des chargements inchangée, etc.).

6.4 Remise en vigueur

Lorsqu'il est mis fin au paiement des primes pour le contrat, le preneur d'assurance peut en demander la remise en vigueur sur demande écrite dans les 3 ans. Ceci vaut également, sauf en ce qui concerne les contrats auxquels les dispositions légales en matière de remise en vigueur ne sont pas applicables, en cas de rachat, si ce n'est que dans ce cas le délai est ramené à 3 mois et que les avoirs sur compte rachetés doivent en outre être reversés (sans nouveaux chargements d'entrée) à l'assureur. La remise en vigueur prend effet à la date mentionnée sur le nouveau Certificat Personnel.

6.5 Versements

L'assureur peut subordonner tout versement à la présentation des documents qu'il juge nécessaires. L'assureur verse les sommes dues, le cas échéant après application d'une correction financière éventuelle et après imputation d'éventuel(le)s retenues légales, chargements, indemnités et autres sommes qui seraient encore du(e)s à l'assureur ou à des tiers, dans les 30 jours après réception des documents demandés et, si la demande en est faite, après réception d'une quittance de règlement signée. En cas de rachat (total ou partiel) et en cas de résiliation, le paiement de la somme redevable s'opère moyennant le respect des dispositions reprises dans l'article 6.1.3.2..

Lorsqu'un versement 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 peut être tenu d'effectuer le versement en cas de décès, à un bénéficiaire qui a intentionnellement provoqué le décès de l'assuré ou un des assurés ou qui y a instigué. Dans ce cas, l'assureur peut agir comme si cette personne n'était pas bénéficiaire.

L'assureur ne bonifie pas d'intérêts pour un retard de paiement suite à une circonstance indépendante de sa volonté.

6.6 Correspondance et preuve

Sauf si les dispositions qui précèdent ou si des dispositions 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 (e-mail, ...).

Tout avis et toute correspondance entre parties se fait valablement à la dernière adresse (de correspondance) qu'elles se sont mutuellement communiquée. S'il y a deux preneurs d'assurance, l'assureur peut valablement envoyer tout avis au preneur d'assurance conjointement aux deux preneurs d'assurance et ce, à l'adresse de correspondance mentionnée sur le formulaire de souscription. A défaut de mention d'adresse de correspondance spécifique sur le formulaire de souscription, l'assureur peut utiliser l'adresse du 'premier preneur d'assurance' figurant sur le Certificat Personnel comme adresse de correspondance unique. Dès que l'assureur a connaissance du fait qu'aucun des deux preneurs d'assurance n'habite encore à l'adresse de correspondance communiquée initialement, il peut utiliser l'adresse (nouvelle) du 'premier preneur d'assurance' figurant sur le Certificat Personnel comme adresse de correspondance unique. Si l'adresse de correspondance est l'adresse d'un des preneurs d'assurance et si ce preneur d'assurance décède, l'assureur peut, dès qu'il a connaissance du décès, utiliser l'adresse de l'autre preneur d'assurance comme adresse de correspondance unique. Les preneurs d'assurance ont toujours la possibilité de faire changer l'adresse de correspondance unique par un avis écrit à l'assureur, daté et signé par eux deux.

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.

6.7 Modification des conditions générales

L'assureur peut modifier les Conditions Générales pour des raisons justifiées (par exemple dans le cadre d'une modification de la législation), dans le respect des éventuelles restrictions impératives en la matière, dans les limites de la bonne foi et sans porter atteinte aux caractéristiques essentielles du contrat pour le preneur d'assurance. L'assureur en informe le preneur d'assurance à l'avance par écrit et lui communique la nature et les raisons des modifications apportées, ainsi que la date à laquelle les nouvelles Conditions Générales prennent effet. En cas de modifications des Conditions Générales à l'exception de modifications purement formelles et de modifications d'experts et/ou de gestionnaires, le(s) preneur(s) d'assurance a (ont) pendant un délai raisonnable qui sera précisé dans la notification de la modification envisagée, le droit sans chargements (i) de transférer ses (leurs) avoirs sur compte vers un ou plusieurs autre(s) mode(s) de placement offerts par l'assureur (changement de mode de placement) ou (ii) de procéder au rachat total des avoirs sur compte.

S'il est impossible pour l'assureur de communiquer une modification à l'avance au preneur d'assurance, il communique cette modification par écrit au(x) preneur(s) d'assurance le plus rapidement possible après son introduction et au plus tard dans le mois de la modification. Dans ce cas également, le(s) preneur(s) d'assurance a (ont) durant un délai raisonnable qui sera précisé dans la notification de la modification, le droit sans chargements (i) de transférer ses (leurs) avoirs sur compte vers un ou plusieurs autres mode(s) de placement offerts par l'assureur (changement de mode de placement) ou (ii) de procéder au rachat total des avoirs sur compte.

6.8 Cadre légal

6.8.1 Législation applicable

Le contrat est régi par la législation belge relative aux assurances-vie. Si, lors de la conclusion du contrat, 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.

Une clause éventuellement contraire à une disposition impérative n'affecte pas la validité du contrat. Cette clause est alors remplacée par la disposition impérative méconnue et sera censée avoir été établie dès la conclusion du contrat ou dès l'entrée en vigueur ultérieure de cette disposition en conformité avec celle-ci.

6.8.2 Régime fiscal applicable

Pour de plus amples renseignements concernant le régime fiscal applicable, le preneur d'assurance peut 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 le contrat.

6.9 Protection de la vie privée

Finalités du traitement des données à caractère personnel

L'assureur, en sa qualité de responsable du traitement, s'engage à traiter les données à caractère personnel qui lui sont transmises conformément au Règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (ci-après « règlement général sur la protection des données »), aux fins suivantes :

- gérer le contrat d'assurance (y compris la gestion des primes et des prestations) et le cas échéant la constatation et l'évaluation du dommage corporel encouru par l'assuré ;
- gérer le contentieux ;
- la réassurance ;
- la détection et la prévention de la fraude ;
- le traitement à des fins statistiques.

En ce qui concerne les données à caractère personnel de la personne de contact chez le preneur d'assurance, les finalités suivantes s'ajoutent :

- réaliser des actions de marketing direct, notamment via courrier électronique ;
- communiquer les données à caractère personnel de la personne de contact aux autres entités juridiques du Groupe Securex, et ce afin de leur permettre de lui adresser toute forme d'offre promotionnelle.

La liste exhaustive des entités Securex peut être consultée sur www.securex.be ou peut être communiquée à première demande.

Destinataires des données

Dans les limites de ce qui est prévu ci-dessus, l'assureur peut être amené à partager certaines données à caractère personnel avec les différentes entités juridiques du Groupe Securex. L'assureur peut aussi être amené à transmettre certaines données à caractère personnel aux autorités de contrôle, à un autre assureur dans le cadre d'un recours, au réassureur, au co-assureur, à ses avocats, à des experts ou à des instances juridiques. Certaines des données sont par ailleurs transmises à ses sous-traitants, qui prestent certains services dans le strict contexte d'un contrat de sous-traitance et dans l'unique but de fournir de l'assistance technique à l'assureur.

Bases juridiques du traitement

La base juridique du traitement des données est constituée par le contrat d'assurance ainsi que par l'obligation qui découle de ce contrat pour l'assureur de payer, le cas échéant, des prestations.

Dans certains cas les données sont traitées par l'assureur pour se conformer à une obligation légale.

En ce qui concerne le traitement en vue de la prévention de la fraude et de fins statistiques, le traitement se fonde sur l'intérêt légitime de l'assureur de prévenir la fraude à l'assurance et d'élaborer des statistiques.

En ce qui concerne l'activité de marketing direct, le traitement se fonde en outre sur l'intérêt légitime de l'assureur de promouvoir ses services, ainsi que les services des entités du Groupe Securex, auprès de ses clients.

Les données relatives à la santé ne sont traitées qu'après le consentement exprès de l'assuré. Ce consentement peut être retiré à tout moment. À défaut de consentement ou en cas de retrait de consentement, l'assureur ne pourra pas gérer le dossier ni donner suite à une demande d'intervention.

Ces données sont traitées par notre service de gestion, sous la surveillance de notre médecin conseil.

Durée de conservation des données

Les données sont conservées par l'assureur pendant la durée de l'exécution du contrat et selon les dispositions légales en vigueur. Cette durée sera prolongée par le délai de prescription afin que l'assureur puisse faire face aux éventuels recours qui seraient engagés après la clôture du contrat.

Droits des personnes concernées

Les personnes concernées peuvent prendre connaissance des données et, le cas échéant, les faire rectifier au moyen d'une demande datée et signée accompagnée d'une photocopie recto verso de la carte d'identité, envoyée par mail à l'adresse privacy@securex.be ou par courrier à Securex Groupe, Data Protection Officer, Avenue de Tervueren 43, 1040 Bruxelles. Lesdites personnes peuvent en outre, selon les mêmes modalités, et dans les limites prévues par le Règlement général sur la protection des données, s'opposer au traitement de données ou demander la limitation de celui-ci. Elles peuvent aussi demander l'effacement ou la portabilité des données les concernant. De plus amples informations peuvent être obtenues à la même adresse.

Pour les données à caractère personnel de la personne de contact chez le preneur d'assurance, cette personne a le droit de s'opposer, gratuitement, au traitement de ses données à caractère personnel envisagé à des fins de marketing direct au moyen des modalités mentionnées ci-dessus.

Une réclamation peut le cas échéant être introduite auprès de l'Autorité de protection des données (Autorité de protection des données, Rue de la Presse 35, 1000 Bruxelles ou www.autoriteprotectiondonnees.be).

Protection des données

Conformément à la législation en vigueur, l'assureur prévoit un niveau de protection adéquat des données à caractère personnel. Ces mesures comprennent des mesures techniques et organisationnelles requises pour protéger les données à caractère personnel contre la destruction accidentelle ou non autorisée, contre la perte accidentelle ainsi que contre la modification, l'accès et tout autre traitement non autorisé des données à caractère personnel.

Néanmoins, l'assureur tient à informer qu'aucun système de sécurité ne peut garantir la sécurité à 100 %. Nous restons cependant à la disposition des personnes concernées pour toute question ou remarque par rapport à la confidentialité et à la sécurité des données à caractère personnel.

6.10 Plaintes et litiges

Chaque plainte au sujet de l'assurance-placement peut être adressée au Service de plaintes de l'AAM Securex Vie, Cours Saint-Michel, 30 à 1040 Bruxelles, ou par e-mail à claims.insurance@securex.be et, en second lieu, à l'Ombudsman des Assurances (www.ombudsman-insurance.be), square de Meeûs 35 à 1000 Bruxelles, info@ombudsman-insurance.be.

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.

6.11 Avertissement

Toute fraude ou tentative de fraude à l'égard de l'assureur entraîne non seulement la résiliation ou même la nullité du contrat d'assurance, mais est aussi passible de sanctions pénales sur la base de l'article 496 du Code pénal.

ANNEXE – Récapitulatif des frais liés à Securex Life Fund Plan

CHARGEMENTS PONCTUELS		COMMENTAIRE
Chargements d'entrée (liés au contrat d'assurance)	Max. 4 %	<p>Les chargements d'entrée s'élèvent à un maximum de 4 % et se composent de deux parties :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les chargements d'entrée destinés à rémunérer la gestion administrative des contrats par Securex Vie, qui s'élèvent à 1 % de la prime nette. • Les chargements d'entrée destinés à rémunérer l'intermédiaire en assurance, qui s'élèvent à maximum 3 % de la prime nette. <p>La prime à attribuer est la prime nette sous déduction des chargements d'entrée, la prime nette étant la prime brute versée par le preneur d'assurance sous déduction des impôts.</p> <p>La prime à attribuer est calculée comme suit:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prime à attribuer = prime nette / (1 + chargements d'entrée) • Prime nette = prime versée / (1 + impôts)
Chargements de sortie (liés au contrat d'assurance)	De 0 % à 5 %	<p>Des chargements de sortie ou des indemnités de rachat sont liés au rachat total ou partiel de la police.</p> <p><u>Rachat total :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Rachat total pendant les 10 premières années du contrat : 5 % du prélèvement. • Rachat total à partir de la 11^{ème} année du contrat : 0 % du prélèvement. <p><u>Rachat partiel :</u></p> <p>Une fois par année d'assurance, il est possible de prélever maximum 20 % de la réserve du contrat sans frais de sortie. Attention, ce rachat partiel n'est pas possible si la prime périodique est impayée pendant cette année d'assurance. Une année d'assurance étant l'année écoulée entre deux dates anniversaires du contrat. Une date anniversaire étant l'anniversaire de la date d'entrée en vigueur .</p> <p>Au cas où un rachat partiel intervient à un moment t et que le preneur d'assurance arrête le paiement des primes après t, tout rachat partiel supplémentaire ou tout rachat total survenant après t sera soumis au chargement de 5 %.</p>
Chargements de changement (chargements en cas de transfert de réserve entre les fonds internes branche 23)	De 0 % à 1 %	<p>En cas de changement de mode de placement (fonds interne), les deux premiers transferts par année civile sont gratuits. Ensuite, des chargements s'élevant à 1 % du montant transféré sont facturés.</p>

FRAIS PRELEVES CHAQUE ANNEE		COMMENTAIRE
Frais de gestion des fonds internes	<p>1,30 % par an</p> <p>----</p> <p>1,70 % par an</p>	<p><u>Defensive Life, Neutral Life, Dynamic Life, Securex Life Responsible:</u> Les frais de gestion financière des fonds d'investissement de la branche 23 s'élèvent, par an, à 1,30 % de la valeur d'unité. Ces frais sont utilisés pour couvrir les frais de gestion de Securex Vie et comme rémunération de l'intermédiaire d'assurances.</p> <p>----</p> <p><u>BeeFund Solution :</u> Les frais de gestion financière du fonds d'investissement de la branche 23 s'élèvent, par an, à 1,70 % de la valeur d'unité. Ces frais sont utilisés pour couvrir les frais de gestion de Securex Vie, comme rémunération de l'intermédiaire d'assurances et les frais administratifs.</p> <p>Ces frais sont automatiquement pris en compte dans la valeur d'unité, à chaque date de valorisation.</p> <p><i>Toutes informations supplémentaires sur les frais de gestion peuvent être obtenues via Securex Vie.</i></p>