

VITA FLEX 44

Conditions générales

SOMMAIRE

1. DEFINITIONS	4
2. PARTIES AU CONTRAT	5
2.1 Preneur d'assurance	5
2.2 Assuré	5
2.3 Bénéficiaire	5
2.4 Assureur	5
3. BASES DU CONTRAT	5
3.1 Cadre juridique	5
3.2 Bases techniques	5
4. FONCTIONNEMENT GENERAL DU CONTRAT	6
4.1 Conditions particulières	6
4.2. Entrée en vigueur	6
4.3. Durée	6
4.4. Paiement des primes et cessation du paiement des primes	6
4.5. Résiliation	6
4.6. Rachats	7
4.7. Remise en vigueur	7
4.8. Avance et mise en gage	7
4.9. Traitement des opérations et règles de conversion	7
5. CONSTITUTION DES RESERVES	9
5.1. Modes de placement	9
5.2. Changement de modes de placement	11
5.3. Stop loss (limitation des pertes)	11
6. FRAIS	12
6.1. Frais d'entrée	12
6.2. Frais de gestion	12
6.3. Frais de rachat	12
6.4. Frais d'arbitrage	13
6.5. Correction financière	13
6.6. Frais spécifiques	14
6.7. Frais imprévus	14

7. IMPÔTS, COTISATIONS ET CHARGES	14
8. INFORMATIONS SUR LE CONTRAT	14
9. PRESTATIONS	14
9.1. Capital en cas de décès	14
9.2. Primes de risque pour la couverture «capital supplémentaire en cas de décès»	15
9.3. Paiement des prestations	17
10. BENEFICIAIRES	18
10.1. Bénéficiaires en cas de décès	18
10.2. Désignation, révocation et changement de bénéficiaires	18
10.3. Droits du (des) bénéficiaire(s)	18
11. DISPOSITIONS DIVERSES	18
11.1. Fiscalité	18
11.2. Fraude à l'assurance	18
11.3. Plaintes	19
11.4. Protection des données à caractère personnel	19
11.5. Exigences en matière d'informations et règles de conduite	20
11.6. Contact	20
11.7. Régime linguistique	21
11.8. Modification des conditions générales	21
11.9. Notifications et courrier (électronique)	21
11.10. Echange d'informations (FATCA/CRS)	21
11.11. Point de Contact Central (PCC)	21
11.12. Critères de segmentation	22

1. Définitions

Branche 44 :

La branche 44 est une combinaison des branches suivantes :

- la branche 21 : assurance-vie avec un taux d'intérêt garanti et de possibles participations bénéficiaires, ci-après dénommée «mode de placement de la branche 21» ;
- la branche 23 : assurance-vie avec un rendement lié à des fonds d'investissement, ci-après dénommée «mode de placement de la branche 23».

Fonds d'investissement :

Les fonds d'investissement internes de l'assureur dans lesquels le preneur d'assurance investit lorsqu'il choisit le mode de placement de la branche 23.

Les fonds d'investissement internes proposés pour Vita Flex 44 sont les suivants :

- FEDERALE - Euro Equities Growth
- FEDERALE - Euro Bonds Opportunities
- FEDERALE - Euro Real Estate Dynamic
- FEDERALE - Invesco Balanced Risk Allocation Fund - Flexible
- FEDERALE - Fidelity World - Equities
- FEDERALE - Robeco Emerging Markets - Equities
- FEDERALE - Schroder Global Climate Change - Equities

Dossier technique :

Le dossier détaillant les normes techniques régissant le fonctionnement du contrat. Le dossier technique est déposé auprès de l'autorité chargée du contrôle des entreprises d'assurance. Toute personne intéressée peut consulter le dossier technique auprès de l'assureur.

Réserves :

La valeur du contrat à un moment déterminé.

Unité :

Une fraction d'un fonds d'investissement.

Valeur nette d'inventaire (VNI) :

Le prix d'une unité lors d'un achat ou d'une vente à un moment donné.

Réserves internes entrantes :

Les réserves en provenance d'un contrat d'assurance-vie individuelle (sans avantage fiscal pour les primes) souscrit par le preneur d'assurance auprès de l'assureur.

Incontestabilité :

Une assurance est considérée comme incontestable si sa nullité ne peut être invoquée par l'assureur pour les omissions ou les inexactitudes non intentionnelles dans les déclarations faites par le preneur d'assurance.

Conversion :

L'opération consistant soit en la transformation de montants monétaires en unités, soit d'unités en montants monétaires. Les conversions sont effectuées sur base de la valeur nette d'inventaire.

Jour ouvré :

Un jour ouvré est un jour de travail effectif dans le secteur bancaire au Grand-Duché de Luxembourg.

Arbitrage :

Une modification du mode de placement des réserves ou leur transfert d'un fonds d'investissement à un autre.

Année d'assurance :

La période annuelle débutant à la date d'entrée en vigueur du contrat d'assurance et se renouvelant ensuite à chaque anniversaire.

Valeur de rachat théorique :

Les réserves du contrat.

Valeur de rachat :

Le montant à verser par l'assureur en cas de rachat du contrat. Ce montant correspond à la valeur de rachat théorique diminuée des frais éventuellement dus.

Spot rate :

Le taux de rendement interne d'une opération certaine, comprenant le paiement d'une prestation à l'échéance en contrepartie d'une seule prime à l'origine. Le spot rate est calculé conformément à la législation relative au contrôle des entreprises d'assurance.

2. Parties au contrat

2.1. Preneur d'assurance

La personne physique qui conclut le contrat avec l'assureur. Le preneur d'assurance doit être domicilié en Belgique. Le preneur d'assurance est nommé dans les conditions particulières.

2.2. Assuré

La personne physique sur la tête de laquelle les prestations prévues par le contrat sont conclues. L'assuré est nommé dans les conditions particulières.

2.3. Bénéficiaire

La personne à qui reviennent les prestations prévues dans le contrat. Il peut y avoir plusieurs bénéficiaires pour les prestations en cas de décès. Le(s) bénéficiaire(s) en cas de décès est (sont) désigné(s) nominativement ou non dans les conditions particulières.

2.4. Assureur

Fédérale Assurance, Association d'Assurances Mutuelles sur la Vie, rue de l'Etuve 12, 1000 Bruxelles – Belgique, site internet www.federale.be, agréée sous le n° de code 0346, RPM Bruxelles TVA BE 0408.183.324.

Compte financier BIC : BBRUBEBB IBAN : BE90 3101 5641 6832.

Code LEI : 549300Q5EH2NP82EPE32

3. Bases du contrat

3.1. Cadre juridique

Les présentes conditions générales, les conditions particulières et le règlement de gestion du mode de placement de la branche 23 forment ensemble le contrat d'assurance. Les dispositions reprises dans ces documents doivent être lues conjointement et forment un tout.

Les statuts de l'assureur, disponibles sur le site internet www.federale.be, et la législation belge relative aux assurances-vie s'appliquent au contrat d'assurance.

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 en conformité avec la disposition impérative.

Les parties conviennent que si le preneur d'assurance transfère son domicile en dehors de la Belgique, elles optent expressément pour l'application du droit belge au contrat d'assurance si la législation le permet.

Les litiges entre les parties sont soumis aux tribunaux belges. Si l'une des parties est domiciliée en dehors de la Belgique, seuls les tribunaux de l'arrondissement du siège social de l'assureur sont compétents.

3.2. Bases techniques

3.2.1 Généralités

Les bases techniques sont celles d'application à la date d'entrée en vigueur du contrat. Elles sont reprises dans le dossier technique.

3.2.2. Pour le mode de placement de la branche 21

Les frais de gestion et les taux d'intérêt garantis forment l'ensemble des bases techniques utilisées pour la détermination de la réserve de ce mode de placement.

Les frais de gestion sont détaillés au point 6.2. En ce qui concerne les taux d'intérêt garantis, il est renvoyé au point 5.1.1.

3.2.3. Pour le mode de placement de la branche 23

La valeur totale des unités détenues par le preneur d'assurance forme la base technique utilisée pour la détermination de la réserve de ce mode de placement.

4. Fonctionnement général du contrat

4.1. Conditions particulières

L'assureur établit, lors de l'entrée en vigueur et lors de toute modification du contrat, des conditions particulières (actualisées) qu'il remet au preneur d'assurance. Les dernières conditions particulières délivrées remplacent toujours les précédentes.

Les conditions particulières donnent un aperçu des éléments majeurs du contrat tels que l'identification des intervenants, l'échéance annuelle du contrat, le montant de la prime et les modalités de paiement, le mode de placement des primes, les prestations assurées.

Le preneur d'assurance est supposé marquer intégralement son accord sur le contenu des conditions particulières, sauf s'il a communiqué par écrit ses remarques à l'assureur dans les 30 jours après que l'assureur les ait délivrées.

4.2. Entrée en vigueur

Le contrat entre en vigueur à la date de réception de la première prime (prime initiale) par l'assureur. Cette date est indiquée aux conditions particulières sous la rubrique «date d'entrée en vigueur».

Le contrat est incontestable à partir de sa date d'entrée en vigueur.

4.3. Durée

Le contrat d'assurance est conclu pour une durée indéterminée. Il prend fin en cas de rachat total ou en cas de décès de l'assuré.

4.4. Paiement des primes et cessation du paiement des primes

Le preneur d'assurance verse les primes exclusivement sur le compte bancaire indiqué par l'assureur avec mention des références communiquées ou par domiciliation via un mandat SEPA, selon ce qui a été convenu.

Les primes sont versées librement ou payables aux termes fixés dans les conditions particulières (versements planifiés).

En cas de versements libres, la première prime s'élève à 2.500 euros minimum. Des primes complémentaires (primes non sollicitées) peuvent être versées sur le compte bancaire indiqué par l'assureur. Elles s'élèvent à 50 euros minimum.

En cas de versements planifiés, la prime s'élève à 50 euros minimum et une domiciliation via un mandat SEPA est exigée.

Les primes précitées sont mentionnées taxe d'assurance incluse.

Le paiement des primes n'est pas obligatoire. Le preneur d'assurance peut cesser le paiement des primes à tout moment.

4.5. Résiliation

Le preneur d'assurance peut résilier le contrat dans les 30 jours à compter de sa date d'entrée en vigueur.

La résiliation du contrat doit être demandée par lettre recommandée datée, signée et adressée à l'assureur.

Si le bénéfice du contrat a été accepté, un accord préalable et écrit du ou des bénéficiaires acceptants est requis. Le preneur d'assurance est tenu de transmettre spontanément cet accord à l'assureur.

La résiliation met fin au contrat et l'assureur rembourse au preneur d'assurance :

- la (les) prime(s) versée(s) dans le mode de placement de la branche 21 ;
- les réserves constituées dans le mode de placement de la branche 23.

Pour le détail, il est renvoyé aux dispositions du point 4.9.3.

L'assureur peut subordonner le paiement à la présentation de tout document qu'il jugerait nécessaire.

4.6. Rachats

Le preneur d'assurance peut opérer le rachat total ou partiel des réserves constituées.

Si le bénéficiaire du contrat a été accepté, un accord préalable et écrit du ou des bénéficiaires acceptants est requis. Le preneur d'assurance est tenu de transmettre spontanément cet accord à l'assureur.

Le rachat total de la réserve met automatiquement fin au contrat.

Un rachat partiel ne peut être inférieur à 125 euros. Si, suite à un rachat partiel, le montant de la réserve devient inférieur à 125 euros, ce rachat sera assimilé à un rachat total et le solde de la réserve sera payé d'office.

En cas de rachat partiel, si le preneur d'assurance ne précise pas comment le montant racheté doit être réparti entre les différents modes de placement, le rachat sera opéré suivant une règle proportionnelle entre les réserves constituées dans le mode de placement de la branche 21 et les réserves constituées dans le mode de placement de la branche 23.

La même règle proportionnelle s'appliquera au rachat au sein du mode de placement de la branche 21 lorsque des taux d'intérêt garantis différents sont d'application au moment du rachat ainsi qu'au sein du mode de placement de la branche 23 en cas de pluralité de fonds d'investissement au moment du rachat.

L'assureur s'efforce de traiter la demande de rachat dans un délai raisonnable et au plus tard dans les 7 jours à compter de la date de réception de la demande. A cet effet, l'assureur remet au preneur d'assurance une quittance de rachat provisoire.

Le rachat effectif est traité par l'assureur après réception de la quittance de rachat provisoire signée par le preneur d'assurance (et des éventuels autres documents sollicités).

Pour plus d'informations, il est renvoyé au point 4.9.5.

4.7. Remise en vigueur

La remise en vigueur du contrat doit être demandée par lettre ordinaire datée, signée et adressée à l'assureur.

Si le paiement des primes a été interrompu, le preneur d'assurance peut remettre son contrat en vigueur dans un délai de 3 ans. Après un rachat, ce délai est de 3 mois.

Sauf modification des dispositions légales, la remise en vigueur du contrat n'est possible que pour le mode de placement de la branche 21. La remise en vigueur après un rachat implique que les réserves du mode de placement de la branche 21 rachetées doivent être intégralement reversées à l'assureur.

Les éventuels impôts, cotisations et frais qui seraient dus dans le cadre de la remise en vigueur du contrat sont à charge du preneur d'assurance.

La remise en vigueur prend effet à la date mentionnée dans les nouvelles conditions particulières.

4.8. Avance et mise en gage

Une avance sur les prestations d'assurance du contrat n'est pas autorisée.

Le preneur d'assurance peut mettre en gage les droits qui découlent du contrat. La mise en gage requiert un avenant aux conditions particulières, signé par le preneur d'assurance, le créancier gagiste et l'assureur. Le cas échéant, l'accord du bénéficiaire acceptant avec la mise en gage est requis.

La mise en gage peut entraîner le blocage total ou partiel des réserves constituées.

4.9. Traitement des opérations et règles de conversion

4.9.1. Primes

Les primes investies dans le mode de placement de la branche 21 sont imputées au contrat le jour qui suit celui de leur réception sur le compte de l'assureur. Elles portent intérêt à partir de leur imputation au contrat.

Les primes investies dans le mode de placement de la branche 23 sont converties en unités au plus tard sur base de la (des) VNI du 4^{ème} jour ouvré qui suit leur réception sur le compte de l'assureur. L'imputation des unités au contrat s'effectue le lendemain de cette conversion.

Toutefois, si le paiement de la prime a été effectué d'une autre manière que celle indiquée par l'assureur, la date de réception de la prime est remplacée par la date à laquelle l'assureur identifie sa destination.

4.9.2. Réserves internes entrantes

Les réserves internes entrantes investies dans le mode de placement de la branche 21 sont imputées au contrat le jour de leur traitement par l'assureur. Elles portent intérêt à partir de leur imputation au contrat.

Les réserves internes entrantes investies dans le mode de placement de la branche 23 sont converties en unités au plus tard sur base de la (des) VNI du 4^{ème} jour ouvré qui suit le jour de leur traitement par l'assureur. L'imputation des unités au contrat s'effectue le lendemain de cette conversion.

Les réserves internes entrantes sont traitées par l'assureur dans les 7 jours qui suivent la réception des données nécessaires à leur traitement (notamment la communication à l'assureur du (des) mode(s) de placement souhaité(s) et, le cas échéant, du (des) fonds d'investissement sélectionné(s) pour ces réserves) et au plus tôt à la date à laquelle l'assureur identifie la destination des réserves reçues.

4.9.3. Résiliation

Les primes investies dans le mode de placement de la branche 21 sont remboursées intégralement au preneur d'assurance.

Les unités investies dans le mode de placement de la branche 23 sont converties en euros au plus tard sur base de la (des) VNI du 4^{ème} jour ouvré qui suit la date à laquelle l'assureur traite la résiliation.

La résiliation est traitée par l'assureur dans les 7 jours qui suivent la réception de la lettre recommandée telle que visée au point 4.5.

4.9.4. Remise en vigueur

Pour le traitement des opérations en cas de remise en vigueur du contrat, il est renvoyé soit au point 4.9.1 en cas de remise en vigueur après interruption du paiement des primes, soit au point 4.9.2. en cas de remise en vigueur après rachat.

4.9.5. Rachats

Lorsque aucune date de rachat spécifique n'est mentionnée sur la quittance de rachat provisoire signée :

- les réserves investies dans le mode de placement de la branche 21 cessent de porter intérêt à partir du jour où l'assureur traite la quittance ;
- les unités investies dans le mode de placement de la branche 23 sont converties en euros au plus tard sur base de la (des) VNI du 4^{ème} jour ouvré qui suit la date à laquelle l'assureur traite la quittance.

Lorsqu'une date de rachat spécifique est mentionnée sur la quittance de rachat provisoire signée :

- les réserves investies dans le mode de placement de la branche 21 cessent de porter intérêt à partir de la date indiquée sur la quittance ;
- les unités investies dans le mode de placement de la branche 23 sont converties en euros au plus tard sur base de la (des) VNI du 4^{ème} jour ouvré qui suit la date indiquée sur la quittance.

Si la quittance de rachat provisoire signée ne mentionne aucune date de rachat spécifique (première situation) ou si la date indiquée sur la quittance de rachat provisoire signée est inopérante en raison d'une remise tardive de cette quittance à l'assureur (deuxième situation), le rachat effectif est traité par l'assureur dans les 7 jours qui suivent la réception de la quittance de rachat provisoire signée.

Dans la deuxième situation, les règles relatives au calcul des intérêts dans le mode de placement de la branche 21 et à la conversion des unités dans le mode de placement de la branche 23 sont identiques aux règles prévues lorsque aucune date de rachat spécifique n'est mentionnée sur la quittance.

4.9.6. Arbitrage

4.9.6.1. Soustraction des réserves

Les réserves investies dans le mode de placement de la branche 21 cessent de porter intérêt à la date à laquelle l'assureur traite l'arbitrage.

Les unités investies dans le mode de placement de la branche 23 sont converties en euros au plus tard sur base de la (des) VNI du 4^{ème} jour ouvré qui suit la date à laquelle l'assureur traite l'arbitrage.

L'assureur traite l'arbitrage dans les 7 jours qui suivent la réception du formulaire «changement de mode de placement» mis à la disposition du preneur d'assurance (voir point 5.2).

Les réserves visées aux deux premiers alinéas sont appelées « réserves arbitrées ».

4.9.6.2. Attribution aux réserves

Les réserves arbitrées à réinvestir dans le mode de placement de la branche 21 sont imputées au contrat le 2^{ème} jour ouvré qui suit la date de la conversion dont il est question au point 4.9.6.1. Elles portent intérêt à partir de leur imputation au contrat.

Les réserves arbitrées à réinvestir dans le mode de placement de la branche 23 sont converties en unités au plus tard sur base de la (des) VNI du 4^{ème} jour ouvré qui suit la date à laquelle la soustraction des réserves a été opérée. L'imputation des unités au contrat s'effectue le lendemain de l'opération visée au présent alinéa.

4.9.7. Prestations en cas de décès

Les réserves investies dans le mode de placement de la branche 21 cessent de porter intérêt à la date du décès.

Les unités investies dans le mode de placement de la branche 23 sont converties en euros au plus tard sur base de la (des) VNI du 4^{ème} jour ouvré qui suit la date à laquelle l'assureur traite le décès.

L'assureur traite le décès dans les 7 jours qui suivent la réception de la déclaration de décès.

5. Constitution des réserves

5.1. Modes de placement

De par les primes nettes versées par le preneur d'assurance, des réserves sont constituées. La prime nette est la prime sous déduction de la taxe d'assurance.

Les primes et les réserves sont investies dans un ou plusieurs modes de placement. Le rendement - positif ou négatif - de chaque mode de placement et l'éventuelle participation bénéficiaire, qui est exclusivement liée au mode de placement de la branche 21, font fluctuer les réserves.

Les réserves peuvent diminuer par l'imputation de frais et impôts. Si une couverture «capital supplémentaire en cas de décès» a été souscrite, une prime de risque mensuelle est soustraite des réserves (voir point 9.2.).

Les conditions particulières indiquent dans quel(s) mode(s) de placement les primes sont investies.

Le(s) mode(s) de placement des réserves est (sont) renseigné(s) dans les «situations annuelles du contrat» ainsi que dans la situation du contrat que le preneur d'assurance peut consulter à tout moment sur «My Federale» (voir point 8).

Il existe deux modes de placement dans lesquels les primes et les réserves peuvent être investies :

5.1.1. Mode de placement de la branche 21

Les primes et les réserves peuvent être investies dans un mode de placement avec un rendement garanti (Vita Flex 21). Dans ce mode de placement qui relève de la branche 21, l'assureur garantit un taux d'intérêt durant une période déterminée.

5.1.1.1. Taux d'intérêt garanti sur les primes

Le taux d'intérêt d'application au moment de la réception de la prime est garanti jusqu'au 31 décembre de l'année en cours. L'assureur peut modifier le taux d'intérêt garanti sur les primes. Dans ce cas, une

modification du taux d'intérêt en cours d'année n'est applicable qu'aux primes reçues à partir de la date de la modification.

L'assureur informe le preneur d'assurance de toute modification du taux d'intérêt garanti en publiant le nouveau taux sur son site internet www.federale.be.

5.1.1.2. Taux d'intérêt garanti sur les réserves arbitrées

Le taux d'intérêt d'application au moment de l'imputation au contrat des réserves arbitrées provenant du mode de placement de la branche 23 est garanti jusqu'au 31 décembre de l'année en cours (voir point 4.9.6.2).

5.1.1.3. Taux d'intérêt garanti sur les réserves

L'assureur garantit, année après année, la capitalisation des réserves constituées chaque 1^{er} janvier au taux d'intérêt en vigueur à cette date et ce, jusqu'au 31 décembre. Ce taux garanti, révisable annuellement, peut fluctuer à la hausse comme à la baisse, en fonction de la situation sur les marchés financiers. Dans des conditions de marché extrêmes, le taux d'intérêt garanti peut être négatif.

L'assureur informe le preneur d'assurance en publiant le 1^{er} janvier de chaque année sur son site internet www.federale.be, le taux d'intérêt garanti qui sera d'application sur les réserves jusqu'au 31 décembre de cette même année.

5.1.1.4. Participations bénéficiaires

En sus du taux d'intérêt garanti, l'assureur peut accorder une participation bénéficiaire.

Les règles relatives à l'octroi d'une participation bénéficiaire sont définies dans les statuts de l'assureur. La participation bénéficiaire n'est pas garantie et peut fluctuer dans le temps en fonction des résultats de l'assureur et de la conjoncture économique. La participation bénéficiaire est calculée et attribuée selon les modalités et conditions déterminées dans le plan de participation bénéficiaire que l'assureur soumet chaque année à l'autorité chargée du contrôle des entreprises d'assurance.

La participation bénéficiaire d'un exercice n'est attribuée qu'aux contrats en vigueur le 31 décembre de cet exercice.

Au cas où la participation bénéficiaire d'un exercice écoulé n'est pas encore déterminée au moment où le contrat prend fin, celle-ci sera octroyée sur base d'un taux estimé en fonction des attributions des exercices antérieurs et de la conjoncture économique.

Quand une participation bénéficiaire est octroyée, elle est considérée, au 31 décembre de l'année comptable concernée, comme une augmentation des réserves constituées.

5.1.2. Mode de placement de la branche 23

Les primes et les réserves peuvent être investies dans un mode de placement avec un rendement lié à un ou plusieurs fonds d'investissement (Vita Flex 23). Dans ce mode de placement qui relève de la branche 23, le rendement est lié à l'évolution positive ou négative de la valeur du ou des fonds d'investissement sélectionné(s).

Les réserves affectées dans le mode de placement de la branche 23 sont exprimées en unités.

Le nombre d'unités attribuées au contrat est obtenu en divisant la prime nette versée, par la VNI de l'unité du ou des fonds sélectionné(s) au moment de la conversion. Par la suite, le nombre d'unités attribuées au contrat ne varie que sous l'effet des apports (primes, réserves arbitrées provenant du mode de placement de la branche 21 et/ou d'autres fonds du mode de placement de la branche 23 et réserves internes entrantes) et/ou des prélèvements (rachats, frais de rachat, frais d'arbitrage).

Les réserves arbitrées provenant du mode de placement de la branche 21 et/ou d'autres fonds du mode de placement de la branche 23 ainsi que les réserves internes entrantes sont converties suivant la même règle que celle qui est appliquée aux primes.

L'évolution de la valeur d'une unité est liée à l'évolution de la valeur du fonds d'investissement auquel elle se rapporte. Les fluctuations de la valeur des unités détenues entraînent ainsi une augmentation ou une diminution corrélative des réserves affectées dans le mode de placement de la branche 23. La valeur des réserves à un moment déterminé

s'obtient en multipliant le nombre d'unités de chaque fonds allouées au contrat, par la VNI de chacune des unités au même moment.

Le règlement de gestion décrit les caractéristiques du mode de placement de la branche 23. On y trouve également des informations telles que les objectifs et la politique d'investissement des fonds proposés, les règles d'évaluation des fonds d'investissement, leur classe de risque, la périodicité et le mode de détermination des VNI ainsi que les frais y relatifs.

5.2. Changement de modes de placement

Le preneur d'assurance peut modifier en cours de contrat le(s) mode(s) de placement des primes futures et/ou des réserves déjà constituées.

Le changement de mode de placement des primes et/ou des réserves est demandé de préférence au moyen du formulaire «changement de mode de placement» fourni par l'assureur. La demande peut également être introduite d'une autre manière.

En cas de changement de mode de placement portant sur les primes, de nouvelles conditions particulières seront délivrées au preneur d'assurance.

Dans le cadre d'un arbitrage, les réserves investies dans un mode de placement déterminé sont, le cas échéant après application d'une correction financière (voir point 6.5.2) et après retenue d'éventuels frais d'arbitrage et impôts, totalement ou partiellement liquidées (soustraction des réserves) et le montant qui en résulte est ensuite réinvesti dans un ou plusieurs autres modes de placement (attribution aux réserves).

Il faut tenir compte du fait que l'exécution opérationnelle d'un arbitrage s'étend sur plusieurs jours (sortie d'un mode de placement et, dès que le montant qui en résulte est connu, entrée dans un autre mode de placement), si bien que le résultat escompté des opérations d'arbitrage ne peut être garanti.

Les frais d'arbitrage sont détaillés au point 6.4. Pour plus de détails sur le mécanisme d'arbitrage, il est renvoyé aux dispositions du point 4.9.6.

5.3. Stop loss (limitation des pertes)

L'option stop loss est un mécanisme d'arbitrage automatique de mode de placement des réserves investies dans un ou plusieurs fonds d'investissement du mode de placement de la branche 23.

Cette option peut être sélectionnée pour tous les fonds d'investissement, sauf pour le fonds FEDERALE - Euro Bonds Opportunités.

L'arbitrage automatique s'opère dès qu'il est constaté que la VNI du fonds d'investissement pour lequel l'option a été sélectionnée a baissé d'au moins 20 pour cent par rapport à la VNI maximale atteinte par ce fonds depuis que le preneur d'assurance y a investi pour la première fois.

Lorsque le stop loss est actionné, les réserves investies dans le fonds concerné sont retirées (à la VNI du jour du retrait) et reversées dans le fonds refuge FEDERALE – Euro Bonds Opportunités. Le preneur d'assurance est ensuite invité à faire part de son choix pour le réinvestissement des réserves précitées.

Il faut tenir compte du fait que l'exécution opérationnelle d'un stop loss s'étend sur plusieurs jours : dans un premier temps il y a lieu de constater que la baisse de VNI maximale a été atteinte ou dépassée, ensuite est opérée la sortie du fonds ayant enregistré la baisse et enfin le montant qui en résulte est réinvesti dans le fonds refuge.

Le résultat effectif des opérations précitées, qui s'opèrent ainsi à des valeurs postérieures au constat que la baisse de valeur maximale a été atteinte ou dépassée, peut donc engendrer une baisse de valeur encore plus importante que la baisse maximale fixée aux présentes conditions générales. La baisse de la valeur maximale fixée n'est en effet que l'événement déclencheur, qui initie un changement automatique de mode de placement qui ne s'opère cependant que dans les jours suivants.

Par le biais du formulaire «changement de mode de placement», le preneur d'assurance peut à tout moment en cours de contrat activer ou désactiver l'option stop loss. Un tel changement n'est effectif que si l'assureur l'a confirmé.

Dans le cadre du mécanisme de stop loss, aucuns frais d'arbitrage ne sont portés en compte, mais bien d'éventuels impôts.

6. Frais

L'assureur peut mettre à charge du preneur d'assurance ou du (des) bénéficiaire(s) tous les frais qui sont ou seraient dus en raison de la conclusion ou de l'exécution du contrat d'assurance.

6.1. Frais d'entrée

Il n'y a pas de frais d'entrée.

6.2. Frais de gestion

6.2.1. Mode de placement de la branche 21

Des frais de gestion de 0,30% en base annuelle sont imputés au contrat. Ces frais sont calculés et prélevés de la réserve journalièrement.

6.2.2. Mode de placement de la branche 23

Tous les frais liés au mode de placement de la branche 23 sont intégrés dans la (les) VNI des unités du fonds d'investissement.

Les frais de gestion financière du (des) fonds d'investissement sont détaillés au règlement de gestion du mode de placement de la branche 23.

6.3. Frais de rachat

Tant pour un rachat total que pour un rachat partiel, il est le cas échéant appliqué une correction financière (voir point 6.5.1) et, en outre, une indemnité de rachat est portée en compte.

Sauf disposition impérative contraire, l'indemnité de rachat s'élève au maximum de :

- 75,00 euros (ce montant est indexé une fois par an selon l'indice santé des prix à la consommation (indice de base = indice septembre 2008) ; l'indice pris en compte est celui du 2^{ème} mois du 4^{ème} trimestre de l'année civile qui précède la date de rachat) ;
- et
- un montant qui varie en fonction du mode de placement dans lequel sont investies les réserves à racheter, comme indiqué ci-dessous :
 - en ce qui concerne les réserves investies dans le mode de placement de la branche 21, le montant susvisé est égal à :
 - 1% des réserves rachetées pendant la dernière année de la période de 8 ans concernée ;
 - 2% des réserves rachetées pendant l'avant-dernière année de la période de 8 ans concernée ;
 - 3% des réserves rachetées pendant les autres années de la période de 8 ans concernée.

En ce qui concerne «la période de 8 ans concernée», le contrat est subdivisé en périodes successives et renouvelables de 8 ans à compter de sa date d'entrée en vigueur (la première période court donc jusqu'au 8^{ème} anniversaire du contrat, la deuxième période court du 8^{ème} au 16^{ème} anniversaire du contrat, la troisième période court du 16^{ème} au 24^{ème} anniversaire du contrat, et ainsi de suite sur toute la durée du contrat).

A partir de la deuxième période, ces montants sont réduits de moitié si le rachat (total uniquement) intervient dans le courant du mois qui suit une application effective d'un taux d'intérêt négatif sur les réserves.

- en ce qui concerne les réserves investies dans le mode de placement de la branche 23, le montant susvisé est égal à :
 - 2% des réserves rachetées pendant les 3 premières années à compter de la date d'entrée en vigueur du contrat ;
 - 1% des réserves rachetées pendant les autres années jusqu'au 8^{ème} anniversaire du contrat ;
 - 0% des réserves rachetées après le 8^{ème} anniversaire du contrat.

En dérogation aux dispositions susvisées, l'assureur n'applique pas d'indemnité de rachat :

- sur un rachat partiel par année civile d'au maximum 10% des réserves, mais à raison d'un montant minimal de 500 euros, et étant entendu que s'il est procédé au rachat total durant cette même année civile, l'indemnité de rachat sera également appliquée – rétroactivement – sur le rachat partiel intervenu durant cette même année ;
- tous les 8 ans, à compter de l'entrée en vigueur du contrat (donc au 8^{ème}, 16^{ème}, 24^{ème}, ... anniversaire du contrat). Dans ce cas, le preneur d'assurance dispose d'un délai de 1 mois après chacune de ces échéances pour adresser sa demande de rachat à l'assureur ;
- si le rachat, total ou partiel, a lieu en vue de la construction ou de l'acquisition par le preneur d'assurance d'un bien immobilier situé en Belgique, moyennant la remise de la preuve de la construction ou de l'achat du bien immobilier et à condition que le rachat partiel n'ait pas lieu plus d'une fois par année civile ;

- en cas de nécessité sociale, c'est-à-dire en cas de perte d'emploi s'accompagnant d'une perte de revenus dans le chef du preneur d'assurance ou si ce dernier est frappé d'invalidité totale et permanente, moyennant production à l'assureur de justificatifs qui étayent la survenance d'un de ces cas de nécessité sociale ;
- durant la première période, en cas de rachat total dans le courant du mois qui suit une application effective d'un taux d'intérêt négatif sur les réserves.

6.4. Frais d'arbitrage

6.4.1. Indemnité d'arbitrage

Un arbitrage des réserves investies dans le mode de placement de la branche 23 vers le mode de placement de la branche 21 ainsi que les arbitrages entre les différents fonds d'investissement du mode de placement de la branche 23 s'effectuent sans indemnité d'arbitrage.

Pour un arbitrage des réserves investies dans le mode de placement de la branche 21 vers le mode de placement de la branche 23, il est le cas échéant appliqué une correction financière (voir point 6.5.2) et, en outre, une indemnité d'arbitrage est portée en compte. Cette indemnité d'arbitrage s'élève au maximum de :

- 75,00 euros (ce montant est indexé une fois par an selon l'indice santé des prix à la consommation (indice de base = indice septembre 2008) ; l'indice pris en compte est celui du 2^{ème} mois du 4^{ème} trimestre de l'année civile qui précède la date de rachat) ;

et

- un montant égal à :
 - 1% des réserves arbitrées pendant la dernière année de la période de 8 ans concernée ;
 - 2% des réserves arbitrées pendant l'avant-dernière année de la période de 8 ans concernée ;
 - 3% des réserves arbitrées pendant les autres années de la période de 8 ans concernée.

En ce qui concerne l'application de « la période de 8 ans concernée » le contrat d'assurance est subdivisé en périodes successives et renouvelables de 8 ans à compter de sa date d'entrée en vigueur (la première période courant donc jusqu'au 8^{ème} anniversaire du contrat, la deuxième période courant du 8^{ème} au 16^{ème} anniversaire du contrat, la troisième période courant du 16^{ème} au 24^{ème} anniversaire du contrat, et ainsi de suite sur toute la durée du contrat).

6.4.2. Frais administratifs

Des frais administratifs sont également appliqués en cas d'arbitrage. Ces frais s'élèvent à 100 euros par arbitrage.

En dérogation à la disposition susvisée, l'assureur n'applique pas de frais administratifs aux 2 premiers arbitrages opérés au cours d'une année d'assurance.

Il n'y a pas de frais administratifs en cas d'arbitrage après l'actionnement du stop loss.

6.5. Correction financière

La correction financière peut consister soit en une indemnité financière de rachat, soit en frais variables complémentaires à l'indemnité de rachat.

La correction financière ne concerne que les réserves investies dans le mode de placement de la branche 21.

6.5.1. Correction financière en cas de rachat

6.5.1.1. Si le rachat intervient au cours des 8 premières années du contrat

La valeur de rachat théorique est remplacée par une valeur de rachat théorique corrigée. Cette dernière est obtenue en actualisant la valeur de rachat théorique au 8^{ème} anniversaire de la prise d'effet du contrat avec le spot rate applicable, au moment du rachat, aux opérations dont la durée est égale à la différence entre la durée du contrat limitée à huit ans et la durée du contrat déjà écoulée.

Le taux utilisé pour calculer la valeur de rachat théorique au 8^{ème} anniversaire du contrat est le taux d'intérêt garanti applicable au contrat au moment du rachat.

La différence positive entre la valeur de rachat théorique et la valeur de rachat théorique corrigée (au prorata du montant racheté) correspond à l'indemnité financière de rachat. Une différence négative est considérée comme nulle.

L'assureur se réserve le droit d'adapter d'office la clause relative à l'indemnité financière de rachat si la réglementation concernant les assurances sur la vie est modifiée à cet égard et qu'elle autorise une modification.

6.5.1.2. Si le rachat intervient après le 8^{ème} anniversaire du contrat

Des frais variables complémentaires à l'indemnité de rachat sont dus. Ils sont calculés, pour chaque période de 8 ans, suivant le même principe que l'indemnité financière de rachat prévue au point 6.5.1.1.

L'indemnité de rachat et les frais variables éventuels ne peuvent pas dépasser le maximum prévu par la loi.

6.5.2. Correction financière en cas d'arbitrage

En cas d'arbitrage total ou partiel de la réserve investie dans le mode de placement de la branche 21 vers le mode de placement de la branche 23, la correction financière est calculée, selon le moment où le transfert intervient, conformément aux dispositions prévues au point 6.5.1. Ce calcul est effectué au prorata du montant transféré.

6.6. Frais spécifiques

Des frais spécifiques peuvent également être réclamés pour couvrir des dépenses particulières occasionnées par le preneur d'assurance, l'assuré ou le(s) bénéficiaire(s). Ce sera le cas pour les prestations suivantes : recherche d'adresses, délivrance de duplicata, d'attestations ou de relevés particuliers non prévus dans le cadre d'une exécution normale du contrat.

L'assureur applique ces frais spécifiques de manière raisonnable et justifiée. En outre, l'assureur peut également porter en compte les dépenses exposées pour les éventuelles recherches et/ou vérifications relatives aux avoirs dormants et ce, dans les limites prévues par la loi.

L'assureur ne peut imputer des frais spécifiques non explicitement prévus aux conditions générales que moyennant avis préalable au(x) demandeur(s).

6.7. Frais imprévus

Les frais encourus par l'assureur pendant l'exécution du contrat en raison d'une législation nouvelle ou modifiée peuvent être mis à charge du preneur d'assurance ou du/des bénéficiaire(s), selon le cas, dans la mesure où la législation le permet.

7. Impôts, cotisations et charges

L'assureur peut mettre à charge du preneur d'assurance ou du/des bénéficiaire(s) tous les impôts, cotisations et charges de toute nature pouvant être prélevés sur les primes, les réserves ou sur toute autre prestation.

8. Informations sur le contrat

L'assureur communique une fois par an au preneur d'assurance une situation annuelle détaillée de son contrat. Il y indique entre autres le montant des réserves ainsi que l'évolution de celles-ci depuis la situation annuelle précédente.

Le preneur d'assurance peut également consulter à tout moment la situation de son contrat sur le portail sécurisé « My Federale » (sur le site internet www.federale.be) à l'aide d'un code d'accès personnel.

9. Prestations

9.1. Capital en cas de décès

Si l'assuré (preneur d'assurance) décède pendant la durée du contrat, les réserves constituées à ce moment sont versées au(x) bénéficiaire(s) désignés et le contrat prend fin. Pour plus de détails, il est renvoyé aux dispositions du point 4.9.7.

Les conditions particulières peuvent toutefois indiquer qu'un capital minimal en cas de décès est assuré, quel que soit le montant des réserves du contrat. L'éventuelle différence entre le montant de ce capital minimal en cas de décès et le montant des réserves du contrat est appelée «capital supplémentaire en cas de décès». En vue du financement de cette couverture de risque, l'assureur soustrait périodiquement une prime de risque des réserves du contrat.

Il n'y a pas de participation bénéficiaire en cas de décès, ni à raison du capital en cas de décès correspondant au montant des réserves du contrat, ni à raison du capital en cas de décès correspondant au «capital supplémentaire en cas de décès».

Sauf demande contraire du preneur d'assurance et moyennant l'accord écrit de l'assureur, le montant du capital minimal en cas de décès n'est pas modifié en cas de rachat(s) partiel(s).

9.2. Primes de risque pour la couverture «capital supplémentaire en cas de décès»

9.2.1. Généralités

En vue du calcul des primes de risque pour l'éventuelle couverture de risque «capital supplémentaire en cas de décès», le montant à assurer du «capital supplémentaire en cas de décès» est calculé au début de chaque mois sur la base du montant le plus récent connu des réserves du contrat. Les primes de risque sont les primes requises pour assurer la couverture «capital supplémentaire en cas de décès» pour une période de chaque fois un mois. Elles sont en principe soustraites des réserves au début de chaque mois.

Si les réserves sont liées à plusieurs modes de placement, les primes de risque sont imputées sur les quotités de réserves liées aux différents modes de placement et ce, proportionnellement à leur dernier montant respectif connu à la date d'effet de chaque soustraction.

Si, quelle qu'en soit la raison, l'assureur constate que les réserves sont devenues insuffisantes pour continuer de soustraire les primes de risque nécessaires ou que la soustraction affecte des réserves bloquées, il peut mettre fin prématurément à la couverture «capital supplémentaire en cas de décès». Cette cessation anticipée intervient cependant au plus tôt 30 jours après que l'assureur en ait informé le preneur d'assurance par lettre recommandée.

9.2.2. Tarification

Un tarif d'expérience détermine le coût des primes de risque pour la couverture de risque «capital supplémentaire en cas de décès».

Outre les majorations de primes individuelles dans le cadre d'une aggravation du risque, l'assureur peut cependant, pour des raisons justifiées, de manière raisonnable et proportionnée, dans le respect des éventuelles restrictions impératives en la matière et moyennant avis préalable au preneur d'assurance, relever à tout moment en cours de contrat les tarifs pour le calcul des primes de risque dans le cadre d'une révision générale pour la catégorie d'assurances dont relève le contrat, ainsi entre autres :

- si l'assureur y est obligé en vertu de dispositions légales ou réglementaires ;
- si une quelconque modification de la législation, une quelconque intervention des autorités de contrôle, une quelconque jurisprudence, etc. étendait la portée de la couverture ou les obligations de l'assureur ou augmentait le coût de gestion pour l'assureur ;
- si le coût de la réassurance augmentait ;
- si l'assureur estime que l'équilibre de son portefeuille d'assurances est mis en péril par une quelconque modification de la législation, par une quelconque intervention des autorités de contrôle, par une quelconque jurisprudence, etc., ou encore, par un accroissement du degré de risque de mortalité au sein de la population, de la population du marché de l'assurance belge ou de son propre portefeuille (ou un segment de celui-ci) ;
- si une quelconque modification de la législation, une quelconque intervention des autorités de contrôle, une quelconque jurisprudence, etc. interdisait l'usage de certains critères de segmentation ;
- en présence de circonstances qui, selon des dispositions légales ou réglementaires, autorisent l'assureur de procéder à une adaptation tarifaire.

9.2.3. Etendue de la couverture

9.2.3.1. Période de couverture

Les conditions particulières indiquent quand la période de couverture commence et quand elle se termine.

9.2.3.2. Etendue géographique

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

9.2.3.3. Risques exclus

L'assureur n'accorde pas de couverture dans le cadre du «capital supplémentaire en cas de décès» et limite donc le capital en cas de décès aux réserves constituées dans le cadre du contrat à la date du décès (voir cependant aussi le point 9.2.4 en cas de déclaration tardive du décès) si le décès est la conséquence directe ou indirecte des risques exclus suivants :

- le suicide de l'assuré qui survient dans la première année à compter du début de la période de couverture ou la remise en vigueur de la couverture «capital supplémentaire en cas de décès» ; le même délai d'un an vaut pour toute augmentation du montant nominal assuré dans le cadre de cette couverture, en ce qui concerne l'augmentation et à compter de son entrée en vigueur ;
- le décès de l'assuré résultant de faits de guerre, c'est-à-dire résultant directement ou indirectement d'une action offensive ou défensive d'une puissance belligérante ou de tout autre événement à caractère militaire ; si le décès de l'assuré survient dans un pays étranger en état d'hostilités, 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 ;

- le décès de l'assuré survenu à la suite d'émeutes, de troubles civils, de tous actes de violence collectifs d'inspiration politique, idéologique ou sociale, accompagnés ou non de rébellion contre l'autorité ou les pouvoirs établis, sauf si l'assuré n'y a pris part ni activement ni volontairement ;
- le décès de l'assuré consécutif à un accident survenu :
 - avec un aéronef
 - non autorisé pour le transport de personnes ;
 - se préparant ou participant à une compétition ou à des vols de démonstration, d'exhibition, d'entraînement ou d'essai ;
 - du type planeur, U.L.M., delta plane et analogue, que ces appareils soient motorisés ou non (l'usage d'une montgolfière reste toutefois couvert) ;
 - lors de la pratique du parachutisme, du saut dans le vide avec élastique (benji), du deltaplane ou du parapente ;
- le décès de l'assuré en conséquence d'une maladie ou affection préexistante non couverte.

9.2.3.4. Terrorisme

Le risque de terrorisme est couvert selon les conditions et modalités et dans les limites de la législation 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 (Terrorism Reinsurance and Insurance Pool), constituée en exécution de la législation y afférente (consultez, pour plus d'informations sur la couverture du risque de terrorisme et sur les limites de cette couverture, www.tripasbl.be).

Les dispositions précédentes ne concernent que la couverture du «capital supplémentaire en cas de décès» et n'empêchent pas la liquidation des réserves constituées.

Si une modification législative mettrait fin à l'obligation de couvrir les dommages causés par le terrorisme, les dispositions qui précèdent prendront également fin et le risque de terrorisme ne sera plus couvert à partir de la date de prise d'effet de la modification. Le risque de terrorisme sera dans ce cas considéré comme un «risque exclu» au sens du point 9.2.3.3 ci-dessus. L'assureur se réserve également le droit d'adapter d'office toute autre disposition concernant le risque de terrorisme en fonction des modifications de la législation concernée.

9.2.4. Déclaration du décès de l'assuré

Le décès de l'assuré doit être déclaré à l'assureur au plus tard dans les 30 jours après le décès. 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 du décès a été remise aussi rapidement qu'il était raisonnablement possible de le faire. Cependant, quelle que soit la raison de la déclaration tardive, l'assureur est toujours en droit de réduire son intervention dans le cadre de la couverture en cas de décès du préjudice qu'il subit en conséquence d'une éventuelle évolution négative de la valeur des réserves liées au mode de placement de la branche 23 depuis la date du décès.

La déclaration doit mentionner le lieu, la date et l'heure du décès ainsi que les circonstances dans lesquelles il est survenu. Il faut également toujours joindre une attestation médicale qui indique la cause du décès. L'assureur peut exiger toutes pièces complémentaires. Tous les intéressés à l'intervention de l'assureur sont tenus de demander à tout médecin qui a administré des soins au défunt 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. Si une de ces obligations n'est pas remplie, l'assureur peut refuser totalement ou partiellement son intervention.

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

9.2.5. Dispositions diverses

9.2.5.1. Communication de renseignements corrects

Lors de la conclusion, l'augmentation ou la remise en vigueur de la couverture «capital supplémentaire en cas de décès», 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 du risque 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 les prestations 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.

Toute omission volontaire ou déclaration volontairement inexacte entraîne la nullité de la couverture. Les primes de risque soustraites sont acquises à l'assureur. 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.

9.2.5.2. Acceptation de la couverture «capital supplémentaire en cas de décès» par l'assureur et maladies et affections préexistantes

La couverture «capital supplémentaire en cas de décès» et toute augmentation de son montant nominal sont soumises aux critères d'acceptation généraux qu'applique l'assureur, comme le résultat favorable de formalités médicales et/ou d'exams médicaux. La couverture n'est assurée que si et dans la mesure où elle figure dans les conditions particulières ou dans une autre confirmation écrite émanant de l'assureur.

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 de la couverture «capital supplémentaire en cas de décès» mentionnent, révèlent ou rendent sur la base de symptômes probable une maladie ou affection existante, celle-ci est couverte, sauf contre-avis de l'assureur à l'assuré 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 la couverture «capital supplémentaire en cas de décès» et/ou refuse totalement ou partiellement (par exemple pour une maladie ou affection déterminée) la couverture, cette surprime et/ou ce refus s'applique(nt) également à toute augmentation ultérieure de la couverture, sauf s'il en est convenu autrement.

9.2.5.3. Aggravation du risque

Si un quelconque document laisse apparaître que, lors de l'acceptation de la couverture «capital supplémentaire en cas de décès» par l'assureur ou pour le calcul du tarif de cette couverture, il a été tenu compte de caractéristiques particulières de l'assuré, également appelées «critères de segmentation», toute modification de ces éléments qui entraîne une aggravation du risque pour l'assureur doit lui être signalée spontanément par écrit dans les 30 jours. L'assureur est aussi habilité à interroger le preneur d'assurance et/ou l'assuré sur les éventuelles modifications intervenues dans les caractéristiques particulières susvisées de l'assuré, auquel cas celui-ci/ceux-ci est/sont tenu(s) d'y répondre dans les délais impartis.

Si l'aggravation du risque était de telle nature que l'assureur aurait accordé cette couverture sous d'autres conditions, il propose, 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. L'assureur présente sa proposition au preneur d'assurance par écrit, de manière expresse et motivée.

Si 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 motivée, l'assureur peut résilier la couverture par lettre recommandée dans les 15 jours. Si, cependant, l'assureur peut fournir la preuve qu'il 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 le décès de l'assuré survenait avant que l'aggravation du risque n'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 elle n'a pas été communiquée à l'assureur en réponse à une interrogation en ce sens par ce dernier, 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 démontrer qu'il n'aurait pas accordé la couverture dans les circonstances modifiées, il peut limiter la prestation au remboursement de toutes les primes de risque payées pour la couverture. Si le fait de ne pas avoir communiqué spontanément l'aggravation du risque ou de ne pas l'avoir communiquée en réponse à une interrogation en ce sens par l'assureur, relève d'une intention frauduleuse, l'assureur peut refuser toute prestation et toutes les primes échues au moment où il prend connaissance de l'omission frauduleuse lui reviennent à titre de dédommagement.

Les dispositions du présent point ne s'appliquent pas à la dégradation de l'état de santé de l'assuré.

9.2.5.4. Secret médical

L'assuré et les tiers intéressés libèrent tous médecins du secret médical vis-à-vis du médecin-conseil de l'assureur afin de remplir toutes les obligations prévues par les conditions générales, aussi après le décès de l'assuré. L'assuré autorise expressément tout médecin à transmettre au médecin-conseil de l'assureur une déclaration dûment complétée relative à la cause du décès, un quelconque document laisse apparaître que, lors de l'acceptation de la couverture «capital supplémentaire en cas de décès».

9.3. Paiement des prestations

L'assureur peut subordonner tout versement (également en cas de résiliation et de rachat) à la présentation de documents qu'il jugerait nécessaires.

L'assureur verse dans les 7 jours de la réception de la quittance de liquidation signée et des autres documents demandés, les sommes dues diminuées des éventuel(le)s retenues légales, des frais, des indemnités et autres sommes qui lui seraient encore dues.

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

L'assureur n'accorde des intérêts de retard que si la loi le prévoit.

10. Bénéficiaires

10.1. Bénéficiaires en cas de décès

La ou les personne(s) à qui revient, en tout ou en partie, le capital décès prévu dans le contrat.

10.2. Désignation, révocation et changement de bénéficiaires

Le preneur d'assurance désigne le(s) bénéficiaire(s) en cas de décès. Il peut également révoquer et changer le(s) bénéficiaire(s) qu'il a initialement désigné(s). Pour être opposable à l'assureur, la désignation, la révocation et le changement des bénéficiaires doivent lui être communiqués par lettre datée et signée.

Si une désignation ou un changement de bénéficiaires n'est pas conforme aux dispositions légales en vigueur, l'assureur informe le preneur d'assurance de cette situation par écrit et sans délai.

Dans le cas contraire, l'assureur valide la désignation ou le changement de bénéficiaires en émettant de nouvelles conditions particulières.

Aucun changement de bénéficiaires ne prend effet tant que de nouvelles conditions particulières n'ont pas été émises.

Si le bénéfice a été accepté, la révocation et le changement de bénéficiaires doivent faire l'objet d'un accord écrit préalable du ou des bénéficiaire(s) acceptant(s). Le preneur d'assurance est tenu de transmettre spontanément cet accord à l'assureur.

10.3. Droits du (des) bénéficiaire(s)

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

- le droit aux prestations (voir point 9) ;
- le droit d'accepter le bénéfice de ces prestations dès avant leur exigibilité, sous les modalités suivantes :
 - tant que le preneur d'assurance est en vie, l'acceptation du bénéfice requiert un avenant aux conditions particulières signé par le(s) bénéficiaire(s) concerné(s), le preneur d'assurance et l'assureur ;
 - après le décès du preneur d'assurance, l'acceptation peut être expresse ou tacite, étant entendu que l'acceptation n'a d'effet à l'égard de l'assureur que si elle lui est communiquée par écrit.

L'acceptation du bénéfice a, sauf dans les cas où la législation autorise la révocation, entre autres pour effet que la résiliation, le rachat, la mise en gage du contrat ainsi que la révocation et le changement de la désignation bénéficiaire requièrent l'accord écrit du/des bénéficiaire(s) acceptant(s).

11. Dispositions diverses

11.1. Fiscalité

Les primes sont soumises à la taxe d'assurance.

Le contrat d'assurance ne permet pas de bénéficier d'une réduction d'impôt ou d'une déduction fiscale sur les primes.

Le paiement des prestations en cas de décès de l'assuré est exonéré de précompte mobilier.

Il n'y a pas de précompte mobilier en cas de rachat des réserves du mode de placement de la branche 23.

Il n'y a pas de précompte mobilier en cas de rachat des réserves du mode de placement de la branche 21 pour autant que le rachat intervienne plus de 8 ans après la souscription de ce mode de placement. Dans le cas contraire, un précompte mobilier est dû sur les intérêts capitalisés, calculés selon les dispositions légales y afférentes.

Ces informations sont basées sur la législation fiscale belge en vigueur au 1^{er} juin 2023 et peuvent changer dans le futur. Le preneur d'assurance peut s'adresser à l'assureur pour obtenir des informations fiscales plus détaillées et actualisées.

La responsabilité de l'assureur ne peut aucunement être engagée si certains avantages fiscaux escomptés n'étaient ou ne pouvaient être obtenus ou si une mesure (para)fiscale inattendue devait grever le contrat.

11.2. Fraude à l'assurance

La fraude à l'assurance est définie comme la tromperie ou la tentative de tromperie à l'égard de l'assureur lors de la conclusion du contrat ou au cours de son exécution, en vue d'obtenir indûment une couverture d'assurance ou une prestation d'assurance.

La fraude à l'assurance ainsi que la tentative de fraude à l'assurance seront sanctionnées par tous les moyens. Par conséquent, l'assureur appliquera non seulement la sanction de la nullité du contrat mais pourra également demander la poursuite pénale du fraudeur. Il est notamment fait référence à l'article 496 du Code Pénal.

11.3. Plaintes

Toute plainte concernant le contrat d'assurance peut être adressée en premier lieu à la personne de contact chargée de l'exécution du contrat et renseignée comme telle dans les correspondances.

Une plainte peut également être introduite par écrit à : Fédérale Assurance, Service Gestion des plaintes, rue de l'Etuve 12, 1000 Bruxelles (tél. : 02 509 01 89 - gestion.plaintes@federale.be).

Si la réponse du service de gestion des plaintes de Fédérale Assurance n'est pas satisfaisante, la plainte peut être adressée à l'Ombudsman des Assurances : info@ombudsman-insurance.be. Les coordonnées de l'Ombudsman des Assurances sont disponibles à l'adresse suivante : www.ombudsman-insurance.be.

Ces dispositions ne portent pas préjudice au droit du preneur d'assurance d'intenter une action en justice.

11.4. Protection des données à caractère personnel

11.4.1. Définition

Les données personnelles concernent toutes les données relatives à une personne physique que l'assureur obtient directement de la personne concernée ou qui sont transmises à l'assureur au sujet de la personne concernée. Ces données peuvent être traitées automatiquement ou non.

11.4.2. Finalités du traitement des données

Les données personnelles sont traitées par l'assureur, responsable du traitement, en vue des finalités suivantes :

- l'offre d'un produit d'épargne (*)
- l'émission effective et la gestion du contrat (*)
- l'octroi des prestations prévues (*)
- le traitement de plaintes et de litiges éventuels (*)
- le respect des obligations légales et prudentielles (**)
- l'élaboration de statistiques (***)
- la détection et la prévention de la fraude, du blanchiment de capitaux et du terrorisme (***)
- le maintien d'une relation commerciale (***)
- les fins de marketing direct (***)

Les étoiles renvoient aux fondements détaillés au point 11.4.3. ci-dessous.

Si les données personnelles nécessaires ne sont pas transmises, l'assureur ne pourra donner suite ni à une demande de simulation, ni à la souscription ou à l'exécution du contrat.

11.4.3. Fondements (base légale)

Les données personnelles sont traitées :

- (*) dans le cadre de l'exécution du contrat ou pour prendre des mesures avant la conclusion du contrat si la personne concernée le souhaite;
- (**) pour respecter des obligations légales;
- (***) en vue de poursuivre des intérêts légitimes.

11.4.4. Destinataires des données

Aux fins énumérées au point 11.4.2, les données personnelles peuvent être communiquées aux entreprises qui font partie du groupe Fédérale Assurance, aux personnes physiques ou entreprises qui interviennent comme prestataire de service ou sous-traitant pour le compte de l'assureur ainsi qu'à d'autres parties tierces concernées comme une entreprise de coassurance ou de réassurance, un service public compétent, un avocat ou un conciliateur dans le cadre d'un règlement de litiges.

11.4.5. Transfert indirect de données

Lorsque le preneur d'assurance communique les données personnelles des bénéficiaires à l'assureur, il lui est demandé d'informer les bénéficiaires précités de cette communication de données, du traitement et des droits y afférents.

11.4.6. Confidentialité

Des mesures techniques et organisationnelles ont été prises pour garantir la confidentialité et la sécurité des données personnelles. Leur accès est limité aux collaborateurs qui les traitent dans le cadre de l'exercice de leurs fonctions ou qui en ont besoin.

11.4.7. Conservation des données traitées

Les données traitées sont conservées par l'assureur pendant la durée nécessaire pour réaliser la finalité prévue. Cette durée sera prolongée en fonction du délai de prescription ainsi que de toute durée de conservation qui est imposée par la législation ou par la réglementation.

11.4.8. Droits de la personne concernée

La personne dont les données personnelles sont traitées peut :

- demander la consultation de ces données;
- faire rectifier des données erronées;
- faire effacer des données;
- obtenir une limitation du traitement;
- recevoir des données et/ou les transmettre à un autre responsable du traitement;
- faire opposition au traitement.

Pour l'étendue et le champ d'application des droits mentionnés ci-dessus, il est fait référence à la Politique de confidentialité reprise sur le site web de l'assureur. Si les données personnelles sont utilisées pour le Marketing Direct, la personne concernée peut toujours s'y opposer.

Toute question ou toute demande concernant le traitement des données personnelles peut être introduite de l'une des manières suivantes :

- par courrier daté et signé à Fédérale Assurance, à l'attention du Data Protection Officer, rue de l'Etuve 12, 1000 Bruxelles;
- via e-mail à : privacy@federale.be.

La personne concernée doit joindre à sa demande une photocopie recto verso de sa carte d'identité.

Une réclamation éventuelle relative au traitement des données personnelles peut être introduite auprès de l'Autorité de protection des données.

11.5. Exigences en matière d'informations et règles de conduite

En cette matière, l'assureur :

- veille à fournir, préalablement à la conclusion du contrat, toutes les informations légales, techniques, fiscales et commerciales au preneur d'assurance;
- s'organise pour que le contrat d'assurance proposé réponde aux exigences et besoins du preneur d'assurance et prenne en compte :
 - ses connaissances et son expérience;
 - son niveau de tolérance au risque;
 - son objectif d'épargne, sa situation financière et sa capacité à subir des pertes;
 - ses préférences en matière de durabilité;
- prend les mesures nécessaires pour détecter et éviter les conflits d'intérêts pouvant être préjudiciables au preneur d'assurance, à l'assuré et/ou au(x) bénéficiaire(s).

Des informations relatives aux exigences en matière d'informations et aux règles de conduite sont disponibles sur le site internet www.federale.be, sous la rubrique «Protection du consommateur».

11.6. Contact

L'assureur peut être contacté :

- par courrier à son siège social;
- par téléphone au 02 509 04 11 ou à tout autre numéro communiqué dans le cadre de la relation contractuelle;
- via le site internet www.federale.be, sous la rubrique «Contact» ou via l'adresse électronique spécifique communiquée dans le cadre de la relation contractuelle.

11.7. Régime linguistique

Les informations et communications de l'assureur se feront dans la langue que le preneur d'assurance aura choisie. A cet effet, le preneur d'assurance aura le choix entre le français et le néerlandais.

11.8. 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.

L'assureur en informe le preneur d'assurance 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.

11.9. Notifications et courrier (électronique)

Sauf si les dispositions qui précèdent ou si des dispositions impératives l'indiquent autrement, toute notification écrite d'une partie à l'autre peut se faire par lettre ordinaire ou par courrier électronique.

Toute notification écrite d'une partie à l'autre est supposée être faite à la date de dépôt à la poste à leur dernière adresse communiquée mutuellement ou à la date de réception dans le système de courrier électronique du destinataire à l'adresse électronique (enregistrée) qui est utilisée d'habitude entre les parties. L'envoi électronique doit être effectué à partir de l'adresse électronique (enregistrée) qui est utilisée d'habitude entre les parties.

Sauf si les dispositions qui précèdent ou si des dispositions impératives l'indiquent autrement, tout avis de l'assureur destiné à un quelconque tiers peut se faire par lettre ordinaire ou par voie électronique.

Il est convenu qu'une lettre recommandée suffit à titre de mise en demeure.

Une lettre recommandée peut être envoyée par voie postale ou électronique. L'envoi d'une lettre recommandée par voie postale se prouve par la production du récépissé de la poste. L'envoi d'une lettre recommandée par voie électronique est prouvé par la preuve reprise dans le Digital Act (envoi via un service de confiance qualifié).

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

11.10. Echange d'informations (FATCA/CRS)

En vertu de la loi du 16 décembre 2015 réglant la communication des renseignements relatifs aux comptes financiers, par les institutions financières belges et le SPF Finances, dans le cadre d'un échange automatique de renseignements au niveau international et à des fins fiscales, l'assureur peut être tenu de rapporter au SPF Finances certaines données relatives à la résidence et au statut fiscal de ses clients.

L'assureur prend toutes les dispositions administratives nécessaires pour satisfaire aux obligations légales précitées.

11.11 Point de Contact Central (PCC)

11.11.1. Raison d'être du PCC

Le PCC est une base de données informatisée gérée par la Banque Nationale de Belgique (BNB). Les données enregistrées dans le PCC peuvent être consultées entre autres par la Cellule de Traitement des Informations Financières, les notaires ainsi que certains services publics. Cette consultation peut notamment s'effectuer dans le cadre d'une enquête fiscale, de la lutte contre le blanchiment des capitaux et contre le financement du terrorisme et de la grande criminalité ou de la recherche d'infractions pénalement sanctionnables, et ceci, dans le respect des conditions imposées par la législation.

11.11.2. Communication d'informations au PCC et enregistrement

En vertu de la législation en la matière, tout assureur est tenu de communiquer au PCC certaines données relatives à l'identification de souscripteurs et à la relation contractuelle entretenue avec ceux-ci.

11.11.2.1. Données d'identification du preneur d'assurance

Le preneur d'assurance (personne physique) est identifié au moyen de son numéro d'identification de Registre national ou à défaut, son numéro d'identification dans la Banque-Carrefour de la Sécurité Sociale ou encore à défaut le nom, le premier prénom officiel, la date de naissance, le lieu de naissance et le pays de naissance.

11.11.2.2. Événements à communiquer

Les événements à communiquer dans les 90 jours calendrier sont le début ou la fin de la relation contractuelle avec leurs dates respectives.

11.11.2.3. Addition des avoirs et déclaration au PCC

L'assureur est tenu d'ajouter les avoirs des contrats de son client déclaré au PCC. Il doit également déclarer cette somme au PCC. Cette déclaration se fait annuellement à terme échu et doit être effectuée pour la fin du premier trimestre civil.

11.11.3. Droits de la personne enregistrée

La personne enregistrée a le droit de prendre connaissance auprès de la BNB, boulevard de Berlaimont 14 à 1000 Bruxelles, des informations enregistrées à son nom par le PCC. Elle a le droit de demander à l'assureur la rectification ou la suppression des données inexactes enregistrées à son nom par le PCC.

11.11.4. Délai de conservation des données

Les données sont conservées dans le PCC pendant 10 ans à partir de la fin de l'année calendrier durant laquelle la relation contractuelle a pris fin.

11.12. Critères de segmentation

L'assureur se base sur des critères objectifs pour décider de l'acceptation d'un risque, de la tarification et de l'étendue des garanties. Concrètement, il s'agit d'éléments qui permettent à l'assureur d'évaluer au mieux un risque déterminé.

Conformément à la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, ces critères de segmentation sont publiés et détaillés sur le site internet www.federale.be, sous la rubrique «Protection du consommateur»/«Critères de segmentation»/«Critères de segmentation Vie Individuelle».