

# CONDITIONS GENERALES

ERGO Life Return

## **1. Contenu**

<b>1.</b>	<b>DEFINITIONS .....</b>	<b>3</b>
<b>2.</b>	<b>FONCTIONNEMENT GENERAL DU CONTRAT.....</b>	<b>3</b>
	2.1. Entrée en vigueur et paiement des primes .....	3
	2.2. Constitution des avoirs en compte .....	3
<b>3.</b>	<b>COUVERTURES .....</b>	<b>4</b>
	3.1. Versement au terme du contrat.....	4
	3.2. Versement en cas de décès .....	4
<b>4.</b>	<b>DROITS DU PRENEUR D'ASSURANCE.....</b>	<b>6</b>
	4.1. Dispositions générales .....	6
	4.2. Résiliation.....	6
	4.3. Changement des règles de placement et du mode de placement.....	7
	4.4. Liquidation d'un fonds d'investissement de la branche 23 .....	7
	4.5. Désignation et changement de bénéficiaires.....	7
	4.6. Rachat.....	7
	4.7. Avance et mise en gage .....	8
	4.8. Cession des droits .....	8
<b>5.</b>	<b>DROITS DU (DES) BENEFICIAIRE(S).....</b>	<b>8</b>
<b>6.</b>	<b>DISPOSITIONS DIVERSES .....</b>	<b>9</b>
	6.1. Conversion de montants monétaires en unités et inversement.....	9
	6.2. Frais et impôts.....	9
	6.3. Certificat personnel et extrait de compte annuel .....	10
	6.4. Versements .....	10
	6.5. Correspondance et preuve .....	11
	6.6. Modification des Conditions générales .....	11
	6.7. Cadre légal .....	12
	6.8. Protection de la vie privée .....	12
	6.9. Plaintes et litiges.....	12

## 1. DEFINITIONS

assureur	ERGO Insurance s.a., ayant son siège social à 1000 Bruxelles, boulevard Bischoffsheim 1-8
contrat	Le contrat ERGO Life Return, 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 ou par domiciliation, selon ce qui a été convenu. Une période de souscription s'applique par fonds d'assurance interne. Au terme de la période de souscription, il n'est plus possible de souscrire au fonds d'assurance interne. La date d'entrée en vigueur de l'assurance est mentionnée dans le Certificat personnel (conditions particulières). La prime doit au plus tard à la date d'entrée en vigueur être disponible sur le compte de paiement. A cette date, la prime peut être encaissée. Si la prime n'est pas encaissée à la date d'entrée en vigueur, il ne peut être souscrit à l'assurance, et l'assurance peut être classée sans suite. Les documents nécessaires doivent être en la possession d'ERGO Insurance SA au plus tard le jour après l'échéance de la période de souscription.

### 2.2. Constitution des avoirs en compte

La prime nette (la prime diminuée de la taxe sur la prime de 2 % et des frais d'entrée) est investie par le fonds d'assurance interne dans les Euro Medium Term Notes (EMTN, ci-après 'Notes') émis par un partenaire externe. Le règlement de gestion de ce fonds d'assurance interne contient de plus amples informations sur ces Notes. Le rendement du fonds d'assurance interne dépend du rendement des Notes. Les 'Notes' garantissent à l'échéance le remboursement du montant investi, de sorte que le preneur d'assurance reçoit à ce moment-là au minimum la prime nette. Cette garantie de capital s'applique exclusivement à l'échéance des Notes. En cas de rachat anticipé de l'assurance, de résiliation de l'assurance suite à un décès, ou de cessation anticipée par l'émetteur des Notes, les avoirs en compte sont versés, calculés à l'aide de la valeur d'inventaire d'application du fonds d'assurance interne.

Le rendement du fonds d'assurance interne dépend du rendement de l'investissement dans l'actif sous-jacent.

Le risque financier de l'investissement par le fonds d'assurance interne dans les Notes est entièrement porté par le preneur d'assurance. ERGO Insurance sa ne répond pas de la protection de capital ni du rendement. Les engagements de l'émetteur des Notes sont toutefois entièrement garantis par le garant des Notes. Le preneur d'assurance porte le risque de faillite ou de non-paiement du garant et il est donc possible qu'à l'échéance il n'y ait pas de protection de capital et par conséquent, que la valeur versée soit inférieure à la prime nette.

## **3. COUVERTURES**

### **3.1. Versement au terme du contrat**

Lorsque 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.

##### **3.2.1.2. Montant**

Pour le calcul du capital-décès à verser, le montant assuré (et le montant sous-jacent des avoirs en 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 le point 3.2.3 en cas de déclaration tardive du décès). Il n'y a pas de participation bénéficiaire en cas de décès.

## **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.

## **3.2.3. 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, l'assureur est toujours en droit de réduire son intervention 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 de la branche 23 (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. L'assureur peut exiger toutes pièces complémentaires. Tous les intéressés à l'intervention de l'assureur sont tenus de demander à tous les médecins qui ont 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.

## 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'obtention d'une avance, de mise en gage, d'acceptation du bénéfice, 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 ou, 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. En cas de résiliation, le contrat prend fin et l'assureur rembourse au preneur d'assurance les avoirs sur compte constitués, majorés de tous les frais imputés (en ce qui concerne les modes de placement de la branche 23, uniquement des droits d'entrée), mais le cas échéant, après application d'une correction financière (voir les Règlements de gestion) et, dans la première hypothèse susvisée de résiliation, après imputation des frais d'examens médicaux (voir aussi 6.4).

### 4.3. Changement des règles de placement et du mode de placement

Un changement de mode de placement n'est pas autorisé.

#### 4.4. Liquidation d'un fonds d'investissement de la branche 23

ERGO Life peut, pour des raisons justifiées et en tenant compte des intérêts des preneurs d'assurance et des bénéficiaires, décider de procéder à la liquidation d'un fonds d'investissement de la branche 23. ERGO Life en informe préalablement les preneurs d'assurance et leur propose, sans frais, une alternative ou leur permet de réclamer, sans frais de sortie, la liquidation de la totalité des avoirs sur compte. Dans ce cas, ERGO Life placera les avoirs concernés en actifs qui présentent un profil de risque et de placement semblable.

#### 4.5. 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.

#### 4.6. 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 indemnité de rachat.

Cependant, chaque année, le preneur d'assurance peut retirer au maximum 15% des avoirs sur compte sans indemnité de rachat. Si ces 15% sont retirés en plusieurs fois au cours de la même année calendrier, des frais forfaitaires de 40 EUR sont portés en compte à partir du deuxième retrait (ce montant est indexé en fonction de l'indice 'santé' des prix à la consommation (indice de base = indice de septembre 2008)); l'indice à prendre en considération est celui du deuxième mois du trimestre précédant la date du rachat. Pour la partie du montant qui dépasse les 15% susmentionnés des avoirs sur compte, l'indemnité de rachat est appliquée comme suit, sauf stipulation contraignante contraire. L'indemnité de rachat est égale au maximum des 2 montants indiqués ci-dessous :

- 75,00 EUR (ce montant est indexé selon l'indice santé des prix à la consommation (indice de base = indice septembre 2008); l'indice pris en compte est celui du 2e mois du trimestre qui précède la date de rachat) et
- 3% du montant des avoirs sur compte rachetés en cas de rachat durant la première année du contrat, 2% du montant des avoirs sur compte rachetés en cas de rachat durant la deuxième année du contrat, 1% du montant des avoirs sur compte rachetés en cas de rachat durant la troisième année du contrat et 0% en cas de rachat à partir de la quatrième année du contrat (dans ce dernier cas, l'indemnité de rachat se limite donc au montant indexé de 75,00 EUR précité).

#### 4.7. Avance et mise en gage

Le preneur d'assurance peut obtenir une avance sur les prestations d'assurance futures, moyennant la signature d'un acte d'avance qui en détermine les conditions et les modalités.

Le preneur d'assurance peut mettre les droits qui découlent du contrat en gage. La mise en gage requiert un avenant au Certificat personnel, signé par le preneur d'assurance, le créancier gagiste et l'assureur. L'assureur peut refuser une demande d'octroi d'avance si le contrat est déjà grevé d'une mise en gage et inversement. L'obtention d'une avance ou la mise en gage peut entraîner le blocage total ou partiel des avoirs sur compte (réserve bloquées).

#### 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 bénéficiaire, le rachat, l'obtention d'une avance, la mise en gage 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. En ce qui concerne les modes de placement de la branche 23, les Règlements de gestion fixent la périodicité des dates de valorisation. En ce qui concerne les modes de placement de la branche 21, chaque jour-calendrier est une date de valorisation. Si la valeur d'unité n'est pas encore connue à une date déterminée, l'assureur peut provisoirement rapporter sur la base de la valeur d'unité la plus récente connue.

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

- frais standard: le premier jour de chaque mois;
- résiliation: la date de réception par l'assureur de la lettre recommandée valable et des éventuels autres documents jugés nécessaires;
- rachat: 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 qu'éventuellement mentionnée dans le formulaire de rachat ou de retrait;
- versement au terme: le terme;
- versement en cas de décès: la date de survenance de 'l'événement assuré' (voir cependant aussi 3.2.4 en cas de déclaration tardive du décès).

### 6.2. Frais et impôts

#### 6.2.1. Frais standard

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

## 6.2.2. Chargements particuliers

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

## 6.2.3. 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.

## 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'a 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, pourcentage de la participation bénéficiaire, évolution de la valeur des fonds d'investissement, structure des tarifs et des frais inchangée, etc.).

## 6.4. Versements

L'assureur peut subordonner tout versement (aussi en cas de résiliation, de rachat et d'avance) à la présentation des documents qu'il juge nécessaires. L'assureur verse les sommes dues, le cas échéant après application d'une correction financière (voir les Règlements de gestion) et après imputation d'éventuel(le)s retenues légales, frais, indemnités et autres sommes qui seraient encore du(e)s à l'assureur ou à des tiers (comme un créancier gagiste), dans les 30 jours après réception des documents demandés et, si la demande en est faite, après réception d'une quittance de règlement signée. 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 ou le versement en cas de décès successif 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.

## 6.5. Correspondance et preuve

Sauf si les dispositions qui précèdent ou si des dispositions impératives l'indiquaient autrement, toute notification d'une partie à l'autre peut se faire par lettre ordinaire. L'assureur peut, sans pour autant y être obligé, considérer comme valable toute notification formulée d'une autre manière (télécopie, e-mail, etc.). Toute notification et toute correspondance entre parties se font 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 toute notification 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 moyennant 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.

## 6.6. 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.

## 6.7. Cadre légal

### 6.7.1. Législation applicable

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

### **6.7.2. Régime fiscal applicable**

En ce qui concerne le régime fiscal applicable, il est renvoyé à la fiche fiscale remise au preneur d'assurance avant la conclusion du contrat. 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.

## **6.8. Protection de la vie privée**

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

## **6.9. Plaintes et litiges**

Si un intéressé a une plainte relative au contrat et n'obtient pas satisfaction, il peut s'adresser au Service Ombudsman Assurances, square de Meeûs 35 à 1000 Bruxelles. L'intéressé conserve aussi la possibilité d'entamer une procédure judiciaire. Les litiges entre les parties relèvent de la compétence des tribunaux belges.

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