



Dyna-Safe Plan

Conditions Générales

version mai 2018

1 INTRODUCTION	4
1.1 DÉFINITIONS	4
1.2 OBJECTIF ET STRUCTURE DU CONTRAT	4
2 GARANTIE DE BASE	5
2.1 ENTRÉE EN VIGUEUR, DROIT DE RÉSILIATION ET FIN DU CONTRAT	5
1 DÉBUT	5
2 DROIT DE RÉSILIATION	5
3 FIN	5
2.2 VERSEMENTS	6
1 PREMIER VERSEMENT ET VERSEMENT(S) SUPPLÉMENTAIRE(S)	6
2 CONDITIONS	6
2.3 RÉSERVES	6
1 CONSTITUTION DE RÉSERVES	6
2 PARTICIPATION AUX BÉNÉFICES	6
2.4 PRESTATIONS	7
1 PRESTATIONS EN CAS DE DÉCÈS	7
2 ATTRIBUTION BÉNÉFICIAIRE	8
3 RACHAT DE LA RÉSERVE	8
4 PRÉLÈVEMENT PÉRIODIQUE DE LA RÉSERVE	9
5 REMISE EN VIGUEUR	9
6 AVANCE	9
7 TRANSFERT SORTANT	10
8 SWITCH	10
2.5 OPTIONS D'INVESTISSEMENT	10
1 OPTION "PARTICIPATION BÉNÉFICIAIRE BRANCHE 23"	11
2 OPTION "LIMITATION DU RISQUE"	11
3 OPTION "LIMITATION DU RISQUE (DYNAMIQUE)"	11
4 OPTION "PROTECTION DES BÉNÉFICES"	11
5 OPTION « SWITCH PLANIFIÉ »	12
2.6 MODIFICATION DU CONTRAT	12
3 GARANTIES COMPLÉMENTAIRES	13
3.1 GARANTIES COMPLÉMENTAIRES EN CAS DE DÉCÈS	13
1 DESCRIPTION	13
2 EXCLUSIONS	13
3 FINANCEMENT	14
4 DÉBUT, SUSPENSION ET FIN DE LA GARANTIE COMPLÉMENTAIRE	14
3.2 GARANTIE COMPLÉMENTAIRE EN CAS DE DÉCÈS PAR ACCIDENT	15
1 DESCRIPTION	15
2 ACCIDENT	15
3 INVALIDITÉ	15
4 EXCLUSIONS	15
5 FINANCEMENT	16
6 DÉBUT, SUSPENSION ET FIN DE LA GARANTIE COMPLÉMENTAIRE	16
7 DÉCLARATION DE L'ACCIDENT	17
8 SUBROGATION	17
3.3 CONSÉQUENCES DU DÉFAUT DE PAIEMENT	17
4 DISPOSITIONS GÉNÉRALES	18
4.1 FRAIS	18
4.2 CONTRATS D'ASSURANCES DORMANTS	18

4.3 BASES TECHNIQUES DE LA TARIFICATION	19
4.4 RENSEIGNEMENTS	19
1 NOTIFICATIONS	19
2 ELEMENT D’EVALUATION DU RISQUE ET INCONTESTABILITE	19
3 INFORMATIONS AU PRENEUR D’ASSURANCE	20
4.5 LÉGISLATION	20
1 DROIT APPLICABLE ET ÉTENDUE TERRITORIALE	20
2 LOI SUR LA PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE	20
4.6 DISPOSITIONS FISCALES	21
1 CHARGES FISCALES	21
2 RÉGIME FISCAL APPLICABLE	21
3 FATCA/CRS	21
4.7 MENTIONS OBLIGATOIRES	22
1 COUVERTURE EN CAS DE TERRORISME	22
2 LIQUIDATION D’UN FONDS DE PLACEMENT	22
3 AUTRES INFORMATIONS ET RÉCLAMATIONS	22
4 FRAUDE	22
5 CONFLITS D’INTÉRÊTS	22
4.8 LEXIQUE EXPLICATIF	23

I INTRODUCTION

I.1 Définitions

Dans le présent *contrat d'assurance*, il faut entendre par:

- **vous:**

Le preneur d'assurance, la personne physique qui conclut le *contrat d'assurance* avec l'assureur.

- **l'assuré:**

La personne physique sur la tête de laquelle repose le risque de survenance de l'événement assuré.

- **l'assureur:**

Baloise Belgium sa, Siège social en Belgique City Link, Posthofbrug 16, 2600 Antwerpen, TVA BE 0400.048.883, PRP Antwerpen.

- **le bénéficiaire:**

La personne au profit de laquelle est stipulée la prestation d'assurance.

I.2 Objectif et structure du contrat

Le Dyna-Safe Plan est une assurance-vie visant à constituer un capital en investissant à la fois dans le volet *Branche 21* et dans les *fonds de placement* d'un volet *Branche 23*.

Le *contrat d'assurance* relève des dispositions légales et réglementaires belges en matière d'assurance-vie.

Le *contrat d'assurance* se compose notamment de:

- **Les conditions générales**

Ces conditions donnent, en premier lieu, une description des garanties et expliquent les droits et les obligations qu'ont les différentes parties à cet égard.

Vous trouverez à la fin de ce document un lexique explicatif reprenant un certain nombre de notions qui sont imprimées en italique dans le texte du *contrat d'assurance*.

- **Les conditions particulières**

Ces conditions adaptent les conditions générales en fonction de votre situation personnelle. Les conditions particulières prévalent sur les conditions générales.

- **Le règlement de gestion**

Le règlement de gestion contient les dispositions relatives à la gestion des *fonds de placement* (*Branche 23*).

- **Le document d'informations clés**

Le document d'informations clés décrit les modalités du produit applicables à une date déterminée.

2 GARANTIE DE BASE

2.1 Entrée en vigueur, droit de résiliation et fin du contrat

I Début

Le *contrat d'assurance* entre en vigueur à la date indiquée dans les conditions particulières, dans la mesure où le *contrat d'assurance* a été signé et le premier versement effectué.

2 Droit de résiliation

Vous avez le droit de résilier le *contrat d'assurance* dans les 30 jours qui suivent son entrée en vigueur. La résiliation doit être effectuée par lettre recommandée, par exploit d'huissier ou par remise de la lettre de résiliation contre récépissé. La date de résiliation correspond, selon le cas, à la date de la poste (date de remise à la poste), à la date de la signification ou la date indiquée sur l'accusé de réception.

Le cas échéant, l'assureur vous remboursera pour la *Branche 21* la valeur des versements que vous avez effectués réduite des *primes de risque* consommées jusqu'à la date de la résiliation.

Pour le volet *Branche 23*, l'assureur vous rembourse la valeur des *unités* octroyées, majorée des frais d'entrée et déduite faite des *primes de risque* consommées jusqu'à la date de la résiliation.

Les *unités* sont valorisées par l'assureur à la *valeur d'inventaire* d'au plus tard le quatrième jour ouvrable bancaire suivant la date de réception de la demande, mais au plus tôt le jour qui suit la date de la réception par l'assureur de la demande de résiliation du contrat.

Si vous avez souscrit une garantie complémentaire, la résiliation entraîne également la résiliation de cette garantie complémentaire.

3 Fin

Le *contrat d'assurance* reste en principe en vigueur jusqu'au décès de l'assuré.

Le *contrat d'assurance* prendra cependant fin dans les cas suivants:

- en cas de résiliation du *contrat d'assurance* dans les 30 jours qui suivent son entrée en vigueur;
- en cas de *rachat de la réserve*;
- en cas de nullité du *contrat d'assurance*.

2.2 Versements

I Premier versement et versement(s) supplémentaire(s)

Dans le cadre de ce *contrat d'assurance*, vous n'êtes pas tenu d'effectuer de versements.

Le premier versement est réparti entre le volet *Branche 23* et le volet *Branche 21* après retenue éventuelle des frais et taxes et selon la *clé de répartition* de votre choix. La *clé de répartition* applicable à ce *contrat d'assurance* est définie dans les conditions particulières.

Les frais et taxes d'application au *contrat d'assurance* sont également déterminés dans les conditions particulières.

Toutefois, vous ne pourrez investir que votre premier versement dans le volet *Branche 21*. En effet, les versements supplémentaires dans le volet *Branche 21* ne sont pas autorisés.

Dans le volet *Branche 23* du contrat, vous pouvez investir à la fois votre premier versement et les versements supplémentaires.

2 Conditions

L'assureur se réserve le droit de fixer des montants minimaux pour les versements. Ces montants sont fixés dans les conditions particulières du présent contrat.

2.3 Réserves

I Constitution de réserves

Si vous choisissez d'investir votre *versement net* dans le volet *Branche 21*, ce *versement net* sera capitalisé au taux d'intérêt en vigueur à partir du premier jour ouvrable suivant la date de la réception du versement. Le taux d'intérêt reste garanti jusqu'à la fin de la première période de garantie de 8 ans et 1 mois à compter de la réception de ce versement. Le taux d'intérêt en vigueur à partir de la prise d'effet de ce contrat est indiqué dans les conditions particulières.

Après l'expiration de cette période de garantie, un nouveau taux d'intérêt et une nouvelle durée seront à chaque fois fixés par l'assureur pour les périodes de garantie successives. Le taux d'intérêt en vigueur peut être consulté dans le document d'informations clés disponible sur le site www.fidea.be.

En cas d'investissements dans les *fonds de placement* de la *Branche 23*, les *versements nets* sont affectés à l'achat d'*unités* dans les *fonds de placement* choisis selon la *clé de répartition* que vous avez déterminée. Cette procédure s'effectue au choix de l'assureur selon la *valeur d'inventaire* d'au plus tard le quatrième jour ouvrable bancaire qui suit la réception du versement par l'assureur. Ni le capital investi, ni le rendement de ces *fonds de placement* ne sont garantis par l'assureur. Vous supportez donc l'intégralité du risque financier.

Les objectifs d'investissement du *fonds de placement*, les frais de gestion de l'assureur, les caractéristiques et la nature des actifs sont décrits dans le règlement de gestion. Les frais de gestion du gestionnaire des *fonds de placement sous-jacents* sont décrits dans les informations clés pour l'investisseur de chaque *fonds de placement sous-jacent*. Vous pouvez consulter le règlement de gestion et les informations clés sur www.fidea.be.

2 Participation aux bénéfices

Pour les *réserves* constituées dans le volet *Branche 21*, l'assureur décide chaque année des participations bénéficiaires. Il ne sera procédé à la répartition

bénéficiaire que si toutes les règles prudentielles de rentabilité et de solvabilité sont respectées. Les règles d'octroi seront définies sur la base de critères propres.

Les participations bénéficiaires sont d'application pour tout *contrat d'assurance* en vigueur au 31 décembre de l'année concernée par la participation bénéficiaire, et qui remplit en outre aux conditions stipulées dans les conditions particulières.

Avant que le *contrat d'assurance* ne soit conclu, l'assureur vous informe des conditions à respecter pour en bénéficier.

La participation bénéficiaire mentionnée dans la publicité et/ou dans d'autres documents de commercialisation est accordée selon les modalités fixées dans un plan de participations bénéficiaires que l'assureur soumet chaque année à l'organe de contrôle public compétent.

L'assureur peut toujours adapter la méthode d'attribution de la participation bénéficiaire.

Vous avez le choix d'investir le montant de la participation bénéficiaire comme suit:

- soit entièrement dans le volet *Branche 21*;
- soit entièrement dans le volet *Branche 23* si vous avez repris l'option "participation bénéficiaire *Branche 23*" (voir 2.5. Options d'investissement) dans le *contrat d'assurance*.

La *réserve* constituée dans le volet *Branche 23* n'est pas prise en considération pour l'octroi d'une participation bénéficiaire.

2.4 Prestations

I Prestations en cas de décès

En cas de décès de l'assuré, la *réserve* est toujours versée au bénéficiaire en cas de décès.

Dans la *Branche 21*, le montant à verser équivaut à la *réserve* qui a été constituée. Cette *réserve* est égale à la somme des *versements nets* payés, majorée des intérêts et des éventuelles participations bénéficiaires et réduite des *primes de risque* décès

Pour le volet *Branche 23*, le montant à verser équivaut à la *réserve* constituée. Cette *réserve* est calculée par l'assureur sur base de la *valeur d'inventaire* d'au plus tard le quatrième jour ouvrable qui suit le jour où l'assureur a reçu les documents nécessaires.

L'assureur ne versera les *réserves* constituées au sein du *contrat d'assurance* qu'après réception, entre autres, des documents suivants:

- le *contrat d'assurance* et les avenants;
- un extrait de l'acte de décès de l'assuré dans lequel est mentionnée la date de décès;
- un certificat médical mentionnant la cause du décès. L'assuré accepte que son médecin remette cette déclaration au médecin-conseil de l'assureur;
- le certificat ou l'acte d'hérédité faisant apparaître le droit du bénéficiaire, sauf si celui-ci a été désigné nommément dans le *contrat d'assurance*;
- un document au nom du bénéficiaire au moment du décès de l'assuré, datant d'il y a moins d'un mois établissant qu'il est en vie;
- une copie recto-verso de la carte d'identité du bénéficiaire;
- si le décès fait suite à un *accident*: un rapport détaillé des circonstances. Il peut s'agir, par exemple, d'un rapport médical ou d'un rapport d'autopsie;
- une quittance de liquidation adressée par l'assureur et signée par le bénéficiaire.

La liste complète des documents à remettre est indiquée sur la quittance de liquidation.

Si le décès fait suite à un acte intentionnel commis par le bénéficiaire en cas de décès ou à son instigation, la réserve ne lui sera pas versée.

Dans ce cas, la réserve reviendra au bénéficiaire en cas de décès qui entrerait en ligne de compte après le premier bénéficiaire.

2 Attribution bénéficiaire

Vous avez le droit, dans les limites autorisées par la loi, de désigner un ou plusieurs bénéficiaires. Si l'attribution bénéficiaire n'est pas acceptée, vous pouvez désigner un autre bénéficiaire.

En cas d'acceptation du bénéficiaire, vous ne pouvez exercer les droits qui découlent en votre faveur du *contrat d'assurance* qu'avec l'accord du bénéficiaire acceptant. Pour la modification de la *clé de répartition* et pour le *switch*, cette autorisation n'est toutefois pas requise.

L'acceptation bénéficiaire ne peut être annulée qu'avec l'accord du bénéficiaire qui a accepté.

L'acceptation et la suppression de l'acceptation bénéficiaire font l'objet d'un avenant au *contrat d'assurance*, qui doit être signé par vous, le bénéficiaire concerné, et l'assureur.

Les éventuels frais engagés pour retrouver le bénéficiaire seront déduits du montant à verser.

3 Rachat de la réserve

Vous pouvez à tout moment racheter la totalité de la réserve; dans ce cas, votre *contrat d'assurance* est résilié. Selon les modalités prévues dans votre *contrat d'assurance*, vous pouvez également effectuer un rachat partiel de la réserve à condition que vous respectiez les minima en matière de montants rachetés et de réserve résiduelle dans les volets des Branche 21 et Branche 23. Ces minima sont arrêtés dans les conditions particulières du *contrat d'assurance*.

En cas de rachat partiel, le prélèvement des réserves est effectué proportionnellement.

L'assureur imputera une indemnité de sortie dont le pourcentage appliqué dépendra du moment du rachat partiel ou total de la réserve. Ces pourcentages sont stipulés dans les conditions particulières.

Dans le cas où l'indemnité de sortie calculée conformément à l'article 30 § 2.2 ° de l'A.R. du 14 novembre 2003 sur l'activité d'assurance-vie est inférieure au montant prévu dans l'article 30 § 2.1 ° de l'A.R., l'assureur imputera ce montant minimum en tant qu'indemnité de sortie.

Par ailleurs, une correction financière peut être imputée par l'assureur sur la réserve rachetée du volet *Branche 21*. Cette correction financière est égale à la différence entre la réserve et la réserve recalculée. En occurrence, il faut notamment tenir compte de l'évolution des taux d'intérêt sur les marchés financiers entre le début de la période de garantie et le moment où la réserve est rachetée et la durée résiduelle de la période de garantie. Cette correction financière sera appliquée dans les limites légales en vigueur au moment du rachat.

Dans les cas suivants, des frais ne seront pas imputés pour le rachat de la réserve:

- si vous-même, votre conjoint, votre partenaire cohabitant légal ou une personne fiscalement à charge d'une de ces personnes est frappé d'une invalidité physiologique permanente de 25% ou plus;
- si vous-même, votre conjoint, votre partenaire cohabitant légal se retrouve au chômage à la suite d'un licenciement;
- si vous-même, votre conjoint, votre partenaire cohabitant légal ou une personne fiscalement à charge d'une de ces personnes décède et n'est pas l'assuré de ce contrat d'assurance. Il faut tenir compte que si vous décédez dans un tel cas, le droit de rachat peut seulement être exercé par ceux qui acquièrent le droit de rachat en cas de décès;
- si vous-même, votre conjoint, votre partenaire cohabitant légal ou une personne fiscalement à charge d'une de ces personnes est diagnostiquée d'une des maladies graves suivantes: cancer, leucémie, maladie de Parkinson, maladie de Hodgkin, maladie de Pompe, maladie de Crohn, maladie d'Alzheimer,

SIDA, diabète, tuberculose, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, méningite cérébrospinale, poliomyélite, dystrophie musculaire progressive, encéphalite, tétanos, hépatite virale, malaria, typhus exanthématique, typhus, paratyphus, diphtérie, choléra, charbon bactérien, mucoviscidose, insuffisance rénale avec dialyse rénale.

Vous devez justifier votre demande de rachat sans frais d'une des pièces justificatives suivantes:

- un certificat médical attestant de l'invalidité et, le cas échéant, la preuve du mariage, de la cohabitation légale ou des personnes à charge;
- la preuve du chômage et, le cas échéant, la preuve du mariage ou de la cohabitation légale;
- la preuve du décès et, le cas échéant, la preuve du mariage, de la cohabitation légale ou des personnes à charge;
- le certificat médical attestant de la maladie et, le cas échéant, la preuve du mariage, de la cohabitation légale ou des personnes à charge.

La demande de l'assuré doit être effectuée par écrit et doit être datée et signée par lui. Pour le volet *Branche 21*, cette date de demande est la date prise en considération par l'assureur pour le calcul de la réserve. Pour le volet *Branche 21*, le rachat prend effets à la date à laquelle vous consentez par écrit au paiement du montant qui vous est communiqué. Pour le volet *Branche 23*, le rachat prend effets à la date indiquée dans votre demande et au plus tôt le lendemain du jour de la réception de votre demande par l'assureur. C'est également la date prise en considération pour le calcul de la réserve rachetée dans le volet *Branche 23*.

Si vous procédez à un rachat partiel de la réserve, et que cela fait augmenter la portée de la garantie complémentaire en cas de décès, l'assureur peut subordonner cette augmentation aux résultats d'un examen médical.

4 Prélèvement périodique de la réserve

Le prélèvement périodique de la réserve n'est possible que si votre *contrat d'assurance* le prévoit expressément. Opter pour des prélèvements périodiques de la réserve implique que vous ne

pouvez choisir d'option d'investissement à l'exception de l'option d'investissement "Participation bénéficiaire *Branche 23*".

Le prélèvement périodiquement est uniquement possible pour la réserve constituée dans le volet *Branche 23*. Dans celle-ci, vous avez le choix de prélever une partie de cette réserve par mois, par trimestre, par semestre ou par an. Ces prélèvements périodiques devront rester entre les montants minimaux et maximaux stipulés dans les conditions particulières.

Par ailleurs, vous ne pouvez fixer vos prélèvements périodiques que pour les trois prochaines années. Après l'expiration de chaque période de trois ans, vous devez reconfirmer ces prélèvements.

Une indemnité de sortie sera imputée, qui est un pourcentage des réserves prélevées périodiquement.

5 Remise en vigueur

En cas de *rachat de la réserve*, le *contrat d'assurance* peut être remis en vigueur, sur demande écrite de votre part, dans les 3 mois. Les réserves rachetées doivent être alors reversées à l'assureur. Les réserves reversées sont soumises aux mêmes taux d'intérêt qu'avant le rachat.

En cas de réduction du *contrat d'assurance*, vous pouvez demander une remise en vigueur pendant un délai de 3 ans.

L'assureur peut subordonner la remise en vigueur des garanties de risque aux critères d'acceptation en vigueur à ce moment.

La remise en vigueur ne sera possible que pour le volet *Branche 21* du présent *contrat d'assurance*.

6 Avance

Il n'est pas possible de prélever une avance dans le cadre du présent *contrat d'assurance*.

7 Transfert sortant

Il n'est pas possible de transférer les réserves constituées dans le présent *contrat d'assurance* dans un autre *contrat d'assurance* d'un autre assureur.

8 Switch

Selon les modalités stipulées dans le *contrat d'assurance*, vous pouvez transférer en tout ou en partie la réserve liée au volet *Branche 21* et la réserve liée à un ou plusieurs *fonds de placement* dans le volet *Branche 23* vers un ou plusieurs *fonds de placement* que propose l'assureur dans le volet *Branche 23* de ce *contrat d'assurance*.

Toutefois, l'assureur se réserve le droit de déterminer un montant minimum pour le *switch* et un montant minimum des réserves qui doivent demeurer après le *switch* dans le volet *Branche 21* et les *fonds de placement* du volet *Branche 23*. En cas de *switch*, l'assureur peut retenir une indemnité. Une description précise de cette indemnité et des conditions est stipulée dans les conditions particulières du contrat.

Pour le volet *Branche 21*, le montant à transférer représente la valeur des réserves au lendemain de la demande écrite du *switch*.

Pour le volet *Branche 23*, le nombre d'*unités* à transférer est le résultat de la division du montant à transférer par la *valeur d'inventaire* à la première date d'évaluation suivante, telle que stipulée dans le règlement de gestion.

Le nombre de nouvelles *unités* reprises dans les fonds sélectionnés dans le volet *Branche 23* correspond à la division du montant entrant, éventuellement après déduction d'une indemnité de *switch*, par la *valeur d'inventaire* à la première date d'évaluation suivante, telle que stipulée dans le règlement de gestion.

2.5 Options d'investissement

Vous pouvez choisir de reprendre certaines options d'investissement dans le *contrat d'assurance*. Vous pouvez choisir en occurrence parmi les options d'investissement suivantes:

- l'option "Participation bénéficiaire *Branche 23*";
- l'option "Limitation des risques";
- l'option "Limitation des risques (dynamique)";
- l'option "Protection des bénéfiques" ;
- l'option « Switch planifié ».

Vous pouvez souscrire à ces options d'investissement lors de la souscription initiale du *contrat d'assurance* ou à une date ultérieure pendant la durée du *contrat d'assurance* moyennant d'un avenant. Si vous avez déjà souscrit à l'option d'investissement lors de la souscription du contrat, l'option entre en vigueur lorsqu'un versement est converti en *unités* du *fonds de placement* correspondant.

Les options d'investissement "Limitation du risque", "Limitation du risque (dynamique)" et "Protection des bénéfiques" doivent être sélectionnées par *fonds de placement* dans le volet *Branche 23*. Il n'est toutefois pas possible de choisir les options "Limitation du risque" et "Limitation du risque (dynamique)" pour le même *fonds de base*. Si vous optez pour l'option « Switch planifié », les autres options d'investissement ne sont pas possibles. Dès que l'option « Switch planifié » arrive à échéance, vous pouvez sélectionner une autre option d'investissement.

Vous pouvez à tout moment modifier ou mettre fin aux options d'investissement souscrites. Toutes les options d'investissement, à l'exception de la "Participation bénéficiaire *Branche 23*" prennent fin lorsque vous procédez à des prélèvements périodiques de la réserve.

À chaque fois qu'une option entre en vigueur, l'assureur peut imputer les frais indiqués dans les conditions particulières sur le montant transféré. Lorsqu'une option entre en vigueur, le montant total

sur lequel porte l'option est transféré, sauf dans l'option « Switch planifié », où, lors de la souscription, le montant du transfert périodique est fixé dans les conditions particulières.

Pour les caractéristiques spécifiques des options d'investissement choisies, veuillez consulter les conditions particulières.

I Option “Participation bénéficiaire Branche 23”

Si vous choisissez de reprendre dans le *contrat d'assurance* l'option automatique “Participation bénéficiaire Branche 23”, un montant égal à l'éventuelle participation bénéficiaire annuelle attribuée au volet *Branche 21* sera transféré au moyen d'une souscription automatique à un *fonds de placement* préalablement déterminé au sein du volet *Branche 23*

La reprise dans le *contrat d'assurance* et l'exécution de cette option n'entraînent pas de frais.

L'option sera exécutée 1 fois par an à une date déterminée par l'assureur et à condition qu'une participation bénéficiaire soit octroyée. À cet égard, seule la participation bénéficiaire attribuée après la reprise dans le *contrat d'assurance* de l'option automatique sera prise en considération.

2 Option “Limitation du risque”

Si vous choisissez l'option “Limitation du risque”, vous fixez un plancher pour vos investissements dans le volet *Branche 23*.

Chaque jour, l'on contrôlera si le pourcentage de la baisse de valeur atteint le plancher préétabli. Ce pourcentage est calculé sur la base de la dernière *valeur d'inventaire* connue et de la *valeur de référence*.

Si le plancher est atteint, l'option est exercée et l'ensemble de la *réserve* sera transférée au moyen d'un *switch* automatique vers un autre *fonds de placement* (sélectionné par vous) dans le volet *Branche 23*, à savoir le fond cible.

3 Option “Limitation du risque (dynamique)”

Avec l'option “Limitation du risque (dynamique)”, vous fixez un plancher pour chaque *fonds de base* dans le volet *Branche 23*. Un contrôle est effectué chaque jour pour s'assurer que le pourcentage de la baisse de valeur n'a pas atteint le plancher préétabli. Ce pourcentage est calculé sur la base de la dernière *valeur d'inventaire* connue et de la *valeur de référence*.

La *valeur de référence* sur base de laquelle ce plancher sera calculé est toutefois dynamique. Si la valeur de vos investissements dans le *fonds de placement* augmente, la nouvelle valeur – supérieure – tiendra lieu de *valeur de référence* pour le calcul du plancher. De ce fait, le plancher augmentera également et “suivra” pour ainsi dire les augmentations de valeur de vos investissements dans le *fonds de placement*.

Si la valeur de vos investissements diminue après une période d'augmentation de valeur, votre plancher sera atteint beaucoup plus vite que dans l'option d'investissement “Limitation du risque”. Ainsi, vous ne perdrez pas les plus-values constituées avant que l'option d'investissement ne produise ses effets.

Après avoir atteint le plancher, l'option est exercée et l'ensemble de la *réserve* dans le *fonds de base* sera transférée au moyen d'un *switch* automatique vers un autre *fonds de placement* (sélectionné par vous) dans le volet *Branche 23*, à savoir le *fonds cible*.

4 Option “Protection des bénéfices”

Avec l'option “Protection des bénéfices”, vous fixez un plafond pour chaque *fonds de base* dans la *Branche 23*.

Un contrôle est effectué chaque jour pour s'assurer que le pourcentage de la hausse de valeur n'a pas atteint le plafond préétabli. Ce pourcentage est calculé sur la base de la dernière *valeur d'inventaire* connue et de la *valeur de référence*.

Si ce plafond est atteint, l'option est exercée et la plus-value par rapport à la *valeur de référence* sera transférée, au moyen d'un *switch* automatique, vers un autre *fonds de placement* du volet *Branche 23*, à savoir le *fonds cible*.

5 Option « Switch planifié »

Si vous souscrivez l'option « Switch planifié », un transfert périodique vers un ou plusieurs fonds cibles de votre choix aura lieu, après un versement unique dans l'un des fonds d'investissement en branche 23 (de votre choix). Si vous sélectionnez plusieurs fonds cibles, une clé de répartition sera définie lors de la souscription de l'option. Vous choisissez vous-même la fréquence des transferts lors de la souscription de cette option. La fréquence peut être mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle. Les transferts ne concernent que la réserve contractuelle. Les réserves bénéficiaires qui sont versées dans le fonds dans le cadre de l'option financière « *Participation bénéficiaire branche 23* » ne sont pas reprises dans l'option « Switch planifié ». Cette option prend automatiquement fin dès que la réserve dans le *fonds de base* atteint 0 €.

2.6 Modification du contrat

Pendant la durée du contrat, vous pouvez demander à l'assureur de modifier les choix que vous avez faits, tels qu'ils sont mentionnés dans les conditions particulières. Les éventuelles modifications sont soumises aux présentes conditions générales et aux modalités d'application au moment de la modification.

Vous avez toujours le droit d'étendre votre assurance à des garanties supplémentaires ou de modifier les garanties existantes. Les *primes de risque* sont calculées sur la base des tarifs en vigueur et de l'âge de l'assuré au moment de la modification.

L'assureur peut néanmoins subordonner l'acceptation de nouvelles garanties ou la modification de garanties existantes à l'acceptation médicale par l'assureur.

Vous pouvez mettre fin à tout moment aux éventuelles garanties complémentaires, conformément aux dispositions de cette garantie complémentaire dans les présentes conditions générales. Dans ce cas, l'assureur impute les *primes de risque* déjà consommées jusqu'au moment de la résiliation.

Vous marquez votre accord avec le fait que lors de votre décès, et dans la mesure où le *contrat d'assurance* n'est pas entièrement versé en cas de votre décès, tous vos droits et obligations sont cédés à l'assuré. Il est possible de déroger à cette disposition dans les conditions particulières.

Toute modification s'effectue au moyen d'un avenant au *contrat d'assurance*.

3 GARANTIES COMPLÉMENTAIRES

3.1 Garanties complémentaires en cas de décès

I Description

La souscription d'une garantie complémentaire en cas de décès vous permet d'assurer un capital complémentaire en cas de décès de l'assuré. Le cas échéant, l'assureur paie au bénéficiaire en cas de décès le capital assuré en cas de décès.

Si le décès a été occasionné par un fait intentionnel du bénéficiaire en cas de décès ou sur son incitation, le capital assuré ne lui sera pas distribué. Dans ce cas, le capital assuré reviendra au bénéficiaire en cas de décès qui entrerait en ligne de compte après le premier bénéficiaire.

Dans le cadre du présent *contrat d'assurance*, vous avez la possibilité de souscrire la garantie complémentaire décès "130% des versements".

Si la garantie complémentaire "jusqu'à 130% des versements" est souscrite, le bénéficiaire en cas de décès de l'assuré a droit au capital le plus élevé entre les réserves constituées au moment du décès et 130% du versement effectué dans la *Branche 21*, réduit des éventuels taxes et rachats.

L'étendue de la garantie est indiquée dans les conditions particulières.

Par ailleurs, la souscription de cette garantie peut être subordonnée à l'acceptation médicale par l'assureur.

2 Exclusions

L'assureur ne versera cependant pas le capital complémentaire supérieur à la réserve constituée si l'assuré décède à la suite de l'une des causes décrites dans les exclusions ci-dessous:

- le décès de l'assuré par suicide durant la première année qui suit:
 - o la date de mise en vigueur de la garantie complémentaire décès ou la

date d'éventuelle remise en vigueur du *contrat d'assurance*;

- o l'émission de l'avenant d'augmentation des montants assurés en cas de décès. L'exclusion s'applique uniquement aux montants majorés;
- le décès de l'assuré durant la première année qui suit l'émission du *contrat d'assurance* à la suite d'une maladie ou d'une infirmité pour laquelle l'assuré était en traitement ou dont le diagnostic était connu avant la prise d'effet de la garantie complémentaire. Cette exclusion ne s'applique pas si, au début de la garantie complémentaire, l'assuré a remis à l'assureur une déclaration de santé ou un questionnaire médical ou s'il a passé un examen médical et que la maladie ou infirmité n'a pas été exclue explicitement de la couverture du *contrat d'assurance*;
- le décès de l'assuré, lorsque ce décès trouve sa cause immédiate et directe dans un crime ou un délit commis intentionnellement par l'assuré en tant qu'auteur ou coauteur et dont il pouvait prévoir les conséquences;
- le décès de l'assuré à la suite d'un *accident* pendant l'usage d'appareils de navigation aérienne:
 - o sauf en tant que pilote ou passager à bord de tous les avions et hélicoptères qui sont légalement destinés au transport de personnes et d'avions de transport militaires;
 - o sauf en tant que pilote amateur ou passager à bord d'un avion à moteur ou d'un planeur de tourisme. Le pilote doit être autorisé à effectuer le vol et l'appareil doit être muni d'un certificat de navigabilité;
- le décès de l'assuré à la suite d'un *accident* à bord:
 - o d'un prototype, d'un aéronef ultra léger ou d'un deltaplane;
 - o d'un aéronef utilisé à l'occasion de concours, expositions, épreuves de vitesse, raids, vols d'essai, records ou tentatives de records ou au cours d'entraînements en vue de la participation à l'une de ces activités;
- le décès de l'assuré à la suite d'un saut en parachute, sauf en cas de force majeure;

- le décès de l'assuré à la suite d'émeutes, de troubles civils, d'actes de violence collectifs d'inspiration politique, idéologique ou sociale, accompagnés ou non de rébellion contre l'autorité ou contre tout pouvoir investi, dans la mesure où l'assuré y a pris part volontairement et activement;
- le décès de l'assuré à la suite d'un fait de guerre:
 - o Si l'assuré participe activement aux hostilités, tout décès est exclu de l'assurance, quelle qu'en soit la cause;
 - o Si un conflit survient pendant le séjour de l'assuré à l'étranger, le décès résultant d'un fait de guerre est assuré à condition que l'assuré n'ait pas pris part activement aux hostilités;
 - o Si les circonstances le justifient, le risque de guerre peut être assuré par le biais d'une convention particulière et aux conditions que l'organe de contrôle compétent détermine en cas de conflit imminent;
- le décès de l'assuré causé par des armes ou des engins destinés à exploser par une modification de structure du noyau atomique.

3 Financement

Pour le financement de la garantie complémentaire décès, une *prime de risque* est périodiquement calculée et prélevée de la réserve constituée dans le volet *Branche 21* du *contrat d'assurance*.

Pour déterminer cette *prime de risque*, l'assureur utilisera un tarif basé sur l'expérience, pouvant être révisé tous les trois ans.

La *prime de risque* est, entre autres, calculée sur base de l'âge de l'assuré, du capital qui est assuré dans cette garantie complémentaire et des taux de prime stipulés dans la fiche info disponible sur www.fidea.be.

Dans sa tarification, l'assureur fait une distinction entre les fumeurs et les non-fumeurs. L'assuré sera considéré comme un non-fumeur par l'assureur s'il n'a plus fumé depuis au moins deux ans et s'il a l'intention de ne plus fumer.

4 Début, suspension et fin de la garantie complémentaire

La garantie complémentaire entre en vigueur à la date stipulée dans les conditions particulières à condition que le premier versement pour le *contrat d'assurance* ait été effectué.

La garantie complémentaire prend fin en même temps que le *contrat d'assurance* et toujours à l'expiration de la première période de garantie, 8 ans et 1 mois après le premier versement dans le volet *Branche 21* du *contrat d'assurance* ou, si les conditions particulières en disposent ainsi, à une date antérieure. Par ailleurs, vous pouvez résilier la garantie complémentaire par lettre recommandée, exploit d'huissier ou remise de la lettre de résiliation contre accusé de réception.

La résiliation de cette garantie complémentaire n'a pas d'impact sur la valeur de rachat du *contrat d'assurance*.

3.2 Garantie complémentaire en cas de décès par accident

I Description

Vous pouvez également souscrire une garantie complémentaire décès par *accident* dans le cadre de ce *contrat d'assurance*. Sauf disposition contraire dans les conditions particulières, cette garantie vise à verser au bénéficiaire en cas de décès un capital supplémentaire en cas de décès à la suite d'un *accident* dans l'année qui suit l'*accident* de l'assuré, ce décès survenant pendant la durée de ce *contrat d'assurance*.

Par ailleurs, le risque d'invalidité permanente et complète résultant d'un *accident* est également couvert par cette garantie complémentaire. Cette garantie complémentaire décès par *accident* peut uniquement être souscrite si vous avez également souscrit la garantie complémentaire décès "130% des versements".

L'étendue de la garantie est indiquée dans les conditions particulières.

2 Accident

Les événements énumérés de manière limitative ci-dessous sont assimilés à un *accident*:

- les blessures qui sont la conséquence directe et exclusive d'un *accident* couvert;
- la septicémie qui est la conséquence directe de lésions externes;
- l'inhalation involontaire de gaz ou de vapeurs toxiques ou ingestion par erreur de substances toxiques;
- l'atteinte à l'intégrité corporelle suite à un acte de légitime défense;
- des morsures d'animaux, autres que des animaux domestiques et de compagnie, et d'insectes;
- la noyade accidentelle;
- la foudre.

En revanche certains faits ne constituent pas un *accident*:

- la suicide ou tentative de suicide;

- des conséquences préjudiciables d'interventions chirurgicales qui n'ont pas été rendues nécessaires par un *accident*;
- des maladies, quelle qu'en soit la cause, et toutes les lésions physiques qui en découlent (par exemple AVC, crises d'épilepsie, et autres).

3 Invalidité

L'invalidité est constatée par le biais d'une déclaration de l'assureur ou sur la base d'un examen médical.

Une invalidité physiologique est considérée comme totale et permanente lorsque les lésions débouchent sur une incapacité d'au moins 67%.

Si une invalidité existe déjà au moment de l'entrée en vigueur ou la majoration de la garantie, l'invalidité existante sera déduite du pourcentage d'invalidité constaté.

4 Exclusions

L'assureur ne versera cependant pas le capital complémentaire supérieur à la réserve constituée si l'assuré décède à la suite d'un *accident* causé par l'un des risques décrits dans les exclusions ci-dessous:

- des actes intentionnels de l'assuré, sauf en cas de sauvetage de personnes ou de biens;
- des *accidents* provoqués par une faute grave de l'assuré, par exemple une altération de la conscience due à une intoxication alcoolique ou à la consommation de substances autres que des boissons alcoolisées;
- des *accidents* causés par des assurés en provoquant des paris ou défis ou en y participant;
- des *accidents* résultant de la participation volontaire de l'assuré à un délit ou un crime;
- des *accidents* résultant d'une rixe, d'une agression ou d'un attentat sauf si l'assuré n'en était ni le provocateur, ni l'instigateur;
- des *accidents* causés par le fait que l'assuré ne possède pas de permis de conduire ou de navigation valide;
- des assurés qui ont pris place dans un véhicule alors qu'ils savaient ou étaient censés savoir que le conducteur se trouvait dans un état d'intoxication alcoolique, d'ivresse ou sous l'influence de stupéfiants ou stimulants, si

- l'assureur peut démontrer qu'il existe un lien de cause à effet entre l'accident et ces circonstances;
- des accidents dus à des catastrophes naturelles (séismes, inondations, avalanches, pression de la neige et tornades);
 - le décès de l'assuré à la suite d'un fait de guerre:
 - o si l'assuré participe activement aux hostilités, tout décès est exclu de l'assurance, quelle qu'en soit la cause;
 - o si un conflit survient pendant le séjour de l'assuré à l'étranger, le décès résultant d'un fait de guerre est assuré à condition que l'assuré n'ait pas pris part activement aux hostilités;
 - o si les circonstances le justifient, le risque de guerre peut être assuré par le biais d'une convention particulière et aux conditions que l'organe de contrôle compétent détermine en cas de conflit imminent.
 - des émeutes, troubles civils, actes de violence collectifs d'inspiration politique, idéologique ou sociale, accompagnés ou non de rébellion contre l'autorité ou contre tout pouvoir investi, sauf s'il peut être démontré que l'assuré n'y a pas pris part activement, faisait partie des forces de l'ordre ou se trouvait dans un état de légitime défense;
 - les réactions nucléaires, la radioactivité et les radiations ionisantes, à l'exception des irradiations médicales nécessaires;
 - des accidents provoqués par l'assuré pendant l'utilisation professionnelle ou dans le cadre d'une course de véhicules motorisés d'une cylindrée supérieure à 49 cc;
 - des accidents provoqués par l'assuré lors de la préparation ou de la participation à des concours de vitesse, de régularité ou d'aptitude à l'aide de véhicules ou de bateaux, motorisés ou non, à l'exception des rallyes touristiques ou quêtes;
 - le décès de l'assuré dans un accident lors de l'utilisation d'aéronefs:
 - o sauf en tant que pilote ou passager à bord de tous avions et hélicoptères autorisés pour le transport de personnes et d'appareils militaires de transport;
 - o sauf en tant que pilote amateur ou passager à bord d'un avion à moteur ou d'un planeur dans un but touristique. Le pilote doit être autorisé à effectuer le vol et l'appareil doit être muni d'un certificat de navigabilité;
 - le décès de l'assuré dans un accident survenu à bord:
 - o d'un prototype, d'un aéronef ultra léger ou d'un deltaplane;
 - o d'un aéronef utilisé à l'occasion de concours, expositions, épreuves de vitesse, raids, vols d'essai, records ou tentatives de record et pendant des entraînements en vue de la participation à l'une de ses activités;
 - des accidents survenus au cours d'activités d'alpinisme, de saut en parachute, de deltaplane, de plongée sous-marine, de spéléologie et de rugby;
 - des accidents survenus pendant la pratique, dans le cadre d'une compétition, d'un sport d'hiver, de cyclisme, de sports de combat ou de sport hippique, ou pendant les préparatifs et les entraînements en vue de la participation à ces compétitions;
 - le décès de l'assuré causé par des armes ou des engins destinés à exploser par une modification de structure du noyau atomique.
- Il peut être dérogé en termes exprès à ces exclusions dans les conditions particulières.

5 Financement

Pour le financement de la garantie complémentaire décès, une prime de risque est périodiquement calculée et prélevée de la réserve constituée dans le volet Branche 21 du contrat d'assurance.

6 Début, suspension et fin de la garantie complémentaire

La garantie complémentaire entre en vigueur à la date stipulée dans les conditions particulières à condition que le premier versement pour le contrat d'assurance ait été effectué.

La garantie complémentaire prend fin en même temps que le *contrat d'assurance* et toujours à l'expiration de la première période de garantie, 8 ans et 1 mois après le premier versement dans le volet *Branche 21* du *contrat d'assurance* ou, si les conditions particulières en disposent ainsi, à une date antérieure. Par ailleurs, vous pouvez résilier la garantie complémentaire par lettre recommandée, exploit d'huissier ou remise de la lettre de résiliation contre accusé de réception.

La résiliation de cette garantie complémentaire n'a pas d'impact sur la valeur de rachat du *contrat d'assurance*.

7 Déclaration de l'accident

En cas de sinistre, l'assureur doit en être informé dans les plus brefs délais, et au plus tard dans les 30 jours qui suivent la survenance du sinistre. Toutefois, l'assureur ne se prévaut pas de ce délai si la déclaration du sinistre a été effectuée dans les plus brefs délais possibles.

Le médecin désigné par l'assureur doit pouvoir examiner l'assuré à tout moment. Le médecin désigné doit être en mesure d'accomplir toutes les missions jugées pertinentes par l'assureur dans les 30 jours qui suivent la notification de ce dernier. Toutes les mesures nécessaires doivent être prises à cet effet.

Si les dispositions prévues à cet article ne sont pas respectées et que l'assureur en subit un dommage, ce dommage sera déduit des prestations de l'assureur. Si les dispositions de cet article ont été violées dans une intention frauduleuse, l'assureur ne sera pas tenu de verser la garantie.

8 Subrogation

Si l'assureur effectue un versement dans le cadre de cette garantie complémentaire, il prend en charge tous les droits et actions du bénéficiaire. L'assureur pourra donc récupérer ce versement, en tout ou en partie, auprès de tiers, à l'exception de la récupération d'un préjudice moral.

3.3 Conséquences du défaut de paiement

Si vous n'effectuez pas les versements ou si vos versements sont insuffisants, la retenue périodique des *primes de risque* pour les garanties complémentaires peut entraîner l'épuisement de la *réserve*. L'assureur vous avertira par écrit des conséquences du non-paiement des versements.

Si la *réserve* ne suffit plus pour le financement d'une garantie complémentaire, l'assureur vous informera de la situation et de ses conséquences, par lettre recommandée, exploit d'huissier, ou remise d'une lettre de résiliation contre accusé de réception, et vous invitera ainsi à procéder aux versements complémentaires.

Si vous n'effectuez pas les versements complémentaires dans les 30 jours qui suivent l'expédition de la lettre recommandée, de l'exploit d'huissier ou de la remise de la lettre de résiliation contre accusé de réception, l'assureur réduira les prestations assurées des garanties complémentaires. La réduction des prestations n'entraîne cependant pas la résiliation intégrale du contrat de plein droit.

Sauf opposition expresse de votre part, il n'y a pas de réduction, mais un rachat (forcé) du contrat si la *réserve*, à la date de la réduction, n'est pas supérieure à un montant mentionné dans les lettres qui vous sont envoyées.

4 DISPOSITIONS GÉNÉRALES

4.1 Frais

L'assureur se réserve le droit d'imputer une indemnité pour la gestion des réserves dans le volet *Branche 21* et le volet *Branche 23*. Pour le volet *Branche 21*, l'assureur prélèvera chaque année un pourcentage sur les réserves constituées. Ce pourcentage est mentionné dans les conditions particulières de cette *convention*. Les frais de gestion pour les *fonds de placement* dans le volet *Branche 23* sont fixés par *fonds de placement* et sont déduits de la *valeur inventaire* de chaque fonds. Vous pouvez consulter les frais de gestion de chaque *fonds de placement* dans le règlement de gestion et dans le document d'informations clés.

Toute augmentation des frais vous sera communiquée par l'assureur dans un délai de 30 jours. En cas de modification unilatérale des conditions générales par l'assureur, vous avez toujours le droit de résilier le contrat sans frais.

Par ailleurs, l'assureur a également le droit d'imputer des frais pour toutes les dépenses exceptionnelles, à savoir les dépenses occasionnées à votre demande, à la demande de l'assuré ou à la demande du bénéficiaire. À titre d'exemple, il peut s'agir de frais engagés pour l'envoi de lettres recommandées, la demande de paiements de l'étranger ou la demande d'extraits de compte.

En outre, une commission de gestion peut également être imputée par le gestionnaire du *fonds de placement sous-jacent* de la *Branche 23*. Cette commission est fixée par *fonds de placement sous-jacent* et est spécifiée dans les informations clés pour l'investisseur du fonds sous-jacent.

4.2 Contrats d'assurances dormants

L'assureur est légalement autorisé à porter en compte les frais suivants:

- frais pour vérifier si l'assuré est encore en vie;
- frais pour vérifier si l'événement est assuré;
- frais pour retrouver le bénéficiaire.

Ces frais sont cependant limités à 5% des prestations y compris participation bénéficiaire et taxes, avec un maximum absolu de €200. Les frais sont imputés au plus tard au moment du transfert du montant assuré à la Caisse des dépôts et Consignations ou du paiement au bénéficiaire.

4.3 Bases techniques de la tarification

Le calcul des tarifs et la composition des réserves sont effectués sur base de l'ensemble des suppléments, du taux d'intérêt technique et des lois de survenance. Ces bases techniques sont susceptibles d'être modifiées suite à des modifications de la législation ou des dispositions des conditions générales.

Pour plus d'informations sur la tarification, veuillez-vous reporter aux conditions particulières.

4.4 Renseignements

I Notifications

Veillez nous communiquer tout changement d'adresse vous concernant ou concernant vos bénéficiaires. Nous envoyons toutes nos notifications à votre dernière adresse connue.

Si vous avez souscrit une garantie supplémentaire en cas de décès par *accident* dans le cadre de ce *contrat d'assurance*, vous devez, pendant la durée de la garantie, mentionner par écrit toute modification relative aux activités professionnelles ou sportives de l'assuré dans les 30 jours qui suivent la survenance de la modification.

Vous êtes responsable des conséquences qui découlent de toutes les informations inexactes, incomplètes, inexactes ou tardives. L'assureur n'est pas responsable du dommage éventuel qui en découlerait.

2 Élément d'évaluation du risque et incontestabilité

L'assurance est établie sur base des renseignements que vous avez fourni. Vous êtes responsable pour l'exactitude de ces renseignements.

En cas d'inexactitude de la date de naissance de l'assuré, l'assureur adapte les *primes de risque* dues compte tenu de la date de naissance exacte. L'assureur se réserve également le droit de corriger toutes les opérations pour lesquelles la date de naissance fautive a été utilisée.

Dès que l'assurance prend effet, elle ne peut plus être contestée, sauf si vous avez intentionnellement omis des informations ou communiqué des informations inexactes. Dans ce cas, l'assureur peut annuler le *contrat d'assurance* et conserver les versements payés jusqu'au moment où il a été informé de l'omission intentionnelle ou de la communication intentionnelle d'informations inexactes. La *réserve* qui sera remboursée sera composée des *versements nets* réalisés après cette constatation, majorée des frais d'entrée.

Pour la *Branche 21*, la réserve qui sera remboursée sera composée des versements nets réalisés après cette constatation, majorée des frais d'entrée, des intérêts échus et des éventuelles participations bénéficiaires et déduction faite des éventuelles primes de risque.

Le calcul de la réserve pour la *Branche 23* s'effectue d'après la valeur d'inventaire d'au plus tard le quatrième jour bancaire ouvrable qui suit la date de la prise de connaissance par l'assureur de la notification intentionnelle de données inexactes.

3 Informations au preneur d'assurance

L'assureur respectera toutes les obligations d'information et de transparence à votre comme prévu dans la réglementation en vigueur.

Par exemple, la valeur d'inventaire de chaque fonds sera fixée à chaque jour ouvrable bancaire et publiée à titre indicatif. Par ailleurs, l'assureur rédige des rapports internes périodiques qui expliquent les prestations de chaque fonds.

Vous recevez chaque année un relevé de votre contrat d'assurance. L'assureur communique chaque année le montant de la réserve et des montants des participations bénéficiaires qui vous sont accordées pour l'exercice précédent, ainsi que la manière dont les garanties assurées ont évolué.

4.5 Législation

I Droit applicable et étendue territoriale

Le présent contrat d'assurance est régi par le droit belge. Tous les litiges entre les parties relèvent de la compétence des tribunaux de votre domicile lors de la souscription du contrat d'assurance.

L'assurance est valable dans le monde entier.

2 Loi sur la protection de la vie privée

Concernant le traitement des données à caractère personnel et des données clients (entre autres vos droits en la matière), Baloise Insurance envoie à sa déclaration générale de confidentialité et, éventuellement, pour cette police, à sa déclaration spécifique de confidentialité. Vous pouvez la consulter sur le site www.baloise.be. Vous pouvez également les demander au service Vie privée de Baloise Insurance ou au siège de l'entreprise.

4.6 Dispositions fiscales

I Charges fiscales

L'assureur met à votre charge ou à celle du ou des bénéficiaires toutes les taxes, ou tous les impôts actuels ou futurs applicables à ce *contrat d'assurance* et à toutes les sommes dues pour l'une ou l'autre raison du fait de ce contrat.

2 Régime fiscal applicable

Les éventuelles charges fiscales et/ou sociales applicables aux versements sont déterminées par la législation de l'État de votre domicile.

La législation fiscale de l'État de votre domicile détermine l'attribution éventuelle d'avantages fiscaux aux versements. Dans certains cas, la législation du pays où les revenus imposables sont perçus peut être appliquée.

Les impôts applicables aux revenus ainsi que les autres charges éventuelles sont définis par la loi de l'État de domicile du bénéficiaire et/ou par la loi du pays où les revenus imposables sont acquis.

En ce qui concerne les droits de succession, c'est la législation fiscale de l'État de domicile du défunt et/ou la loi de l'État de domicile du bénéficiaire qui est d'application.

Le régime fiscal applicable est tributaire de votre situation individuelle et peut faire l'objet de modifications.

3 FATCA/CRS

En vertu de la réglementation FATCA et CRS, l'assureur peut être tenu de rendre compte des informations de votre police au SPF Finances.

Vous êtes tenu de communiquer dans les plus brefs délais à l'assureur tout changement d'adresse ou toute modification au niveau de vos résidences fiscales telles qu'elles sont indiquées lors de la souscription du contrat.

Si vous pouvez être considéré(e) comme une U.S. Specified person pour toute autre raison, vous êtes

également tenu de le signaler immédiatement à l'assureur. L'assureur est tenu d'examiner toutes les indications qui peuvent justifier de rendre compte de vos données.

Vous êtes tenu d'apporter votre collaboration totale à cette enquête. Si vous omettez de le faire, l'assureur sera forcé de signaler votre police au SPF Finances.

4.7 Mentions obligatoires

I Couverture en cas de terrorisme

Cette garantie couvre les dommages causés par le terrorisme, conformément à la législation relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme.

L'assureur est à cet effet membre de l'asbl TRIP. (www.tripasbl.be). Conformément à la loi précitée, l'exécution de toutes les obligations de toutes les compagnies d'assurances qui sont membres de l'asbl TRIP peut être limitée si le montant total de toutes les obligations de toutes les compagnies d'assurances dépasse durant une même année civile le montant fixé par la loi.

Si la limitation du montant à verser s'applique, cela se fera sous la forme d'un pourcentage établi conformément à la législation précitée.

L'assuré ou le bénéficiaire peut prétendre au paiement auprès de l'assureur aussitôt que ce pourcentage est établi.

2 Liquidation d'un fonds de placement

L'assureur peut, conformément au règlement de gestion, procéder unilatéralement à la liquidation d'un *fonds de placement*. Dans ce cas, vous avez le choix entre le transfert interne de votre *réserve* de ce *fonds de placement* vers un autre *fonds de placement* du volet *Branche 23*, et le rachat de la *réserve* conformément aux possibilités prévues dans le cadre légal en vigueur. À cet égard, aucune indemnité et aucun chargement de sortie ne seront appliqués. Si vous ne communiquez pas votre choix, la *réserve* sera transférée vers un *fonds de placement* d'une classe de risque équivalente.

3 Autres informations et réclamations

Pour toute question ou réclamation relative à ce contrat, vous pouvez toujours vous adresser à votre intermédiaire ou à l'assureur. L'assureur vous donnera volontiers toutes les informations souhaitées et s'efforcera de vous servir au mieux. Vous pouvez adresser également vos plaintes éventuelles au service des réclamations de Baloise Belgium sa, Posthofbrug, 2600 Antwerpen.

Vous pouvez le faire également par téléphone au 03 203 85 85, par fax au 03 203 86 55, par e-mail à plaintes@baloise.be ou via le formulaire de réclamation disponible sur www.baloise.be. Dès la réception de votre plainte, le service des réclamations de Baloise Insurance procédera à un examen objectif et vous enverra une réponse dans les cinq jours ouvrables.

Vous pouvez également introduire une plainte auprès de l'Ombudsman des assurances, square de Meeûs 35, 1000 Bruxelles. Tél.: 02 547 58 71, Fax: 02 547 59 75, www.ombudsman.as. E-mail: info@ombudsman.as.

Il est recommandé, sans être obligatoire, de vous adresser d'abord au service des réclamations de Baloise Insurance. L'Ombudsman des assurances examine les litiges que vous avez en tant que consommateur avec une entreprise d'assurance ou avec un intermédiaire d'assurance concernant l'application d'un *contrat d'assurance* existant.

Vous avez toujours le droit d'introduire une procédure judiciaire.

Baloise Insurance a adhéré aux règles de conduite pour la gestion des réclamations dans les entreprises d'assurances d'Assuralia, que vous pouvez consulter sur www.assuralia.be.

4 Fraude

Toute fraude ou tentative de fraude sera sanctionnée conformément à la législation en vigueur et/ou aux conditions générales ou particulières et peut, le cas échéant, entraîner des poursuites pénales.

5 Conflits d'intérêts

Baloise Insurance s'engage à défendre de manière loyale, équitable et professionnelle les intérêts de ses clients. Les mesures prises par Baloise Insurance pour identifier, maîtriser et prévenir les conflits d'intérêts dans son organisation et dans ses activités sont présentées sous forme résumée sur le site Internet de Baloise Insurance ; <https://www.baloise.be/fr/a-propos-de-nous/vos-droits.html>. Sur simple demande, vous pouvez obtenir des informations plus spécifiques à ce sujet

auprès du service Compliance de Baloise Insurance au siège central.

4.8 Lexique explicatif

Vous trouverez ci-dessous la définition de certaines notions figurant en italique dans le présent *contrat d'assurance*.

contrat d'assurance:

L'ensemble des dispositions contractuelles qui fixent les conditions du Dyna-Safe Plan ainsi que les droits et obligations qui s'appliquent à vous, à l'assuré, à l'assureur et aux bénéficiaires.

Branche 21:

Une assurance de la *Branche 21* est une assurance-vie par laquelle l'assureur vous garantit un rendement fixe tel que défini dans l'annexe II de la loi du 13 mars 2016 relative au statut et au contrôle des entreprises d'assurance ou de réassurance.

Branche 23:

Une assurance de la *Branche 23* est une assurance-vie pour laquelle le rendement est lié à un ou plusieurs *fonds de placement*, telle que défini dans l'annexe II de la loi du 13 mars 2016 relative au statut et au contrôle des entreprises d'assurance ou de réassurance. Les investissements dans la *Branche 23* ne donnent pas droit à une participation bénéficiaire, un intérêt garanti ou un capital garanti. Le risque d'investissement est supporté entièrement par vous.

fonds de placement:

Un *fonds de placement* se compose d'un ensemble d'actifs qui restent la propriété de l'assureur mais qui sont considérés comme une garantie pour l'exécution du volet *Branche 23* des contrats d'assurance associés à ce *fonds de placement*. La notion « *fonds de placement* » fait référence au *fonds de placement* interne. Le *fonds de placement* interne peut à son tour investir dans un ou plusieurs *fonds de placement* sous-jacents. Le rendement du *fonds de placement* interne est fort dépendant de l'évolution des *fonds de placement* sous-jacents

unité (du fonds de placement):

Une part élémentaire d'un *fonds de placement*.

valeur d'inventaire:

La *valeur d'inventaire*, ou valeur de l'*unité*, est égale à la valeur du *fonds de placement* divisée par le nombre d'*unités* dans ce *fonds de placement* au moment de la détermination de la valeur et en fonction des bases d'inventaire.

réserve:

La *réserve* de votre *contrat d'assurance* se compose des *réserves* constituées dans les volets *Branche 21* et *Branche 23*. La *réserve* de la *Branche 21* est constituée de la capitalisation des versements nets au taux d'intérêt garanti applicable, majorée d'une éventuelle participation bénéficiaire, et déduite des frais (de gestion) et des éventuelles *primes de risque*. La *réserve* de la *Branche 23* est constituée du nombre total d'*unités* que vous détenez dans le *fonds de placement*, multiplié par leur *valeur d'inventaire* respective et déduction faite des frais (de gestion).

rachat de la réserve:

Par *rachat de la réserve*, il convient d'entendre le rachat du *contrat d'assurance*.

clé de répartition:

Le mode de répartition, choisi par vous, de vos versements entre le volet *Branche 21* et les différents *fonds de placement* proposés par l'assureur pour le volet *Branche 23*.

switch:

Un transfert interne qui consiste à transférer la *réserve* liée au volet *Branche 21* ou à un ou plusieurs *fonds de placement* au sein de la *Branche 23*, en tout ou en partie, vers un ou plusieurs autres *fonds de placement* que l'assureur propose dans le cadre du volet *Branche 23*.

prime de risque:

Les frais que l'assureur retient périodiquement de la *réserve* pour assurer la garantie complémentaire souhaitée.

versement net:

Le versement effectué, réduit des droits d'entrée et des taxes sur les primes.

accident:

Un événement soudain, extérieur à l'assuré, qui se produit indépendamment de sa volonté et occasionne une lésion corporelle constatable objectivement.

consolidation:

La consolidation des lésions désigne le moment où il n'y a plus de perspectives favorables d'amélioration des lésions. À partir de ce moment, l'incapacité est considérée comme permanente.

valeur de référence:

Lors de l'activation d'une option d'investissement (à l'exception de l'option "participation bénéficiaire Branche 23") une *valeur de référence* est déterminée pour chaque *fonds de base*, à savoir la *valeur d'inventaire du fonds de base* le jour de l'établissement de l'option.

Cette *valeur de référence* sera recalculée pour l'option "protection du bénéficiaire" si des versements complémentaires, des *switches* ou des transferts ont lieu dans le *fonds de base*. Cela sans tenir compte d'éventuels rachats ou réductions des *réserves*.

fonds de base:

Un *fonds de base* est un *fonds de placement* sur lequel une option d'investissement peut être souscrite.

fonds cible:

Un *fonds cible* est un *fonds de placement* sur lequel les *réserves* concernées ou la participation bénéficiaire peuvent être transférés si une option d'investissement est exercée.