

Table des matières

Définitions

Partie I : Caractéristiques d'un contrat Serenity II

- Article 1 : Qu'est-ce qu'un contrat Serenity II ?
- Article 2 : Comment fonctionne un contrat Serenity II ?

Partie II : Conclusion d'un contrat Serenity II

- Article 3 : Prise d'effet du contrat
- Article 4 : Base contractuelle et incontestabilité
- Article 5 : Le contrat peut-il encore être résilié après la conclusion ?
- Article 6 : Le contrat peut-il être modifié ?
- Article 7 : Quand le contrat prend-il fin ?
- Article 8 : Paiement des versements

Partie III : Garanties d'un contrat Serenity II

- Article 9 : Tarifs
- Article 10 : Quelle est la prestation versée en cas de vie ?
- Article 11 : Les contrats participent-ils aux bénéfices ?
- Article 12 : Prestation en cas de décès de l'assuré
- Article 13 : Que se passe-t-il en cas de décès du preneur d'assurance s'il n'est pas l'assuré ?

Partie IV : Quels sont les droits du(des) preneur(s) sur le contrat ?

- Article 14 : Désignation du bénéficiaire
- Article 15 : Le preneur peut-il retirer tout ou partie de son épargne constituée ?
- Article 16 : Une avance sur la prestation assurée peut-elle être obtenue ?

Partie V : Dispositions spécifiques si il y a deux preneurs d'assurance ou deux assurés

- Article 17 : Paiement de la (les) prime(s)
- Article 18 : Que se passe-t-il en cas de décès d'un des preneurs d'assurance/des deux preneurs d'assurance simultanément ?
- Article 19 : Quand la compagnie verse-t-elle le montant de la prestation décès si il y a deux assurés ?
- Article 20 : Quand le contrat prend-il fin si il y a deux assurés ?

Partie VI : Dispositions diverses

- Article 21 : Quelles sont les formalités à remplir pour le versement des prestations ?
- Article 22 : Quelles informations complémentaires relatives à votre contrat Serenity II recevez-vous ?
- Article 23 : Taxes et frais éventuels
- Article 24 : Quelles sont les formalités à remplir en cas de changement de domicile ?
- Article 25 : Demande d'informations
- Article 26 : Gestion des plaintes

Partie VII : Dispositions juridiques spécifiques

- Article 27 : Droit applicable, tribunaux compétents
- Article 28 : Dispositions propres à FATCA ('Foreign Account Tax Compliance Act') et CRS ('Common Reporting Standards')
- Article 29 : Dispositions propres à la couverture contre les actes de terrorisme
- Article 30 : Dispositions relatives à la distribution des produits d'assurance : IDD
- Article 31 : Sanctions internationales
- Article 32 : Protection des données à caractère personnel
- Article 33 : Article divers

DÉFINITIONS

Les présentes conditions générales décrivent le fonctionnement et les possibilités offertes par votre contrat Serenity II Prime by Athora ou Serenity II Basic by Athora. Afin de vous familiariser avec celui-ci, nous vous précisons ci-après quelques termes juridiques et techniques essentiels.

Les termes définis ici sont marqués d'un astérisque* la première fois qu'ils sont utilisés.

ACCIDENT :

Tout événement soudain et fortuit qui produit une lésion corporelle objectivement constatable et dont une des causes est extérieure à l'organisme de l'assuré et indépendante de sa volonté ou de celle du bénéficiaire.

Sont assimilés à des accidents :

- la noyade ;
- les lésions subies lors du sauvetage de personnes ou de biens en péril ;
- les intoxications et brûlures résultant, soit de l'absorption involontaire de substances toxiques ou corrosives soit du dégagement fortuit de gaz ou de vapeurs.

Le suicide, la tentative de suicide et le décès de l'assuré suite à une euthanasie ne sont pas des accidents. N'est pas non plus un accident le décès suite à une euthanasie pratiquée sur l'assuré en raison d'une affection qui est la conséquence d'un accident.

ASSURÉ(E)(S) :

La (les) personne(s) sur laquelle (lesquelles) repose le risque de survenance de l'événement assuré.

S'il y a deux assurés, le terme 'assuré' vise, selon le contexte, conjointement les deux assurés ou l'assuré.

BASES TECHNIQUES :

Les bases techniques sont composées des lois de mortalité, des taux d'intérêt technique, des chargements d'inventaire et des chargements proportionnels au(x) versement(s).

BENEFICIAIRE(S) :

La ou les personne(s) (physique(s) ou morale(s)) en faveur de laquelle (desquelles) sont stipulées les prestations d'assurances.

COMPAGNIE :

Athora Belgium S.A., entreprise d'assurances agréée sous le code BNB (Banque Nationale de Belgique) n° 0145.

CONTRAT SERENITY II :

Le contrat Serenity II Prime by Athora ou le contrat Serenity II Basic by Athora souscrit par le preneur auprès de la compagnie.

COÛT DE LA PRESTATION DECES :

Le coût de la prestation décès est la prime nécessaire à couvrir le capital décès choisi.

La prime de la prestation décès est calculée en tenant compte du capital décès choisi et de l'espérance de vie de l'assuré.

DATE INTERET :

La date intérêt est la date à partir de laquelle sont calculés les intérêts sur l'épargne constituée.

La date intérêt est fixée au 15 du mois pour tout versement comptabilisé sur le compte bancaire de la compagnie entre le 1er et le 15 du mois et au premier du mois suivant pour tout versement comptabilisé entre le 16 et le dernier jour du mois.

EPARGNE OU RESERVE CONSTITUEE :

Le résultat de la capitalisation des versements nets, majoré des éventuelles participations bénéficiaires acquises et sous déduction en 1er lieu de l'éventuel coût du risque décès et en second lieu des frais de gestion, forme ce que l'on appelle la réserve du contrat ou encore l'épargne constituée.

FSMA :

La FSMA (Financial Services and Markets Authority), autorité de contrôle des services et marchés financiers est sise rue du Congrès 12-14, 1000 Bruxelles.

PARTICIPATION BENEFICIAIRE :

Cession définitive et gratuite d'une partie des résultats favorables de la compagnie au profit du contrat Serenity II.

PERIODE DE GARANTIE :

Période déterminée pendant laquelle est garanti, et ce jusqu'au terme de cette même période, le taux d'intérêt garanti (taux d'intérêt technique) en vigueur au moment du versement ainsi que le taux d'intérêt garanti en vigueur au début de chaque période de garantie successive.

PRENEUR(S) D'ASSURANCE :

La (les) personne(s) (physique ou morale) qui conclu(en)t le contrat Serenity II Basic by Athora ou Serenity II Prime by Athora auprès de la compagnie et qui effectue(nt) les versements.

S'il y a deux preneurs d'assurance, le terme 'preneur d'assurance' vise, selon le contexte, conjointement les deux preneurs d'assurance ou le preneur d'assurance.

Lorsqu'il y a deux preneurs d'assurance, tous les droits liés au contrat d'assurance doivent être exercés de commun accord entre les preneurs d'assurance.

Toute opération ou demande relative au contrat doit être adressée à la compagnie par un écrit signé par l'ensemble des preneurs d'assurance. Il en va de même pour tout document que la compagnie demande au(x) preneur(s) d'assurance de signer.

VERSEMENT :

La prime d'assurance payée par le preneur d'assurance comprenant les taxes et cotisations éventuelles prévues par la législation belge et les frais.

VERSEMENT NET :

Le versement diminué des frais et des éventuelles taxes ou cotisations.

PARTIE I : CARACTÉRISTIQUES D'UN CONTRAT SERENITY II

Article 1**QU'EST-CE QU'UN CONTRAT SERENITY II ?**

Serenity II* est un contrat d'assurance vie individuelle (branche 21) à versements* libres souscrit entre le preneur d'assurance* et la compagnie*. Il permet au preneur d'assurance de se constituer un capital.

Ce contrat d'assurance ne permet pas au preneur d'assurance de bénéficier d'un avantage fiscal sur les versements.

Article 2**COMMENT FONCTIONNE UN CONTRAT SERENITY II ?**

Le preneur d'assurance choisit librement les versements qu'il souhaite verser à la compagnie.

Chaque versement effectué vient augmenter l'épargne déjà constituée*.

Le rendement sur la réserve déjà constituée* du preneur est fonction du taux d'intérêt en vigueur au moment de chaque versement (voir article 9).

De plus, comme expliqué dans l'article 11, une participation bénéficiaire* peut être octroyée et venir augmenter également l'épargne constituée.

La compagnie garantit le paiement de l'épargne constituée en cas de vie au terme du contrat ou en cas de décès avant le terme du contrat.

Le terme du contrat est mentionné dans les conditions particulières. Le paiement de la totalité de l'épargne constituée met fin au contrat.

PARTIE II : CONCLUSION D'UN CONTRAT SERENITY II

Article 3

PRISE D'EFFET DU CONTRAT

Dès réception par la compagnie de la proposition d'assurance dûment complétée et signée et enregistrement du premier versement sur le compte financier de la compagnie et sous réserve du résultat favorable des formalités médicales éventuelles, le contrat prend effet à la date indiquée aux conditions particulières. La compagnie se réserve le droit d'acceptation du contrat.

Article 4

BASE CONTRACTUELLE ET INCONTESTABILITÉ

Le contrat est établi de bonne foi sur base d'une part des dispositions légales et réglementaires belges applicables aux assurances sur la vie, et d'autre part sur base des déclarations du preneur d'assurance, et le cas échéant, de celles de l'assuré*.

Toute omission ou inexactitude de la part du preneur d'assurance ou de l'assuré dans le but d'induire la compagnie en erreur sur les éléments d'appréciation des engagements rend l'assurance nulle.

Si l'omission ou la fausse déclaration a été faite sans mauvaise foi, le contrat devient incontestable après un an d'existence.

Article 5

LE CONTRAT PEUT-IL ENCORE ÊTRE RÉSILIÉ APRÈS LA CONCLUSION ?

Dans les trente jours qui suivent la prise d'effet du contrat, le preneur d'assurance a la possibilité de résilier son contrat. La résiliation de la part du preneur d'assurance s'effectue par l'envoi d'un recommandé daté et signé avec effet immédiat au moment de la notification. Dans ce cas, la compagnie rembourse au preneur d'assurance le versement déduction faite d'éventuels retraits et, le cas échéant, du coût de la garantie décès.

Article 6

LE CONTRAT PEUT-IL ÊTRE MODIFIÉ ?

La compagnie ne peut apporter unilatéralement aucune modification aux conditions générales ou particulières du contrat.

Le preneur d'assurance peut demander que la compagnie adapte les conditions particulières du contrat.

Toute adaptation doit être notifiée par un écrit daté et signé du preneur d'assurance et est confirmée par un avenant ou un document signé par la compagnie et actant la modification.

Article 7

QUAND LE CONTRAT PREND-IL FIN ?

Le contrat se termine en cas de rachat total, au décès de l'assuré ou au plus tard aux 105 ans de l'assuré. Le terme du contrat est mentionné dans les conditions particulières.

Article 8

PAIEMENT DES VERSEMENTS

A. Le versement initial

Le preneur d'assurance choisit librement le versement initial qu'il souhaite verser à la compagnie dans les limites prévues dans le Document D'Informations Clés.

Ce versement s'effectue par virement sur le compte bancaire de la compagnie dont le numéro est mentionné sur la proposition d'assurance, en utilisant la communication structurée qui y est mentionnée également.

B. Les versements complémentaires

Des versements complémentaires, dans les mêmes limites que celles du versement initial, et également par virement bancaire, peuvent être effectués à tout moment par le preneur d'assurance.

Dans ce cas, le preneur d'assurance en avertit son courtier qui lui fournira une référence de paiement (communication structurée). Toutefois, la compagnie se réserve le droit de limiter le nombre de versements à 4 par année civile, de refuser ou de rembourser des versements.

C. Quels sont les frais appliqués ?

Des frais sont prélevés sur les versements (chargements proportionnels). Ils s'élèvent à maximum 2,45% des versements. Les versements bruts et nets sont mentionnés dans les conditions particulières du contrat.

Des frais de gestion (chargements d'inventaire) sont déduits à la fin de chaque mois de l'épargne constituée. Ces frais s'élèvent chaque mois à 0,015 % de l'épargne constituée.

PARTIE III : GARANTIES D'UN CONTRAT SERENITY II

Article 9

TARIFS

Chaque versement est capitalisé au taux d'intérêt garanti (taux d'intérêt technique) en vigueur lors de sa réception par la compagnie pendant une période déterminée (la période de garantie*) augmenté potentiellement par une participation bénéficiaire. Ce taux est garanti, quelle que soit la conjoncture économique, à partir de la date intérêt* et jusqu'au 1er du mois qui suit (ou coïncide avec) la date de fin de la période de garantie.

A la fin de la 1ère période de garantie, l'épargne constituée par le versement bénéficiera du taux d'intérêt garanti en vigueur à cette date pour une nouvelle période de garantie identique. Et ainsi de suite par périodes successives de garantie.

Le taux d'intérêt garanti à la souscription et la période de garantie sont fixés dans les conditions particulières.

Lorsque la dernière période de garantie est inférieure à 8 ans, le taux d'intérêt garanti peut être limité en vertu des dispositions légales.

Article 10

QUELLE EST LA PRESTATION VERSÉE EN CAS DE VIE ?

En cas de vie de l'assuré au terme du contrat, l'épargne constituée est versée au(x) bénéficiaire(s)* désigné(s) et ne donne lieu à aucun prélèvement d'indemnité.

Article 11

LES CONTRATS PARTICIPENT-ILS AUX BÉNÉFICES ?

La compagnie peut répartir au 31 décembre de chaque année une participation bénéficiaire en fonction des résultats favorables de sa gestion. Cette participation bénéficiaire n'est pas garantie et est déterminée suivant un plan de participation soumis annuellement à la BNB (Banque Nationale de Belgique). La participation bénéficiaire est octroyée sous forme d'un intérêt supplémentaire rémunérant l'épargne constituée et s'ajoute à cette dernière. Le montant de cet intérêt supplémentaire est calculé proportionnellement au montant d'intérêt technique de l'année. La participation bénéficiaire est capitalisée au taux d'intérêt garanti en vigueur au moment de son octroi, pendant la période de garantie et ensuite par périodes successives de garantie. La participation bénéficiaire est communiquée annuellement au preneur d'assurance.

Les rendements obtenus dans le passé ne constituent aucune garantie pour l'avenir.

Article 12

PRESTATION EN CAS DE DÉCÈS DE L'ASSURÉ

A. Quels sont les montants assurés en cas de décès ?

En cas de décès de l'assuré avant le terme du contrat, la compagnie versera au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) la prestation décès mentionnée aux conditions particulières.

Le montant de la prestation décès sera, dans tous les cas, toujours au moins égal à l'épargne constituée du contrat et sera évalué le 1er jour du mois de la date où la compagnie a eu connaissance du décès.

Le paiement de la prestation décès met fin au contrat.

La souscription d'un contrat avec deux assurés est incompatible avec la souscription d'une couverture décès autre que 100 % de l'épargne constituée.

Les dispositions spécifiques s'il y a 2 assurés sont reprises en Partie V, article 19.

B. Quand la prestation décès sort-elle ses effets ?

Dès réception par la compagnie de la proposition d'assurance dûment complétée et signée, enregistrement du premier versement sur le compte financier de la compagnie et sous réserve du résultat favorable des formalités médicales, la garantie décès sort ses effets à la date indiquée aux conditions particulières.

Dès l'enregistrement sur le compte financier de la compagnie du premier versement, la compagnie accorde, à titre provisoire, une garantie de 6 250 EUR couvrant le décès suite à un accident* pendant une période de 30 jours maximum. L'accident et le décès doivent survenir durant cette période.

Cette garantie provisoire cesse dès que la garantie décès choisie conformément au point A. sort ses effets.

Au cas où la couverture décès choisie dans la proposition d'assurance est soumise à une acceptation médicale particulière ou en cas d'insuffisance de versement permettant de garantir la prestation décès, la compagnie émettra le contrat en prenant par défaut une couverture décès provisoire égale à 100 % de l'épargne constituée.

Dans le cas où la garantie décès n'a pas sorti ses effets 3 mois après la signature de la proposition d'assurance en raison, soit de l'absence de résultat favorable des formalités médicales, soit de l'insuffisance des versements, la compagnie poursuivra le contrat avec une prestation décès égale à 100 % de l'épargne constituée.

Les formalités médicales accomplies lors de la souscription peuvent se révéler insuffisantes en cas de versements libres trop importants. Dans ce cas, la compagnie se réserve le droit de demander des formalités médicales supplémentaires.

C. Quand prélève-t-on le coût de la prestation décès ?

Le coût de la prestation décès* est prélevé sur l'épargne constituée du contrat. Le premier prélèvement s'effectue à la date à laquelle la garantie décès sort ses effets. Les prélèvements suivants s'effectuent par anticipation le premier de chaque mois.

La compagnie maintient la garantie aussi longtemps que l'épargne est suffisante pour permettre de prélever le coût de la garantie décès. En cas d'insuffisance, la compagnie attire l'attention du preneur d'assurance sur l'utilité d'effectuer un versement supplémentaire lui permettant d'éviter la suppression de la garantie décès. A défaut, le contrat est résilié de plein droit.

D. La prestation décès peut-elle être modifiée ?

En cours de contrat, il est possible pour le preneur d'assurance de demander une modification de la prestation en cas de décès. Toute augmentation de cette prestation sera soumise aux conditions d'acceptation en vigueur au moment de la demande.

A l'occasion d'événements importants dans la vie du preneur d'assurance ou de l'assuré (mariage, naissance, adoption, décès du conjoint), il est possible d'augmenter le capital décès sans aucune formalité médicale pour autant que :

- a. l'âge de l'assuré n'excède pas 50 ans au moment de la demande ;
- b. l'augmentation ne dépasse pas 20 % du capital décès avec une limite de 12 500 EUR, et que le nouveau capital décès n'excède en aucun cas le plafond de 125 000 EUR.

La demande, accompagnée des pièces justificatives, doit être introduite dans les 6 mois qui suivent l'événement.

E. Quelle est l'étendue de la garantie en cas de décès ?

Les prestations décès sont acquises dans le monde entier quelles que soient les causes et les circonstances du décès de l'assuré, à l'exception des seuls cas repris ci-après.

Les risques non couverts sont ceux résultant :

- a. du suicide ou d'une tentative de suicide de l'assuré. Toutefois, le suicide ou la tentative de suicide est couvert s'il se produit après la première année qui suit la date d'effet du contrat. Ce même principe s'applique aux augmentations des prestations assurées ;
- b. du fait intentionnel du preneur d'assurance ou d'un des bénéficiaires ou à l'instigation de l'un d'eux ;

- c. d'une condamnation judiciaire, d'un crime ou d'un délit à caractère intentionnel; du décès de l'assuré quelle qu'en soit la cause survenant à la suite d'émeutes, de troubles civils ou de tout acte de violence collectif d'inspiration politique, idéologique ou sociale accompagnés ou non de rébellion contre l'autorité ou tout pouvoir concédé ; toutefois, la prestation décès est acquise lorsque le décès de l'assuré a pour cause un acte de terrorisme (voir article 29) ;
- d. du décès de l'assuré quelle qu'en soit la cause à la suite d'un événement de guerre entre Etats ou de guerre civile ou faits de même nature. Toutefois, si les circonstances le justifient, ce risque peut être couvert par une convention particulière.

Lorsque le décès de l'assuré survient durant un séjour à l'étranger, il convient de distinguer 2 cas :

- 1) si le conflit éclate pendant le séjour, les couvertures décès sont acquises sauf si la compagnie démontre que l'assuré a participé activement aux hostilités ;
- 2) si l'assuré se rend dans un pays où il y a conflit armé, la couverture décès peut être acquise pour autant que le preneur d'assurance en informe la compagnie au minimum 30 jours avant le départ de l'assuré et que la compagnie ait marqué son accord pour la couverture. L'accord peut être subordonné au paiement d'une surprime et toutes les conditions de l'accord doivent être mentionnées dans un avenant au contrat. Toutefois si la compagnie démontre que l'assuré a participé activement aux hostilités, la couverture décès ne sera pas acquise.

En cas de décès de l'assuré suite à un risque non couvert, la compagnie paie l'épargne constituée et évaluée le 1er jour du mois de la date où la compagnie a eu connaissance du décès.

Lorsque le décès résulte du fait intentionnel d'un des bénéficiaires ou à son instigation, le paiement est effectué aux autres bénéficiaires.

Article 13

QUE SE PASSE-T-IL EN CAS DE DÉCÈS DU PRENEUR D'ASSURANCE S'IL N'EST PAS L'ASSURÉ ?

Si le preneur d'assurance n'est pas l'assuré et qu'il décède avant l'assuré, les droits du contrat sont transférés de plein droit à l'assuré, sauf désignation expresse d'une autre personne dans les conditions particulières.

PARTIE IV : QUELS SONT LES DROITS DU (DES) PRENEUR(S) SUR LE CONTRAT ?

Article 14

DÉSIGNATION DU BÉNÉFICIAIRE

Le preneur d'assurance désigne les bénéficiaires de son contrat en cas de vie et en cas de décès et peut à tout moment modifier ce choix. Pour être opposable à la compagnie, cette modification doit lui être notifiée par un écrit daté et signé par le preneur d'assurance.

Toutefois, dès que le(s) bénéficiaire(s) accepte(nt) le bénéfice du contrat, il(s) acquièr(en) t un droit irrévocable aux prestations qu'il(s) est(sont) appelé(s) à recevoir.

Dès lors, sans son(leur) accord exprès, le preneur d'assurance ne peut plus obtenir de nouveaux retraits, modifier la prestation décès, modifier la clause bénéficiaire, céder les droits du contrat ou le mettre en gage.

Tant que le preneur d'assurance est en vie, l'acceptation du bénéfice ne peut se faire que par un avenant au contrat signé par ce(s) bénéficiaire(s), la compagnie et le preneur d'assurance.

Après le décès du preneur d'assurance, la compagnie ne tient compte de l'acceptation du bénéfice que si elle est notifiée par écrit par le(s) bénéficiaire(s).

LE PRENEUR PEUT-IL RETIRER TOUT OU PARTIE DE SON ÉPARGNE CONSTITUÉE ?

A. Droit au retrait

Le preneur d'assurance peut à tout moment en cours de contrat retirer tout ou partie de son épargne, sauf dans le cas où une législation ou une réglementation applicable au contrat l'interdit ou que des conditions spécifiques sont mentionnées dans les conditions particulières.

B. Comment le preneur peut-il exercer son droit au retrait et comment la valeur de retrait est-elle calculée ?

1)Retrait total/retrait partiel

Le retrait doit être demandé par le preneur d'assurance au moyen d'un écrit daté et signé par lui, accompagné d'une copie recto-verso de sa carte d'identité.

Le nombre de retraits sera limité à 1 retrait par mois avec un maximum de 4 retraits par an. Le montant minimum par retrait est de 250 EUR.

Une réserve minimale doit être maintenue sur le contrat. Elle s'élève à 1 250 EUR. En cas de décès, la prestation décès est diminuée du montant retiré dans le mois.

Chaque retrait est prélevé proportionnellement entre l'épargne constituée par les versements et l'épargne constituée par les participations bénéficiaires, puis en priorité sur l'épargne constituée respectivement par les versements ou les participations bénéficiaires les plus anciens.

2)Retraits planifiés

Conformément aux dispositions définies en A et aux limites définies en B. 1), et dans la mesure où celles qui suivent n'y dérogent pas, le preneur d'assurance a la possibilité de planifier des retraits dont les modalités sont fixées aux conditions particulières (ce qu'on appelle plan de retrait planifié). Cette possibilité n'est offerte qu'aux contrats prévoyant une prestation décès en pourcentage de l'épargne constituée et si le total des versements effectués sur le contrat Serenity II atteint un montant minimum de 12 500 EUR.

La fréquence de ces retraits planifiés doit être régulière et peut être annuelle, semestrielle, trimestrielle ou mensuelle.

Le paiement s'effectuera sur un compte financier auprès d'une banque établie en Belgique dont le preneur d'assurance aura communiqué le numéro sur la proposition d'assurance. Les paiements seront effectués tant que le preneur d'assurance n'aura pas notifié à la compagnie son désir de modifier les modalités de paiement ou de mettre fin à ceux-ci. Un préavis de 15 jours sera toutefois applicable.

Sur base annuelle, les retraits planifiés doivent s'élever à minimum 625 EUR et ne peuvent en aucun cas dépasser 10 % du total des versements effectués.

Le paiement des retraits est effectué par la compagnie le premier ou le quinzième jour ouvrable de chaque mois selon le choix du preneur d'assurance.

Tout plan de retrait planifié fait l'objet d'un prélèvement à titre d'indemnité selon les modalités suivantes :

- Le premier retrait planifié donne lieu au prélèvement de la même indemnité qu'un retrait (non planifié) déterminée en fonction de la date de réception par la compagnie de chaque versement selon les modalités décrites au point C ci-dessous, sans exemption annuelle d'indemnité de rachat avec un minimum de 2,5 EUR.
- Les retraits planifiés suivants donnent lieu au prélèvement d'une indemnité forfaitaire égale à 2,5 EUR par retrait.

En cas de nouvelle demande de plan de retraits planifiés, les modalités décrites ci-dessus seront à nouveau appliquées.

En cas de retrait partiel, la compagnie se réserve le droit d'adapter les retraits planifiés.

Le contrat prend fin lorsque l'épargne constituée devient nulle.

C. Indemnité de retrait

La partie prélevée:

- sur l'épargne constituée par les participations bénéficiaires et
- sur l'épargne constituée par les versements de plus de 8 ans au 31/12 de l'année précédant le retrait est exemptée d'indemnité de retrait.

La partie prélevée sur l'épargne constituée par les autres versements bénéficie d'une exemption annuelle d'indemnité de retrait, selon les 2 limites (cumulatives) suivantes :

- 10 % de cette épargne évaluée au 31/12 de l'année précédant la demande du retrait. La première année civile du contrat, cette épargne constituée au 31/12 est remplacée par le total des versements bruts déjà effectués.
- 35.000 EUR par année civile.

Tout retrait dépassant ces limites fait l'objet d'un prélèvement à titre d'indemnité de rachat, déterminé en fonction de la date de réception par la compagnie de chaque versement selon les modalités suivantes :

- 3 % pendant les trois premières années de chaque versement ;
- 2 % pendant les 4ème, 5ème et 6ème années de chaque versement ;
- 1 % pendant les 7ème et 8ème années de chaque versement ;
- 0 % à partir de la 9ème année de chaque versement.

En cas de retrait total, si un prélèvement est effectué, son montant sera dans tous les cas au moins égal à 75 EUR. Ce montant forfaitaire est indexé en fonction de l'indice santé des prix à la consommation (base 1988=100). Au 01/09/2019, ce montant forfaitaire s'élève à 135,29 EUR.

En cas de retrait trop important, la compagnie se réserve le droit de revoir la couverture décès choisie et de la limiter, le cas échéant, à 100 % de l'épargne constituée ou de demander des formalités médicales supplémentaires.

En cas de contrat avec deux assurés, après le décès du premier assuré, le preneur d'assurance a la possibilité de retirer tout ou partie de la valeur du contrat sans frais, endéans un délai de 3 mois à compter de la date du décès.

Le retrait total constitue un rachat et met fin au contrat. Le retrait total ne sera pratiquement payé qu'à condition que le montant net à liquider s'élève à minimum 12,50 EUR. Pour obtenir le retrait total du contrat, le preneur d'assurance doit restituer la police et ses avenants et produire l'accord écrit des bénéficiaires acceptants éventuels.

D. Indemnité financière

Afin de préserver les intérêts des preneurs d'assurance, la compagnie se réserve le droit d'appliquer, dans certaines circonstances de marché exceptionnelles, une indemnité financière supplémentaire en cas de retrait pendant les 8 premières années du contrat, conformément à la réglementation d'assurance sur la vie.

La compagnie se réserve le droit d'adapter la disposition précédente si la réglementation d'assurance sur la vie venait à être modifiée. Les dispositions de la nouvelle réglementation remplaceraient automatiquement les présentes dispositions.

Article 16

UNE AVANCE SUR LA PRESTATION ASSURÉE PEUT-ELLE ÊTRE OBTENUE ?

Le contrat Serenity II ne donne droit à aucune avance sur le paiement des prestations.

Les prestations sont indivisibles en ce qui concerne la compagnie. Dès lors, en présence de plusieurs bénéficiaires, un mandat dûment signé devra être envoyé à la compagnie désignant le mandataire auquel celle-ci versera les prestations.

Le paiement est effectué contre quittance signée.

S'il est constaté que la date de naissance de l'assuré communiquée à la compagnie n'est pas exacte, les garanties seront recalculées en fonction de la date exacte.

Article 22

QUELLES INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES RELATIVES À VOTRE CONTRAT SERENITY II RECEVEZ-VOUS ?

Chaque année la compagnie envoie au preneur d'assurance et/ou met à sa disposition une information détaillée quant à la situation du contrat. Cette information reprend entre autres l'état de l'épargne constituée compte tenu des versements et des retraits effectués durant l'année écoulée.

Article 23

TAXES ET FRAIS ÉVENTUELS

A. Qu'en est-il des frais et impôts ?

La compagnie se réserve le droit de demander des frais ou indemnités pour des dépenses particulières occasionnées par le fait du preneur d'assurance, de l'assuré ou du bénéficiaire. Ces dépenses particulières sont notamment les dépenses occasionnées par les recherches d'adresses, les recherches de bénéficiaires, les envois recommandés, les demandes de justificatifs et duplicata de toute sorte, les demandes de relevés de paiements et les paiements provenant de l'étranger.

En particulier, la compagnie peut porter en compte des frais pour les vérifications et recherches, qu'elle fera dans le cadre d'un contrat dit « dormant », en exécution de la Loi portant des dispositions diverses (I) (1) du 24 juillet 2008. Un contrat d'assurances « dormant » est un contrat d'assurance qui n'a pas fait l'objet de la part du bénéficiaire d'une intervention dans les six mois (délai qui passera à 4 mois à partir du 22 Mai 2020) de la prise de connaissance de la survenance du risque par l'entreprise d'assurances. Ces frais ne peuvent pas excéder 5 % des prestations assurées sans pouvoir excéder 200 EUR. Ce montant maximum forfaitaire est fixé par l'Arrêté Royal du 14/11/2008 et peut être adapté par le Roi.

Les éventuels droits de timbre et d'enregistrement, tous impôts et taxes éventuels, présents et futurs, applicables à toutes sommes dues de part et d'autre en vertu du contrat, sont à charge du preneur d'assurance ou des bénéficiaires.

B. Modification des montants et frais forfaitaires et des bases techniques

Les montants et frais forfaitaires exprimés dans les présentes conditions générales et dans les conditions particulières sont ceux en vigueur au 1/1/2002. Ils sont susceptibles d'être adaptés par la compagnie.

Conformément à l'article 26 de l'Arrêté Royal Vie du 14 novembre 2003, les opérations à primes flexibles sont considérées, quant à la tarification, comme un ensemble d'opérations à prime unique et aucune garantie tarifaire ne peut être consentie pour des primes avant leur versement. Les bases techniques* sont dès lors susceptibles d'être modifiées pour le futur.

Toute modification des frais ou des bases techniques fera l'objet d'une communication au preneur d'assurance.

Cet article ne vise pas les 75 EUR mentionnés à l'article 15, point C.

Article 24

QUELLES SONT LES FORMALITÉS À REMPLIR EN CAS DE CHANGEMENT DE DOMICILE ?

Toute instruction relative au contrat doit être adressée à la compagnie et notifiée par un écrit daté et signé.

Tout changement d'adresse n'est opposable à la compagnie que si celle-ci en a été informée par lettre recommandée.

Sauf convention contraire, les instructions prendront cours le 1er jour ouvrable qui suit le jour où la compagnie reçoit la notification par écrit, pour autant qu'une procédure d'acceptation ne soit pas prévue.

La compagnie se réserve cependant le droit de ne pas y donner suite si elle a le sentiment que l'exécution de celle-ci impliquerait une contravention à une disposition légale ou réglementaire ou à une disposition du présent contrat. Dans cette hypothèse, la compagnie informe immédiatement le preneur d'assurance de sa décision.

Article 25

DEMANDE D'INFORMATIONS

Qu'en est-il de la correspondance ou d'éventuelles contestations ?

Tout avis ou toute correspondance entre parties se fait valablement à la dernière adresse (de correspondance) qu'elles se sont mutuellement communiquée.

S'il y a deux preneurs d'assurance, la Compagnie peut valablement envoyer tout avis au preneur d'assurance conjointement aux deux preneurs d'assurance et peut utiliser l'adresse du 'premier preneur d'assurance' figurant dans la proposition comme adresse de correspondance unique.

Les preneurs d'assurance ont toujours la possibilité de faire changer l'adresse de correspondance unique par un avis écrit à la Compagnie, daté et signé par eux deux.

Toute notification d'une partie à l'autre est censée être faite à la date de son dépôt à la poste.

L'émission des documents précontractuels et contractuels ainsi que toute communication relative au contrat peuvent se faire en néerlandais, à la demande du client.

Article 26

GESTION DES PLAINTES

En cas de contestation ou plainte vis-à-vis de la compagnie, sans préjudice de la possibilité d'intenter une action en justice, le preneur d'assurance, l'assuré ou le bénéficiaire peuvent contacter la compagnie:

Par écrit à Athora Belgium - Service Gestion des Plaintes - Rue du Champ de Mars, 23 - 1050 Bruxelles

Par e-mail à l'adresse : gestion.plaintes.be@athora.com

Par téléphone au 02/403 81 56

Par fax au 02/403 86 53

L'information concernant la procédure de traitement des plaintes est disponible sur le site www.athora.com/be dans la rubrique Contact : 'Votre avis nous intéresse'.

Conformément à la réglementation en vigueur, la compagnie s'engage à recourir à une procédure de règlement extrajudiciaire des litiges de consommation. Celle-ci est entièrement gratuite pour le preneur d'assurance.

Par conséquent, si celui-ci estime ne pas avoir obtenu la solution adéquate, il peut s'adresser à l'Ombudsman des Assurances, entité qualifiée, sise à l'adresse actuelle Square de Meeûs 35 à 1000 Bruxelles (info@ombudsman.as, www.ombudsman.as), sans préjudice de la possibilité d'intenter une action en justice.

PARTIE VII : DISPOSITIONS JURIDIQUES SPÉCIFIQUES

Article 27

DROIT APPLICABLE, TRIBUNAUX COMPÉTENTS

Le contrat est régi par les dispositions légales et réglementaires belges relatives à l'assurance-vie, ainsi que par les conditions générales et particulières (et les avenants éventuels). Les conditions particulières complètent et précisent les conditions générales. En cas de contradiction, les conditions particulières priment. Les conditions générales et particulières doivent être fournies au(x) client(s) sur un support durable (papier, digital, ...).

Toutes les contestations éventuelles sont de la compétence exclusive des tribunaux belges.

Article 28

DISPOSITIONS PROPRES À FATCA ('FOREIGN ACCOUNT TAX COMPLIANCE ACT') ET CRS ('COMMON REPORTING STANDARDS')

Le Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) et le Common Reporting Standards (CRS) sont deux législations dont l'objectif est de lutter contre l'évasion fiscale par le biais de la mise en place d'un échange automatique de données entre les administrations fiscales concernées. Ceci se traduit par une obligation de déclaration annuelle par les institutions financières aux SPF Finances qui échangera avec les administrations fiscales concernées des données portant sur les revenus de certains produits financiers détenus, en Belgique, par des contribuables non belges.

Le CRS concerne des personnes non-résidentes fiscales belges et le dispositif FATCA concerne les « US persons », à savoir toutes celles ayant de droit la nationalité américaine ou celles qui ont, d'une manière définie par FATCA, un lien avec les Etats-Unis.

Un tel lien (« indice US ») est considéré comme présent dans les cas suivants :

- l'assujettissement à la fiscalité américaine ;
- l'acquisition de la nationalité américaine ;
- l'acquisition d'une carte verte de résidence permanente aux États-Unis (Green Card) ;
- le fait de disposer d'un numéro de téléphone, d'une adresse postale ou d'un domicile aux États-Unis ;
- la représentation éventuelle par un mandataire ou autre représentant aux États-Unis.

Au cas où la présence d'un indice US mène à l'application des obligations de reporting prévues par la réglementation FATCA, la Compagnie se réserve la faculté de mettre fin au présent contrat.

En ce cas, l'épargne constituée sera remboursée au preneur d'assurance, sous déduction des éventuelles retenues fiscales, par versement sur le compte en banque utilisé pour le paiement de la dernière prime ou tout autre compte que le preneur d'assurance renseignerait.

En tant qu'assureur, il est donc important que la Compagnie soit mise au courant de l'existence de certains liens avec des pays souscrivant à l'échange automatique de données que ce soit maintenant ou dans le futur.

Pour toute modification de votre statut fiscal, la compagnie vous fera parvenir un questionnaire supplémentaire en vue de compléter l'enquête sur l'application de la réglementation FATCA ou CRS.

Vous êtes tenu d'informer la Compagnie de tout changement concernant votre situation et vos données personnelles en accordant une attention toute particulière à la mise à jour de tout critère éventuel en lien avec les indices US ou un changement de résidence fiscale.

Toutes les conséquences financières résultant d'une omission de communication ou d'une communication tardive d'un changement par rapport aux indices US ou de la résidence fiscale de la part du preneur d'assurance, peuvent être récupérées par la Compagnie auprès du preneur d'assurance.

DISPOSITIONS PROPRES À LA COUVERTURE CONTRE LES ACTES DE TERRORISME

A. Définition

Par terrorisme, on entend une action ou une menace d'action organisée dans la clandestinité à des fins idéologiques, politiques, ethniques ou religieuses, exécutée individuellement ou en groupe et attentant à des personnes ou détruisant partiellement ou totalement la valeur économique d'un bien matériel ou immatériel, soit en vue d'impressionner le public, de créer un climat d'insécurité ou de faire pression sur les autorités, soit en vue d'entraver la circulation et le fonctionnement normal d'un service ou d'une entreprise.

Les dommages causés par des armes ou des engins destinés à exploser par une modification de structure du noyau atomique ne sont pas couverts dans le présent contrat.

B. Adhésion à TRIP

La compagnie couvre les dommages causés par le terrorisme. Celle-ci est membre à cette fin de l'ASBL Terrorism Reinsurance and Insurance Pool (TRIP). Conformément à la loi du 1er avril 2007 relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme, l'exécution de tous les engagements de l'ensemble des entreprises d'assurances membres de l'ASBL est limitée à 1 milliard d'euros par année civile pour les dommages causés par tous les événements reconnus comme relevant du terrorisme, survenus pendant cette année civile. Ce montant est adapté, le 1er janvier de chaque année, à l'évolution de l'indice des prix à la consommation, l'indice de base étant celui de décembre 2005. En cas de modification légale ou réglementaire de ce montant de base, le montant modifié sera automatiquement applicable dès la prochaine échéance suivant la modification, sauf si le législateur a prévu explicitement un autre régime transitoire.

Si le total des indemnités calculées ou estimées excède le montant cité dans le précédent alinéa, une règle proportionnelle est appliquée : les indemnités à payer sont limitées à concurrence du rapport entre le montant cité dans le précédent alinéa ou les moyens encore disponibles pour cette année civile et les indemnités à payer imputées à cette année civile.

C. Régime de paiement

Conformément à la loi susmentionnée du 1er avril 2007, le Comité décide si un événement répond à la définition de terrorisme. Afin que le montant cité à l'article 29, B. ne soit pas dépassé, ce Comité fixe, six mois au plus tard après l'événement, le pourcentage de l'indemnisation que les entreprises d'assurances membres de l'ASBL doivent prendre en charge en conséquence de l'événement. Le Comité peut revoir ce pourcentage. Le Comité prend, au plus tard le 31 décembre de la troisième année suivant l'année de survenance de l'événement, une décision définitive quant au pourcentage d'indemnisation à payer.

L'assuré ou le bénéficiaire ne peut prétendre, envers la compagnie, à l'indemnisation qu'après que le Comité a fixé le pourcentage, la compagnie paie le montant assuré conformément au pourcentage fixé par le Comité.

Si le Comité diminue le pourcentage, la réduction de l'indemnité ne sera pas applicable aux indemnités déjà payées, ni aux indemnités restant à payer pour lesquelles la compagnie a déjà communiqué sa décision à l'assuré ou au bénéficiaire.

Si le Comité relève le pourcentage, l'augmentation de l'indemnité s'applique pour tous les sinistres déclarés découlant de l'événement reconnu comme relevant du terrorisme.

Les dispositions du présent chapitre ne sont pas applicables à la valeur de rachat théorique des assurances-vie.

Article 30

DISPOSITIONS RELATIVES À LA DISTRIBUTION DES PRODUITS D'ASSURANCE : IDD

A. Devoir de diligence

La compagnie ne donne aucun conseil, ni concernant la souscription, ni concernant les différentes opérations au cours du contrat d'assurance. Le preneur d'assurance et/ou l'assuré se feront assister et conseiller par un intermédiaire en assurances de son choix qui devra respecter le devoir de précaution et l'obligation d'avis.»

Le preneur d'assurance et l'assuré dispensent notamment la compagnie de toute vérification en la matière et la déchargent de toute responsabilité à l'égard de leurs choix et des conséquences – en particulier des pertes financières – qui peuvent en résulter, notamment si les choix faits ne sont pas adaptés au profil de l'assuré.

B. Conflits d'intérêt

Les résumés des politiques de rémunération et de gestion des conflits d'intérêts de la compagnie sont disponibles sur le site web de l'entreprise www.athora.com/be.

La version complète ainsi que toute information complémentaire sur ces politiques peuvent être obtenues à la demande par le client.

Article 31

SANCTIONS INTERNATIONALES

La Compagnie ne peut être tenue de fournir une couverture, de payer un sinistre ou de fournir des prestations concernant le présent contrat dans la mesure où la mise à disposition d'une telle couverture, le paiement d'un tel sinistre ou la fourniture de ces prestations exposerait la Compagnie à une sanction économique ou commerciale, ou ferait l'objet d'une interdiction ou d'une restriction en vertu des lois ou règlements de toute juridiction à laquelle la Compagnie est assujettie.

Article 32

PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

A. Général

Les données à caractère personnel (ci-après les "données personnelles") du preneur et/ou de l'assuré et (le cas échéant) de son représentant légal sont traitées par la Compagnie pour son propre compte, en tant que responsable du traitement, conformément au Règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, ainsi qu'à la Notice relative à la protection des données à caractère personnel de la Compagnie. Cette notice est disponible sur <http://www.athora.com/be/protection-des-donnees.html>.

Une version papier de celle-ci peut être obtenue sur simple demande adressée à votre intermédiaire.

B. Finalités du traitement des données personnelles

Les données personnelles sont traitées par la Compagnie pour les finalités mentionnées dans la Notice ci-dessus et en particulier pour :

- i. exécuter ses obligations contractuelles et notamment la gestion et l'exécution des services d'assurance, en ce compris la gestion de la relation clientèle ;
- ii. respecter toutes les obligations légales, réglementaire ou administrative auxquelles elle est soumise, notamment en matière de retenues (para)fiscales ;
- iii. des raisons qui relèvent de son intérêt légitime e.a. l'établissement de statistiques, la détection et la prévention des abus et de la fraude, la constitution de preuves, la sécurité des réseaux et systèmes informatiques de la Compagnie, la sécurité des biens et des personnes, l'optimisation des processus (par exemple d'évaluation et d'acceptation du risque, des processus internes, etc.), le développement de nouveaux produits, la prospection, les enquêtes de satisfaction.

Dans certains cas les données personnelles peuvent être traitées sur base du consentement de la personne concernée. Lorsque le traitement est fondé sur le consentement de la personne concernée, celle-ci peut à tout moment retirer son consentement. Elle peut également s'opposer à tout moment au traitement des données personnelles concernant sa santé. Dans ce cas, la Compagnie peut se trouver dans l'impossibilité de donner suite à sa demande d'intervention et/ou ne peut pas exécuter la relation contractuelle.

C. Données relatives à la santé

Lorsque, dans le cadre de la description du risque ou du traitement d'un sinistre, la personne concernée confie des données relatives à sa santé à la Compagnie, ce dernier veille à ce que ces données soient traitées moyennant le consentement explicite de la personne concernée, dans la poursuite de la finalité consentie. La personne concernée peut à tout moment retirer son consentement relatif au traitement des données à caractère personnel concernant sa santé. Dans ce cas, elle reconnaît que la Compagnie ne peut pas donner suite à sa demande d'intervention et/ou ne peut pas exécuter la relation contractuelle.

D. Transfert des données personnelles

Si les finalités précitées le requièrent et en conformité avec la législation sur la protection de la vie privée, la Compagnie peut communiquer ces données personnelles à d'autres entreprises d'assurance intervenantes(ou à leurs représentants en Belgique ou leurs correspondants à l'étranger), aux entreprises de réassurance concernées, à un expert, à des bureaux de règlements de sinistres, un médecin conseil, à un avocat, à un conseiller technique, à un intermédiaire d'assurances ou à un sous-traitant, à Datassur ESV, à Informex, ou à d'autres sociétés faisant partie du groupe de la Compagnie. En outre, la Compagnie peut transmettre ces données à toute autre personne ou instance en vertu d'une obligation légale ou d'une décision administrative ou judiciaire, ou encore si un intérêt légitime le justifie.

La Compagnie est susceptible de transmettre les données personnelles en dehors de l'Espace économique européen (EEE) dans un pays qui peut, le cas échéant, ne pas assurer un niveau de protection adéquat des données personnelles. Le cas échéant, le transfert des données personnelles ne sera réalisé que moyennant des garanties appropriées et adaptées.

E. Droits de la personne concernée

Dans les limites de la réglementation la personne concernée a le droit :

- i. de prendre connaissance de ses données;
- ii. de demander une rectification des données personnelles erronées;
- iii. de s'opposer au traitement de ses données;
- iv. de demander la limitation du traitement de ses données;
- v. de demander la suppression de ses données.

F. Délais de conservation

Les données personnelles recueillies par la Compagnie sont conservées pendant toute la durée du contrat d'assurance, la période de prescription légale ainsi que tout autre délai de conservation qui serait imposé par la législation et la réglementation applicables.

G. Demande d'information

Pour toute question ou demande relative au traitement de ses données personnelles, la personne concernée est invitée à contacter notre délégué à la protection des données (« Data Protection Officer » ou « DPO ») par courrier ou e-mail à l'adresse suivante:

Par e-mail : dpo.be@athora.com

Par courrier : Athora Belgium S.A.

A l'attention du Data Protection Officer Rue du Champ de Mars, 23,
1050 Bruxelles

H. Plainte ou recours

Si la personne concernée estime que le traitement de ses données personnelles constitue une violation de la législation en matière de vie privée, elle peut introduire une plainte auprès de l'Autorité de protection des données dont les coordonnées sont les suivantes :

Autorité de protection des données Rue de la Presse 35

1000 Bruxelles

Tél.: +32 2 274 48 00

Article 33

ARTICLE DIVERS

Les différentes clauses du contrat sont indépendantes les unes des autres. La nullité, l'illégalité ou l'inefficacité éventuelle d'une de ces clauses ne remet pas en cause la validité du contrat dans sa totalité.

Toute clause ainsi déclarée invalide sera remplacée par une clause rectificative avec effet rétroactif à la date d'effet du contrat. La compagnie s'engage à adapter cette clause de telle sorte que son contenu soit le plus conforme possible à l'esprit de la clause initiale.



Avertissement

*Toute escroquerie ou tentative d'escroquerie envers l'entreprise d'assurances entraîne non seulement la résiliation du contrat d'assurance, mais fait également l'objet de poursuites pénales sur la base de l'article 496 du Code pénal. En outre, l'intéressé peut être repris dans le fichier du groupement d'intérêt économique **Datassur**. En vertu de la loi sur la protection de la vie privée, il en sera informé et aura, le cas échéant, la possibilité de faire rectifier les informations le concernant.*