

ALLIANZ FOR A BETTER WORLD

Conditions générales

Table de matière

CHAPITRE I - DEFINITIONS	4
CHAPITRE II - OBJET DE L'ASSURANCE	4
1. Objet du contrat	4
2. Prise d'effet du contrat	5
3. Désignation du (des) bénéficiaire(s)	5
4. Modifications au contrat	5
CHAPITRE III – VERSEMENTS	5
5. Montants et modalités	5
CHAPITRE IV – PRESTATIONS	6
6. Constitution de l'épargne	6
7. Montant des prestations	6
8. Garantie des bases techniques	6
9. Paiement des prestations	6
CHAPITRE V – DROIT DU PRENEUR D'ASSURANCE	7
10. Résiliation	7
11. Rachat total	7
12. Rachat partiel	7
13. Arbitrages	8
14. Options de gestion (arbitrages automatiques) - règles de fonctionnement	8
15. Information du preneur d'assurance	10
CHAPITRE VI – COUVERTURE DECES OPTIONNELLE	10
16. Choix de la couverture décès	10
17. Détermination de la prime d'assurance	10
18. Détermination de la couverture « Pourcentage des primes »	10
19. Bases sur lesquelles le contrat est établi	10
20. Modification du risque	11
CHAPITRE VII - ETENDUE DE LA GARANTIE EN CAS DE DECES	12
21. Montant à liquider en cas de décès non couvert	12
22. Garantie mondiale	12
23. Terrorisme	12
24. Risques nucléaires	12
25. Suicide de l'assuré	12
26. Fait intentionnel	12
27. Navigation aérienne	12
28. Emeutes	13
29. Guerre	13
30. Risques exclus	13
CHAPITRE VIII - PARTICIPATION AUX BENEFICES	14

31.	La participation aux bénéfices	14
	CHAPITRE IX – AUTRES MODALITES	14
32.	Notifications	14
33.	Jurisdiction - Loi applicable	14
34.	Information médicale	14
35.	Sanctions économiques	14
36.	Protection des données personnelles	14
37.	Traitement des plaintes	16

CHAPITRE I - DEFINITIONS

Pour l'application du présent contrat, on entend par :

L'assureur :	Allianz Benelux SA.
Le preneur d'assurance :	la personne physique qui conclut le contrat avec l'assureur.
L'assuré :	la personne physique sur la tête de laquelle l'assurance est conclue.
Le bénéficiaire :	la personne physique ou morale en faveur de laquelle est stipulée la prestation d'assurance.
Branche 23 :	contrat d'assurance-vie lié à des fonds d'investissement et dans le cadre duquel, le preneur d'assurance supporte entièrement le risque financier.
Dossier complet :	ensemble des exigences documentaires, informatives et préalables à l'acceptation et l'établissement du contrat telles qu'elles sont requises notamment par la réglementation relative au contrat d'assurance et, à la prévention de l'utilisation du système financier aux fins de blanchiment de capitaux et de financement du terrorisme (y inclus la réception d'une copie de la carte d'identité du preneur d'assurance).
Les suppléments :	toutes les taxes, cotisations et autres charges frappant le contrat ou qui viendraient à le frapper, lesquelles sont à charge du preneur d'assurance et doivent être payés en même temps que la prime.
Les investissements :	les versements de primes diminués des suppléments et droits d'entrée, ainsi que, les montants arbitrés en provenance d'autres fonds d'investissement.
Les désinvestissements :	les rachats, les primes affectées à la couverture décès optionnelle, ainsi que les montants arbitrés vers d'autres fonds d'investissement.
Les réinvestissements :	les montants arbitrés en provenance d'autres fonds d'investissement.
Les conditions particulières :	le « Formulaire de Souscription » et le « Certificat » qui, avec les présentes conditions, composent votre contrat d'assurance.
Unité de compte :	une part unitaire dans un fonds d'investissement.
La valeur d'inventaire :	la valeur d'une unité de compte.
Le jour d'évaluation :	pour autant que la valeur d'inventaire soit disponible, le jour ouvrable auquel la valeur d'inventaire de l'unité de compte est valorisé. Sinon, la valorisation se fera le jour auquel la première valeur d'inventaire suivante sera disponible.
Année d'assurance :	année calendrier qui prend court à la date du premier versement de prime.

CHAPITRE II - OBJET DE L'ASSURANCE

1. Objet du contrat

Le contrat a pour objet, en fonction des versements de primes effectués par le preneur d'assurance, de garantir au(x) bénéficiaire(s) le paiement des prestations fixées aux conditions particulières du contrat.

Le contrat est nominatif.

Le contrat est une assurance-vie de la branche 23, lié à un ou plusieurs fonds d'investissement, sans garantie de rendement et sans protection de capital. Les dénominations, les dates de constitution, la politique et les objectifs d'investissement ainsi que les autres conditions et modalités de modification de ces fonds d'investissement sont repris dans le règlement de gestion applicable auxdits fonds, tel qu'indiqués aux conditions particulières.

2. Prise d'effet du contrat

Le contrat prend effet à la date indiquée de commun accord dans les conditions particulières, mais au plus tôt après la signature du contrat, la réception d'un dossier complet et, l'acceptation par l'assureur lui permettant d'émettre le contrat. Les garanties sont seulement acquises après réception du versement de la première prime.

3. Désignation du (des) bénéficiaire(s)

Le preneur d'assurance peut librement désigner le(s) bénéficiaire(s) ou modifier cette désignation. Pour être opposable à l'assureur, cette modification doit lui être notifiée par un écrit signé par le preneur d'assurance.

Tout bénéficiaire désigné peut accepter le bénéfice du contrat. Pour être opposable à l'assureur, cette acceptation doit se faire :

- tant que le preneur d'assurance est en vie, par un avenant au contrat portant les signatures du bénéficiaire acceptant et, du preneur d'assurance et de l'assureur. En cas d'acceptation, la désignation d'un nouveau bénéficiaire est soumise à l'autorisation écrite du bénéficiaire ayant déjà accepté ;
- après le décès du preneur d'assurance, par un écrit notifié à l'assureur.

4. Modifications au contrat

L'assureur ne peut apporter unilatéralement aucune modification aux conditions générales ou particulières du contrat.

Le preneur d'assurance peut à tout moment demander une adaptation de son contrat dans les limites prévues par les dispositions des présentes conditions générales, laquelle devra faire l'objet d'une confirmation par l'assureur.

CHAPITRE III – VERSEMENTS

5. Montants et modalités

Les versements de primes en assurance-vie sont facultatifs. Ils sont payables suivant les modalités indiquées aux conditions particulières.

Les versements sont fixés librement par le preneur d'assurance. Toutefois, le versement initial sur le contrat doit être au moins égal à 6.200 euros. Des versements complémentaires d'au moins 1.250 euros sont possibles à compter du jour suivant la fin de la période de résiliation de 30 jours.

Aucun montant minimum de versement n'est exigé par fonds.

Des droits d'entrée de maximum 4% sont perçus sur les versements.

Les droits d'entrée ainsi que les suppléments applicables sont repris aux conditions particulières et, indiqués sur le document « Confirmation de versement ». Ils doivent être payés en même temps que la prime.

Les montants versés, diminués de ces suppléments et des droits d'entrée, tels que repris dans les documents « Confirmation de versement » et « Confirmation de répartition de prime », sont affectés au contrat et, répartis entre les fonds d'investissement liés au contrat d'assurance-vie de la branche 23, selon les pourcentages définis aux conditions particulières.

Les versements sont convertis en unités de compte des fonds d'investissement. Le nombre d'unités de compte affectées au contrat est fonction de leur valeur au moment de leur valorisation.

La valeur des unités de compte est calculée au plus tard à la date d'évaluation du 4^{ème} jour ouvrable qui suit la date la plus tardive parmi des dates suivantes :

- la date de réception par l'assureur de l'extrait de compte mentionnant le versement sur l'un de ses comptes financiers ;
- la date de l'acceptation du dossier complet par l'assureur ;
- la date d'effet demandée par le preneur d'assurance.

CHAPITRE IV – PRESTATIONS

6. Constitution de l'épargne

L'épargne constituée est la valeur totale des unités de compte des fonds d'investissement affectées au contrat, compte tenu des investissements et des désinvestissements.

7. Montant des prestations

En de décès de l'assuré, le paiement de l'épargne constituée est garanti. Ce montant tiendra compte le cas échéant des primes prélevées pour couvrir la couverture décès complémentaire optionnelle, dont les modalités sont reprises aux articles 15 à 17 des présentes conditions générales.

8. Garantie des bases techniques

Les bases techniques sont celles en vigueur le jour qui suit le jour de la réception de la prime par l'assureur, mais au plus tôt après signature du contrat et réception d'un dossier complet et accepté par l'assureur lui permettant d'émettre le contrat.

Les bases techniques peuvent être modifiées par l'assureur à tout moment après leur notification par l'assureur au preneur d'assurance.

L'assureur peut, en sus des frais compris dans les bases techniques, aussi porter en compte des dépenses particulières occasionnées par le preneur d'assurance, l'assuré ou le bénéficiaire. L'assureur applique ces chargements de manière raisonnable et justifiée. L'assureur ne peut imputer des chargements particuliers non spécifiquement prévus dans les Conditions Générales ou dans un quelconque autre document que moyennant avis préalable à (aux) parties intéressées.

Sans préjudice de l'indexation éventuellement prévue, l'assureur ne peut, en cours de contrat, relever les montants des chargements particuliers convenus que de manière raisonnable et justifiée et dans le cadre d'une révision générale de ceux-ci pour la catégorie d'assurances dont relève le contrat concerné.

9. Paiement des prestations

Les prestations dues par l'assureur sont payées au(x) bénéficiaire(s) après remise des documents ci-après énumérés.

Si le paiement résulte de la vie de l'assuré, les documents suivants doivent être remis à l'assureur :

- un certificat de vie à la date de l'échéance, mentionnant la date de naissance de l'assuré ;
- si le bénéficiaire est une personne physique, une copie de la carte d'identité de ce dernier ;
- si le bénéficiaire est une personne morale, une copie (de la dernière publication au Moniteur Belge) des derniers statuts coordonnés de la société, une copie de la liste des administrateurs et de la publication au Moniteur Belge de leur nomination, ainsi qu'une copie (de la dernière publication au Moniteur Belge) des pouvoirs de représentation et des cartes d'identité des personnes qui ont le pouvoir de représenter la société.

Si la carte d'identité est une carte d'identité électronique, il est nécessaire de transmettre une copie du document édité par la commune lors de l'activation de cette carte ou une copie du contenu de la puce électronique qui contient l'adresse du bénéficiaire ou encore la copie de tout autre document d'identification de ce dernier émis par une autorité publique.

Si le paiement résulte du décès de l'assuré, les documents suivants doivent être ajoutés :

- un extrait de l'acte de décès mentionnant la date de naissance de l'assuré ;
- le cas échéant, un certificat établi par le médecin traitant de l'assuré et transmis au médecin-conseil de l'assureur, établissant la cause du décès et dont la transmission aura été consentie par l'assuré lors de la souscription du présent contrat ;
- le cas échéant, un certificat ou un acte d'hérédité établissant les droits du(des) bénéficiaire(s).

L'assureur se réserve par ailleurs le droit de demander la remise du contrat d'assurance et de ses avenants.

Les prestations à verser sont exprimées en unités de compte. Cependant, lors du paiement des prestations, ces unités de compte sont converties en euros sur base de l'évaluation de ces dernières au plus tard le 4ème jour ouvrable qui suit le jour de la réception par l'assureur des documents précités.

CHAPITRE V – DROIT DU PRENEUR D'ASSURANCE

Qu'il s'agisse d'une demande de résiliation, de rachat partiel ou total ou encore d'arbitrage visés aux articles 10 à 13 ci-après, l'assureur se réserve le droit de demander tout document nécessaire et utile pour la gestion du contrat d'assurance (par exemple, une mise à jour des documents d'identification, des documents exigés dans le cadre de la réglementation sur le blanchiment d'argent, ...). Dans ce cas, la demande en question ne sera considérée comme dûment complétée et signée qu'à la date de sa réception, pour autant que les documents demandés par l'assureur lui soient fournis.

10. Résiliation

Le preneur d'assurance a le droit de résilier le contrat dans les 30 jours qui suivent sa prise d'effet.

La demande de résiliation doit être communiquée à l'assureur par lettre recommandée ou par remise d'une lettre de résiliation contre récépissé.

Dans ce cas, l'assureur rembourse la valeur des unités de compte attribuées, augmentée des droits d'entrée et des suppléments versés par le preneur d'assurance, déduction faite des sommes consommées pour la couverture décès complémentaire optionnelle prévue aux conditions particulières.

L'évaluation des unités de compte est effectuée au plus tard le 4^{ème} jour ouvrable qui suit le jour de la réception par l'assureur de la demande de résiliation datée et signée du preneur.

Pour les contrats souscrits en couverture ou en reconstitution d'un crédit sollicité par le preneur d'assurance auprès de l'assureur, l'évaluation des unités de compte est effectuée au plus tard le 7^{ème} jour ouvrable qui suit la date de la réception par l'assureur, de la demande de résiliation datée et signée par le preneur d'assurance.

11. Rachat total

Le preneur d'assurance a droit en tout temps au rachat de son contrat. La demande doit en être faite auprès de l'assureur par un écrit daté et signé par le preneur d'assurance.

La date de la demande est prise en compte pour le calcul de la valeur de rachat. Le rachat sort ses effets à la date à laquelle la quittance de rachat ou tout autre document équivalent est signé pour accord par le preneur d'assurance et après réception du document de l'assureur.

Ces modalités de rachats sont applicables à l'ensemble des fonds d'investissement liés au contrat d'assurance-vie de la branche 23.

La valeur de rachat est égale à l'épargne constituée. En cas de rachat au cours des 5 années d'assurance suivant le premier investissement dans les fonds, une indemnité de 1,5 % est prélevée de l'épargne constituée.

Lors du rachat, des unités de compte sont prélevées sur le contrat et, converties en euros. L'évaluation des unités de compte est effectuée au plus tard le 4^{ème} jour ouvrable qui suit le jour de la réception par l'assureur de la demande de rachat dûment complétée, datée et signée.

Pour les contrats souscrits en couverture ou en reconstitution d'un crédit conclu par le preneur d'assurance auprès de l'assureur. L'évaluation des unités de compte est effectuée au plus tard le 7^{ème} jour ouvrable qui suit la date de la réception par l'assureur de la demande de rachat dûment complétée, datée et signée.

Pour obtenir la valeur de rachat, le preneur d'assurance doit, le cas échéant, produire l'accord écrit du (des) bénéficiaire(s) qui a (ont) accepté le bénéfice du contrat. Le preneur d'assurance y ajoutera une copie de sa carte d'identité. Si la carte d'identité est une carte d'identité électronique, il est nécessaire de transmettre une copie du document édité par la commune lors de l'activation de cette carte ou une copie du contenu de la puce électronique qui contient l'adresse du preneur d'assurance ou encore la copie de tout autre document d'identification de ce dernier émis par une autorité publique.

12. Rachat partiel

Le rachat partiel est l'opération par laquelle le preneur d'assurance obtient de l'assureur une partie de l'épargne constituée.

Le preneur d'assurance peut à tout moment effectuer des rachats partiels de 500 euros minimum chacun et à condition que le solde de l'épargne constituée ne soit pas, après retrait partiel, inférieur à 1.250 euros.

Le cas échéant, les prestations assurées en cas de décès seront adaptées en fonction des rachats.

Ces modalités de rachats partiels sont applicables à l'ensemble des fonds d'investissement liés au contrat d'assurance-vie de la branche 23.

En cas de rachat d'une partie de l'épargne constitué au sein d'un fonds, il est prélevé du montant retiré une indemnité calculée conformément à l'article 11, alinéa 4. Néanmoins, une fois par an, dès la deuxième année d'assurance qui suit le premier investissement, le preneur d'assurance peut, sans indemnité, retirer maximum 10% des montants nets investis, avec un minimum de 500 euros et à condition que le solde de l'épargne constituée ne soit pas, après rachat, inférieur à 1.000 euros.

Dans le cadre d'un rachat partiel, des unités de compte sont prélevées sur le contrat et, converties en euros. L'évaluation des unités de compte est effectuée au plus tard le 4ème jour ouvrable qui suit le jour de la réception par l'assureur de la demande de rachat dûment complétée, datée et signée.

Pour les contrats souscrits, en couverture ou en reconstitution d'un crédit sollicité par le preneur d'assurance auprès de l'assureur, l'évaluation des unités de compte est effectuée au plus tard le 7ème jour ouvrable qui suit la date de la réception par l'assureur de la demande de rachat dûment complétée, datée et signée.

Pour procéder à des rachats partiels, le preneur d'assurance doit, le cas échéant, produire l'accord écrit du (des) bénéficiaire(s) qui a (ont) accepté le bénéfice du contrat. Le preneur d'assurance y ajoutera une copie de sa carte d'identité. Si la carte d'identité est une carte d'identité électronique, il est nécessaire de transmettre une copie du document édité par la commune lors de l'activation de cette carte ou une copie du contenu de la puce électronique qui contient l'adresse du preneur d'assurance ou encore la copie de tout autre document d'identification de ce dernier émis par une autorité publique.

13. Arbitrages

Le preneur d'assurance a le droit d'effectuer des arbitrages entre les fonds d'investissement liés au contrat d'assurance-vie de la branche 23.

Sous réserve des dispositions spécifiques reprises au point 14 concernant les arbitrages automatiques, les modalités d'arbitrage décrites ci-dessous sont applicables à l'ensemble de ces fonds d'investissement.

Ces arbitrages sont effectués sans frais. L'assureur se réserve néanmoins le droit, notamment en fonction des conditions de marché (mais pas exclusivement), d'imputer des frais de 0,50% du montant à arbitrer, à condition qu'un **avis préalable** soit communiqué à la (aux) partie(s) intéressée(s).

Les désinvestissements ainsi que les réinvestissements sont effectués sur base de la valeur des unités de compte, telle que calculée au plus tard à la date d'évaluation du 4ème jour ouvrable qui suit celui de la réception par l'assureur de la demande d'arbitrage dûment complétée, datée et signée.

14. Options de gestion (arbitrages automatiques) - règles de fonctionnement

Les désinvestissements ainsi que les réinvestissements sont effectués sur base de la valeur des unités de compte, telle que calculée au plus tard à la date d'évaluation du 4ème jour ouvrable qui suit le déclenchement de l'arbitrage automatique.

Ces arbitrages automatiques sont effectués sans frais. Tous les autres arbitrages s'effectuent selon les modalités définies à l'article 13.

14.1 Option « Transfert progressif de l'épargne »

Le preneur d'assurance peut décider d'arbitrer automatiquement des unités d'un fonds d'investissement, appelé « fonds source », afin de les transférer progressivement vers un ou plusieurs fonds d'investissement éligible(s) à cette option, et défini(s) dans les conditions particulières du contrat, appelé(s) « fonds cible(s) ».

Le preneur d'assurance peut opter pour des arbitrages périodiques mensuels ou trimestriels. Ces périodicités s'appliquent à compter de la date d'effet de l'option.

Le montant à arbitrer s'exprime, au choix du preneur d'assurance, soit comme un montant fixe en euros, soit comme un nombre d'occurrences à définir. Ce nombre d'occurrences correspond au nombre de périodes (mensuelles ou trimestrielles) après lesquelles les fonds sources auront chacun un nombre d'unités égal à zéro.

Le premier arbitrage s'effectue au début de la première période échue qui suit la date d'effet de l'option.

Lorsque le montant à arbitrer est supérieur à l'épargne du fonds source, l'arbitrage est limité à celle-ci.

A la fin du dernier arbitrage, il est mis fin à l'option.

Il est possible de cumuler plusieurs options « Transfert progressif de l'épargne » au sein du contrat.

L'option « Transfert progressif de l'épargne » ne peut être cumulée au sein d'un fonds source avec une autre option. Cependant, un fonds cible choisi dans le cadre de l'option « Transfert progressif de l'épargne » peut être le fonds source d'une autre option.

14.2 Option « Limitation relative du risque »

Le preneur d'assurance peut décider d'arbitrer automatiquement l'épargne constitué d'un fonds d'investissement, appelé « fonds source », vers un fonds d'investissement éligible à cette option, et défini dans les conditions particulières du contrat, appelé « fonds cible », lorsque le fonds source présente une moins-value supérieure à un pourcentage de dépréciation prédéfini. Le preneur d'assurance fixe librement pour chaque fonds source ce pourcentage de dépréciation, lequel est repris dans les conditions particulières du contrat.

Ainsi, chaque jour, la valeur des unités du fonds source auquel est attaché ce pourcentage de dépréciation est comparé avec la valeur la plus élevée de cette unité, observée depuis une certaine date. Cette date correspond :

- à la date à laquelle le premier investissement dans le fonds est converti en unités, et au plus tôt à la date d'effet de l'option ;
- à la date à laquelle le premier réinvestissement dans le fonds est converti en unités, si celui-ci a fait l'objet d'un arbitrage total depuis la date d'effet de l'option.

Si le rapport entre la valeur de l'unité du fonds source et la valeur la plus élevée observée de cette unité est inférieur à 1 moins le pourcentage de dépréciation, l'épargne constitué dudit fonds est arbitrée automatiquement dans le fonds cible.

L'option « Limitation relative du risque » reste active sur le contrat tant que le preneur ne décide pas de la désactiver.

Il est possible de cumuler plusieurs options « Limitation relative du risque » au sein du contrat avec pour chacune d'entre elles un fonds source, un fonds cible, ainsi qu'un pourcentage de dépréciation propres.

L'option « Limitation relative du risque » ne peut être cumulée au sein d'un fonds source avec une autre option. Cependant, un fonds cible choisi dans le cadre de l'option « Limitation relative du risque » peut être le fonds source d'une autre option.

Le preneur d'assurance peut choisir, au moment de la d'effet de l'option, un « délai de non-dépréciation ». Durant ce délai, même si le pourcentage de dépréciation défini par le preneur est observé selon les modalités décrites ci-dessus, l'arbitrage automatique ne sera pas déclenché. Après ce délai, si le pourcentage de dépréciation perdure, l'arbitrage sera effectué.

14.3 Option « Gestion active des plus-values »

Le preneur d'assurance peut décider d'arbitrer automatiquement tout ou partie des plus-values constituées dans un fonds d'investissement, appelé « fonds source », vers un ou plusieurs fonds d'investissement, appelés « fonds cibles », éligibles à cette option et définis dans les conditions particulières du contrat.

Le preneur d'assurance peut opter pour des arbitrages mensuels, trimestriels, semestriels ou annuels à compter de la date d'effet de l'option. La fraction des plus-values constituées à arbitrer peut être fixée à 25%, 50%, 75% ou 100%.

Les plus-values constituées sont égales à la différence positive entre la valeur de l'épargne constituée à la date d'évaluation pour l'arbitrage et la valeur de l'épargne constituée à la date d'effet de l'option, diminuée des investissements nets et majorée des retraits partiels brutes et des arbitrages non programmés brutes vers d'autres fonds, effectués entre la date d'évaluation pour l'arbitrage et la date d'effet de l'option.

15. Information du preneur d'assurance

Lors de chaque opération, l'épargne constituée est calculée et, communiqué par l'assureur au moyen d'une confirmation d'opération.

Une fois par an, un « Etat annuel » sera envoyé au preneur d'assurance, l'informant notamment de l'épargne constituée (valeur de rachat théorique) et la valeur de l'unité de chaque fonds d'épargne lié au contrat de la branche 23.

CHAPITRE VI – COUVERTURE DECES OPTIONNELLE

16. Choix de la couverture décès

Le preneur d'assurance peut choisir d'ajouter une couverture décès au contrat d'assurance-vie de la branche 23. Cette couverture lui permet d'obtenir, en plus de l'épargne constituée, un montant complémentaire tel que définie à l'article 16 des présentes conditions, en cas de décès de l'assuré avant le terme de cette couverture.

Cette couverture complémentaire ne peut être souscrite qu'à la conclusion du contrat d'assurance vie.

Cette couverture décès s'appelle « Pourcentage des primes ».

17. Détermination de la prime d'assurance

Les primes nécessaires pour couvrir les prestations complémentaires en cas de décès de l'assuré avant le terme du contrat, sont calculées et prélevées mensuellement sur l'épargne constituée, par le biais d'un rachat automatique des unités de compte requises à leur valorisation au moment de l'opération. La retenue de cette prime dépendra de la détermination de la couverture « Pourcentage des primes », telle que définie à l'article 17 des présentes conditions générales.

Si l'épargne constituée n'est plus suffisant pour maintenir la prestation assurée en cas de décès, la résiliation de cette couverture décès complémentaire optionnelle n'interviendra qu'après l'expiration d'un délai de 30 jours à dater de l'envoi, par lettre recommandée à la poste, d'une mise en demeure au preneur d'assurance notifiant cette résiliation. Dans ce cas, l'assurance décès complémentaire optionnelle peut être remise en vigueur sans formalité médicale dans les 30 jours à dater de sa résiliation.

Au-delà des 30 jours, la remise en vigueur ne pourra s'effectuer que moyennant les critères d'acceptation en vigueur à ce moment auprès de l'assureur.

18. Détermination de la couverture « Pourcentage des primes »

Le capital décès complémentaire est défini comme étant la différence entre d'une part, 100% des primes versées par le preneur d'assurance, diminuées des éventuels rachats effectués par le preneur d'assurance et d'autre part, l'épargne constituée du contrat au début de chaque mois.

Si cette différence est positive, une prime d'assurance sera retenue de l'épargne constituée, selon les modalités reprises à l'article 16 des présentes conditions générales. Dans le cas contraire, aucune prime d'assurance ne sera soustraite de l'épargne constituée.

19. Bases sur lesquelles le contrat est établi

Le présent contrat d'assurance vie et la couverture décès complémentaire optionnelle est soumise aux dispositions légales et réglementaires régissant l'assurance sur la vie.

Le contrat ainsi que le cas échéant la garantie complémentaire sont établis sur base des renseignements fournis sincèrement et sans réticence par le preneur d'assurance et l'assuré, en vue d'informer l'assureur sur les risques qu'il prend en charge.

L'assureur renonce cependant dès la prise d'effet du contrat, à faire valoir la nullité pour les omissions ou les déclarations erronées faites de bonne foi. Le contrat est dès lors incontestable dès sa conclusion hormis le cas de fraude qui le rend nul.

En cas de fraude, les primes versées jusqu'au moment où l'assureur a eu connaissance de l'omission de l'inexactitude intentionnelle, lui sont acquises.

En cas d'inexactitude sur la date de naissance de l'assuré, les prestations sont adaptées en fonction de la date de naissance exacte.

20. Modification du risque

Toute modification du risque assuré est soumise aux conditions d'acceptation en vigueur au moment de l'adaptation, notamment au niveau des formalités médicales. Si la modification demandée a pour effet de diminuer les prestations qui sont assurées par les versements déjà effectués au moment de la modification et stipulées au profit du bénéficiaire acceptant éventuel, le preneur d'assurance doit fournir l'accord écrit de celui-ci.

L'assureur se réserve le droit de prélever sur l'épargne constituée un montant forfaitaire de 10 euros lors de l'établissement d'un avenant.

CHAPITRE VII - ETENDUE DE LA GARANTIE EN CAS DE DECES

21. Montant à liquider en cas de décès non couvert

Dans les cas de non-couverture décès prévus aux articles 21 à 28, l'assureur paie la valeur de l'épargne constituée (valeur de rachat théorique), calculée selon les modalités définies à l'article 7 des présentes conditions. Le paiement est effectué au bénéficiaire décès sauf si celui-ci est l'auteur, le coauteur ou l'instigateur du fait intentionnel sur la personne de l'assuré.

Par ailleurs, si le preneur d'assurance a opté pour une couverture décès complémentaire dont les modalités sont reprises aux articles 15 à 17 des présentes conditions, et que la couverture est exclue conformément aux articles 21 à 28 des mêmes conditions, la prestation ne sera pas due par l'assureur.

22. Garantie mondiale

Le risque de décès est couvert dans le monde entier, quelle qu'en soit la cause, sous réserve des limitations prévues dans le présent article et des dispositions des articles 22 à 28.

23. Terrorisme

Les prestations dues en cas de décès concernant des dommages causés par le terrorisme sont couvertes dans les termes, limites et délais prévus par la loi du 1er avril 2007 relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme, étant entendu que l'assureur est membre de l'ASBL TRIP, personne morale constituée en exécution des dispositions de cette législation.

Par acte de terrorisme, on entend l'action ou menace d'action organisée dans la clandestinité à des fins idéologiques, politiques, ethniques ou religieuses exécutées individuellement ou en groupe, et attentant à des personnes ou détruisant partiellement ou économiquement 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 d'entraver la circulation et le fonctionnement normal d'un service ou d'une entreprise.

24. Risques nucléaires

Des dommages causés par des armes ou des engins destinés à exploser par une modification de structure du noyau atomique sont exclus de la couverture de ce contrat d'assurance.

Les prestations ne sont pas dues en cas de décès résultant de tout fait ou succession de faits de même origine, dès lors que ce fait ou ces faits proviennent ou résultent de propriétés radioactives, toxiques, explosives ou autres propriétés dangereuses de combustibles nucléaires, produits ou déchets radioactifs, ainsi que les dommages résultant directement ou indirectement de toute source de radiations ionisantes.

25. Suicide de l'assuré

Le suicide de l'assuré n'est couvert que s'il se produit après la première année qui suit la date de prise de cours du contrat, de sa remise en vigueur ou de l'avenant d'augmentation des prestations assurées en cas de décès.

26. Fait intentionnel

Le décès de l'assuré provoqué par le fait intentionnel du preneur d'assurance ou d'un des bénéficiaires, ou à leur instigation n'est pas couvert.

De plus, n'est pas couvert, le décès de l'assuré qui a pour cause immédiate et directe d'un acte criminel ou d'un acte intentionnel dont l'assuré est l'auteur, le coauteur ou le complice et dont il a pu prévoir et souhaite les conséquences préjudiciables

27. Navigation aérienne

Le décès de l'assuré des suites d'un accident d'un appareil de navigation aérienne sur lequel il s'est embarqué est couvert, sauf s'il s'est embarqué en tant que pilote. Toutefois, ce risque n'est pas couvert s'il s'agit d'un appareil :

- non autorisé au transport de personnes ou de choses ;
- transportant des produits contribuant à maintenir ou promouvoir des situations conflictuelles dans des régions en état de belligérance ou d'insurrection ;

- se préparant ou participant à une épreuve sportive, une compétition, une démonstration, un record ou une tentative de record ;
- effectuant un vol (des vols) d'essai ;
- du type "ultra léger motorisé" ;
- du type vol à voile, planeur, deltaplane, parapente ou parachute ;
- militaire ou utilisé par des militaires ou à des fins militaires, sauf si l'appareil est affecté au moment de l'accident au transport de personnes en dehors de zones d'hostilités;

sauf si, dans le cadre de la couverture décès il en est convenu autrement dans les conditions particulières;

28. Emeutes

N'est pas couvert le décès survenu à la suite d'émeutes, de troubles civils, de tous actes collectifs de violence, d'inspiration politique, idéologique ou sociale accompagnés ou non de rébellion contre l'autorité ou tous pouvoirs institués, si l'assuré y a pris une part active et volontaire.

29. Guerre

N'est pas couvert le décès survenant par événement de guerre, c-à-d résultant directement ou indirectement d'une action offensive ou défensive d'une puissance belligérante ou de tout autre événement à caractère militaire.

Cette exclusion est étendue à tout décès, quelle qu'en soit la cause, lorsque l'assuré participe activement aux hostilités.

Si l'assuré décède dans un pays étranger en état d'hostilités, il convient de distinguer deux cas :

- si le conflit éclate pendant le séjour de l'assuré, le preneur d'assurance obtient la couverture du risque de guerre pour autant que l'assuré ne participe pas activement aux hostilités ;
- si l'assuré se rend dans un pays où il y a un conflit armé, le preneur d'assurance ne peut obtenir la couverture du risque de guerre que moyennant le paiement d'une surprime, mention expresse dans les conditions particulières et pour autant que l'assuré ne participe pas activement aux hostilités.

Dans les deux cas, la preuve de la participation active de l'assuré aux hostilités incombe à l'assureur.

30. Risques exclus

L'assureur n'accorde pas de couverture si le décès est la conséquence directe ou indirecte :

- d'un accident qui résulte de vol en Wingsuit, sauf si dans le cadre de la couverture décès il en est convenu autrement dans les conditions particulières ;
- de tout fait ou succession de faits de même origine, dès lors que ce fait ou ces faits proviennent ou résultent de propriétés radioactives, toxiques, explosives ou autres propriétés dangereuses de combustibles nucléaires, produits ou déchets radioactifs, ainsi que les dommages résultant directement ou indirectement de toute source de radiations ionisantes sauf si la source de radiations ionisantes est utilisée ou destinée à être utilisée dans une structure médicalisée dûment habilitée ;
- de dommages causés par des armes ou des engins destinés à exploser par une modification de structure du noyau atomique ;
- d'une exclusion mentionnée dans les conditions particulières quelle qu'en soit l'origine (médicale, professionnelle, ...)
- d'une maladie ou d'un accident survenu avant la prise d'effet des couvertures ;
- le décès consécutif à une maladie contractée ou un accident survenu avant la prise d'effet de la présente assurance pour autant que l'une des deux conditions suivantes soit remplie :
 - l'assuré doit en avoir eu connaissance au moment de la souscription ou au moment de l'augmentation des garanties contractuelles et l'avoir déclaré à l'assureur. La maladie ou l'accident déclaré n'est exclu(e) que s'il est fait mention de cette exclusion aux conditions particulières ;
 - si l'assuré n'a pas déclaré la maladie ou l'accident survenu avant la prise d'effet de l'assurance, l'assureur doit apporter la preuve que l'assuré en avait connaissance au moment de la souscription ou au moment de l'augmentation des garanties contractuelles.

CHAPITRE VIII - PARTICIPATION AUX BENEFICES

31. La participation aux bénéfices

Aucune participation aux bénéfices n'est attribuée au contrat pour les fonds d'investissement branche 23, ni pour la couverture décès éventuelle.

CHAPITRE IX – AUTRES MODALITES

32. Notifications

Pour être valables, les notifications destinées à l'assureur doivent être faites à son siège social en Belgique. Celles destinées au preneur d'assurance sont valablement faites à l'adresse indiquée par celui-ci dans le contrat ou à l'adresse qu'il aurait notifiée ultérieurement à l'assureur.

Toute notification est censée être faite à la date de son dépôt à la poste.

33. Juridiction - Loi applicable

Les contestations entre parties relatives à l'interprétation ou à l'exécution du contrat relèvent de la compétence des tribunaux belges.

La loi applicable au contrat est la loi belge.

Les langues officielles utilisées pour la correspondance avec notre clientèle et juridiquement reconnues en cas de litige sont le français et le néerlandais.

34. Information médicale

Le cas échéant, l'assuré s'engage à demander à son médecin traitant, qui est tenu de les lui remettre tous les certificats que l'assureur estime nécessaires pour la conclusion ou l'exécution du contrat.

L'assuré autorise son médecin à remettre au médecin-conseil de l'assureur un certificat établissant la cause de son décès.

35. Sanctions économiques

Le présent contrat n'accorde pas de garantie ni de prestation pour une quelconque activité assurée dans la mesure où cette activité assurée violerait la moindre loi ou règle applicable des Nations-Unies ou de l'Union européenne en matière de sanction économique, ou toute autre règle ou loi applicable relative à des sanctions économiques ou commerciales.

36. Protection des données personnelles

Remarque préliminaire

Si le contrat d'assurance que vous allez souscrire vous couvre vous-même, nous vous invitons à lire attentivement les paragraphes d'explication suivants.

Si le contrat d'assurance est souscrit au profit d'autres personnes que vous-même (comme les employés ou dirigeants de votre entreprise, un ou plusieurs tiers, ...), les droits et devoirs décrits dans les paragraphes suivants restent entièrement d'application, sauf en ce qui concerne l'accord sur le traitement des données personnelles de santé. Dans ce cas, seules les personnes au profit desquelles le contrat d'assurance est souscrit peuvent donner leur accord. Si, dans le cadre d'une évaluation d'un risque ou de la gestion d'un sinistre, nous devons collecter des données auprès de ces personnes, elles seront informées de notre politique de gestion des données personnelles. En cas de traitement de données liées à la santé, nous demanderons leur consentement personnel.

L'assureur : qui sommes-nous ?

Allianz Benelux est déjà votre assureur ou a vocation à le devenir pour vous prémunir contre différents risques et pour vous indemniser, le cas échéant. A cet effet, nous sommes obligés de collecter certaines de vos données personnelles pour mener à bien notre rôle d'assureur. Les paragraphes suivants vous expliquent comment et pourquoi nous utilisons vos données personnelles. Nous vous invitons à lire attentivement ce qui suit.

Pourquoi utilisons-nous vos données personnelles ?

Nous collectons et traitons vos données personnelles exclusivement pour les objectifs suivants :

- l'évaluation du risque assuré par votre contrat ;
- la gestion de la relation commerciale avec vous, avec votre courtier ou avec des partenaires commerciaux, via Internet et les réseaux sociaux, en ce compris la promotion de nos produits d'assurances, pendant et après la fin de notre relation contractuelle ;
- la gestion de votre police d'assurances ou de vos éventuels sinistres couverts par votre contrat ;
- l'envoi obligatoire d'informations relatives à votre situation d'assurances ;
- la surveillance du portefeuille d'assurances de notre entreprise ;
- la prévention des abus et des fraudes à l'assurance.

Aucune disposition légale ne vous oblige à nous fournir les données personnelles que nous vous demandons mais, à défaut de nous les fournir, nous serons dans l'impossibilité de gérer votre contrat d'assurance ou vos sinistres.

Pour chaque objectif énuméré ci-dessus, la collecte et le traitement des données sont :

- réalisés conformément à la législation sur la protection des données personnelles,
- fondés soit sur les législations applicables aux assurances, soit sur votre consentement.

Ces données sont partagées avec certains de nos services dans le cadre strict des missions qui leurs sont confiées. Il s'agit des membres des services de gestion des contrats ou des sinistres, du service juridique et de conformité (contrôle de conformité) et de l'audit interne. Dans le cadre limité des finalités précitées et dans la mesure où cela est nécessaire, nous partageons aussi vos données personnelles avec votre courtier, notre réassureur, nos auditeurs, des experts, des conseillers juridiques et avec les administrations belges ou étrangères (pensions, autorités fiscales belges ou étrangères dans le cadre de nos obligations de reporting FATCA et CRS, sécurité sociale, autorités de contrôle).

Pour des raisons de sécurité, de sauvegarde de vos données ou de gestion de nos applications informatiques, il arrive que nous devions transférer vos données personnelles vers une autre société spécialisée du Groupe Allianz située au sein ou en dehors de l'Union européenne. Pour ces transferts, le Groupe Allianz a établi des règles très contraignantes qui ont été approuvées par les autorités de protection des données personnelles et que l'assureur respecte. Ces règles constituent l'engagement pris par le Groupe Allianz et par l'assureur de protéger de façon adéquate le traitement des données personnelles, quel que soit le lieu où elles se trouvent.

De quels droits disposez-vous à l'égard de vos données personnelles ?

- le droit d'y avoir accès ;
- le droit de les faire rectifier si elles sont inexactes ou incomplètes ;
- le droit de les faire effacer dans certaines circonstances comme, par exemple, lorsqu'elles ne sont plus nécessaires à l'objectif poursuivi lors de leur collecte et traitement ;
- le droit d'obtenir la limitation de traitement dans certaines circonstances comme par exemple la limitation de l'usage d'une donnée dont vous contestez l'exactitude pendant la période où nous devons la vérifier ;
- le droit d'introduire une plainte auprès de l'autorité compétente ;
- le droit de vous opposer au traitement ;
- le droit à la portabilité de vos données personnelles, c'est-à-dire le droit de recevoir vos données personnelles dans un format structuré, communément utilisé et lisible ou de les faire transmettre directement à un autre responsable de traitement ;
- le droit d'obtenir des explications sur les décisions automatisées ;
- le droit de retirer votre consentement au traitement de vos données à tout moment.

Profilage et décision automatisée

En collaboration avec des partenaires externes, nous collectons des données déposées sur les réseaux sociaux en vue d'établir des profils de prospects à qui nous adressons nos promotions commerciales, ces derniers ayant toujours la possibilité de refuser ces promotions. En accord avec les personnes concernées, nous collectons parfois des données de géolocalisation.

Nous donnons parfois aussi accès aux clients ou aux prospects soit à des modules de calcul de prime afin qu'ils puissent comparer les prix et prendre contact avec un courtier de leur choix ou avec nous, soit à des modules d'évaluation de leur profil financier afin de leur permettre de déterminer si nos assurances

de placement ou d'investissement pourraient les intéresser et le cas échéant, de prendre contact avec un courtier de leur choix ou avec nous.

Les clients et prospects sont toujours en droit de nous demander de plus amples explications sur la logique de ces modules ou profilage.

Conservation de vos données personnelles

Nous conserverons vos données personnelles aussi longtemps qu'elles sont nécessaires à la réalisation des objectifs cités ci-dessus ou aussi longtemps qu'une loi le requiert. La durée de conservation des données contractuelles et de gestion se termine à la fin du délai de prescription légal qui suit la clôture du contrat d'assurance.

Questions, exercices de vos droits et plaintes.

Vous pouvez nous adresser vos questions concernant le traitement de vos données personnelles soit par courriel à l'adresse privacy@allianz.be, soit par courrier postal à l'adresse : Allianz Benelux SA, Service juridique et compliance/Protection des données, Boulevard du Roi Albert II 32 à 1000 Bruxelles, Belgique. Veuillez aussi nous transmettre une copie de votre carte d'identité recto/verso. Nous vous répondrons personnellement. Toute plainte concernant le traitement de vos données personnelles peut être adressée aux adresses postales et de courriels mentionnés ci-dessus ou encore à l'Autorité de Protection des Données Personnelles, rue de la Presse 35, 1000 Bruxelles, www.privacycommission.be.

Consentements spécifiques.

Traitement de données relatives à la santé.

En signant votre contrat d'assurance, vous marquez expressément votre accord sur le traitement de vos données personnelles relatives à votre santé par le Service médical de notre compagnie et par les personnes dûment autorisées à les traiter lorsque ce traitement est nécessaire à la gestion du contrat ou d'un sinistre. A défaut de consentir au traitement de données relatives à la santé, nous serons dans l'impossibilité de gérer votre police d'assurance si un sinistre avec dommage à la santé est en jeu.

Quant aux personnes au profit desquelles vous avez souscrit une assurance, nous nous chargeons de les informer et de demander leur accord sur le traitement de leurs données personnelles liées à la santé lors de l'évaluation d'un risque ou de la gestion d'un éventuel sinistre.

Pour de plus amples informations, n'hésitez pas à consulter notre page « Protection des données personnelles » de notre site Web à l'adresse <https://allianz.be/personnelles>.

37. Traitement des plaintes

La loi belge est applicable au contrat d'assurance.

Sans préjudice de la possibilité d'intenter une action en justice, vous pouvez adresser toute plainte au sujet du contrat au service Gestion des plaintes de l'assureur : Boulevard du Roi Albert II 32, 1000 Bruxelles, tél. 02/214.77.36, fax 02/214.61.71, plaintes@allianz.be, www.allianz.be.

Si vous n'êtes pas satisfait suite à la réponse de notre service Gestion des plaintes, vous pouvez prendre contact avec l'Ombudsman des Assurances : Square de Meeûs 35, 1000 Bruxelles, tél. 02/547.58.71, fax 02/547.59.75, info@ombudsman.as, www.ombudsman.as.

Allianz Benelux, en sa qualité d'assureur, est tenue de participer à une procédure de règlement extrajudiciaire des litiges de consommation. Le Service de l'Ombudsman des Assurances est une entité qualifiée pour rechercher une solution à un litige extrajudiciaire de consommation.

