

VITA FLEX 44

Conditions générales

SOMMAIRE

1. DEFINITIONS	4
2. FONCTIONNEMENT GÉNÉRAL DU CONTRAT	4
2.1 ENTRÉE EN VIGUEUR ET PAIEMENT DES PRIMES	4
2.2 CONSTITUTION DES AVOIRS SUR COMPTE	5
2.3 VALEUR DES AVOIRS SUR COMPTE / MODES DE PLACEMENT	5
2.4 DOSSIER TECHNIQUE	5
3. PRESTATIONS	5
3.1 CAPITAL A L'ÉVENTUELLE DATE TERME	5
3.2 CAPITAL EN CAS DE DÉCÈS	6
3.2.1 Description de la couverture	6
3.2.2 Primes de risque pour la couverture 'capital supplémentaire en cas de décès'	6
3.2.3 Etendue de la couverture	7
3.2.4 Déclaration du décès de l'assuré	8
3.2.5 Dispositions diverses	8
4. DROITS DU PRENEUR D'ASSURANCE	10
4.1 DISPOSITIONS GÉNÉRALES	10
4.2 RÉSILIATION	10
4.3 CHANGEMENT DE RÈGLES DE PLACEMENT ET DE MODE DE PLACEMENT	10
4.3.1 Changement de règles de placement et de mode de placement	10
4.3.2 Mécanisme de 'limitation du risque dynamique'	10
4.4 DÉSIGNATION, RÉVOCATION ET CHANGEMENT DES BÉNÉFICIAIRES	11
4.5 RACHAT	11
4.6 AVANCE ET MISE EN GAGE	12
4.7 CESSION DES DROITS	12
5. DROITS DU/DES BÉNÉFICIAIRE(S)	12
6. DISPOSITIONS DIVERSES	12
6.1 CHARGEMENTS ET IMPÔTS	12
6.1.1 Chargements standards	12
6.1.2 Chargements particuliers	12
6.1.3 Avoirs dormants	12
6.1.4 Impôts, cotisations et charges	12
6.2 CERTIFICAT PERSONNEL ET EXTRAIT DE COMPTE ANNUEL	13
6.3 REMISE EN VIGUEUR	13
6.4 VERSEMENTS	13

6.5	AVIS ET PREUVE	14
6.6	MODIFICATION DES CONDITIONS GÉNÉRALES	14
6.7	CADRE LÉGAL	14
6.7.1	<i>Législation applicable</i>	14
6.7.2	<i>Régime fiscal applicable</i>	14
6.8	EXIGENCES EN MATIÈRE D'INFORMATIONS ET RÈGLES DE CONDUITE	14
6.9	PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES	15
6.9.1	<i>Que sont des 'données personnelles' ?</i>	15
6.9.2	<i>Finalités et base légale des traitements de données</i>	15
6.9.3	<i>Destinataires des données</i>	15
6.9.4	<i>Confidentialité</i>	15
6.9.5	<i>Conservation des données traitées</i>	15
6.9.6	<i>Droits de la personne concernée</i>	15
6.9.7	<i>Données de contact</i>	16
6.10	ECHANGE D'INFORMATIONS (CRS / FATCA)	16
6.11	CRITÈRES DE SEGMENTATION	16
6.12	PLAINTES ET LITIGES	16
6.13	RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES	16
6.14	AVERTISSEMENT	16
6.15	POINT DE CONTACT CENTRAL (PCC)	17

1. Définitions

Assureur

FÉDÉRALE ASSURANCE, Association d'Assurances Mutuelles sur la Vie,
rue de l'Etuve 12, 1000 Bruxelles – Belgique, www.federale.be,
Entreprise d'assurances agréée sous le n° de code 0346,
RPM Bruxelles TVA BE 0408.183.324,
Compte financier BIC : BBRUBEBB IBAN : BE64 3100 7685 9452

Contrat

L'assurance vie Vita Flex 44, comprenant les présentes Conditions générales, les Règlements de Gestion, le Certificat personnel et d'éventuels autres documents qui les accompagnent, qui doivent être lus conjointement et forment un ensemble

Certificat personnel

Le document par lequel l'assureur confirme la conclusion ou la modification du contrat et qui donne un aperçu des éléments majeurs du contrat (identification des intervenants, montants de primes, couvertures, montants assurés, etc.) ; le Certificat personnel contient éventuellement aussi une projection indicative relative au déroulement futur du contrat ; cette projection est basée sur un certain nombre d'hypothèses que l'assureur ne garantit toutefois pas (taux d'intérêt futurs, pourcentages futurs de participation bénéficiaire, évolution future de la valeur des fonds d'investissement, paiement ponctuel des primes aux échéances fixées, structure des tarifs et des chargements inchangée, etc.) et n'a ainsi qu'une valeur purement indicative

Extrait de contrat

Le document qui donne un aperçu actualisé des caractéristiques majeures du contrat (l'assureur délivre ce document sur demande)

Preneur d'assurance

La personne physique qui conclut le contrat avec l'assureur

Assuré

La personne physique sur la tête de laquelle la/les prestations(s) prévue(s) par le contrat est/sont conclue(s)

Bénéficiaire

La personne à qui reviennent les versements prévus dans le contrat (il peut y avoir plusieurs bénéficiaires)

Avoirs sur compte

La valeur du contrat à un moment déterminé (également appelée 'réserves').

2. Fonctionnement général du contrat

2.1 Entrée en vigueur et paiement des primes

Le contrat entre en vigueur à la date d'entrée en vigueur indiquée dans le Certificat personnel.

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

Les primes sont dues aux échéances fixées dans le Certificat personnel, mais au plus tard jusqu'à l'éventuelle date terme du contrat (voir 3.1) ou la date antérieure du décès de l'assuré (voir 3.2.1.1). Si, toutefois, le (premier) paiement de prime n'intervient pas (au plus tard) à la date mentionnée dans le Certificat personnel que l'assureur remet au preneur d'assurance après réception de la demande de souscription ou si la prime versée est inférieure à la prime mentionnée dans le Certificat personnel, l'assureur peut considérer le contrat comme inexistant et le classer sans suite, auquel cas l'assureur rembourse la prime versée au preneur d'assurance.

Le paiement de prime n'est pas obligatoire, sauf si le preneur d'assurance s'y est engagé par une convention autre que le contrat (comme un emprunt ou un crédit).

Si le Certificat personnel l'autorise de manière expresse, des primes complémentaires (également appelées 'versements complémentaires libres') peuvent être versées sur le compte bancaire indiqué par l'assureur en sus de la/des prime(s) convenue(s) et ce, dans les limites et selon les modalités indiquées dans la 'fiche produit'.

2.2 Constitution des avoirs sur compte

De par la/les prime(s) nette(s) versée(s) par le preneur d'assurance, des avoirs sur compte sont constitués. La prime nette est la prime sous déduction d'éventuels impôts.

Les avoirs sur compte sont investis dans un ou plusieurs modes de placement (voir 2.3). Le rendement – positif ou négatif – de chaque mode de placement et l'éventuelle participation bénéficiaire font fluctuer les avoirs sur compte.

Les avoirs sur compte peuvent diminuer par l'imputation de chargements et impôts. Si une couverture 'capital supplémentaire en cas de décès' a été souscrite, une prime de risque mensuelle est soustraite des avoirs sur compte (voir 3.2.2).

2.3 Valeur des avoirs sur compte / modes de placement

Il existe deux types de modes de placement, dans lesquels les avoirs sur compte peuvent être investis :

- un mode de placement avec un engagement de l'assureur (qui relève de la 'branche 21'). Dans ce mode de placement, l'assureur garantit un taux d'intérêt – qui peut être négatif – durant une période déterminée et accorde éventuellement en sus une participation bénéficiaire qui est non garantie ;
- un mode de placement avec un rendement lié à un fonds d'investissement (qui relève de la 'branche 23'). Dans ce mode de placement, le rendement est lié à l'évolution positive ou négative de la valeur du fonds d'investissement de la branche 23.

Les Règlements de Gestion décrivent les caractéristiques de chaque mode de placement.

Les règles de placement sont renseignées dans le Certificat personnel. Ces règles indiquent dans quels modes de placement les primes (et d'autres flux financiers entrants) sont investi(e)s.

La valeur (de la quotité) des avoirs sur compte affectés dans un mode de placement avec un rendement lié à un ou plusieurs fonds d'investissement (branche 23) est exprimée en unités. L'évolution de la valeur d'une unité est liée à l'évolution de la valeur du fonds d'investissement auquel elle se rapporte. Les fluctuations de la valeur d'unité entraînent ainsi une augmentation ou une diminution corrélative des avoirs sur compte. La valeur (de cette quotité) des avoirs sur compte s'obtient en multipliant le nombre d'unités par leur valeur respective.

La valeur des avoirs sur compte est communiquée au moins une fois par an au preneur d'assurance par le biais d'un extrait de compte. Il y est également donné un aperçu de l'évolution des avoirs sur compte depuis l'extrait de compte précédent.

Les règles relatives à l'octroi d'une éventuelle participation bénéficiaire dans le cadre d'un mode de placement avec un rendement garanti de la 'branche 21' (voyez ci-dessus) sont définies dans les statuts de l'assureur. La participation bénéficiaire n'est pas garantie et peut fluctuer dans le temps en fonction des résultats de l'assureur et de la conjoncture économique. La participation bénéficiaire est calculée et attribuée selon les modalités et conditions déterminées dans le plan de participation bénéficiaire que l'assureur soumet chaque année à l'autorité concernée chargée du contrôle des entreprises d'assurances. La participation bénéficiaire d'un exercice est attribuée aux contrats qui étaient en vigueur le 31 décembre de cet exercice. Au cas où la participation bénéficiaire d'un exercice écoulé n'est pas encore déterminée au moment où le contrat prend fin, celle-ci sera octroyée sur base d'un taux estimé en fonction des attributions des exercices antérieurs et de la conjoncture économique. Quand une participation bénéficiaire est octroyée, elle est considérée, au 31 décembre de l'année comptable concernée, comme une augmentation des avoirs sur compte constitués.

2.4 Dossier technique

Certains aspects d'ordre plus technique régissant le fonctionnement du contrat sont développés dans le 'dossier technique' que l'assureur a déposé auprès de la Banque Nationale de Belgique. Toute personne intéressée peut consulter ce dossier technique auprès de l'assureur.

3. Prestations

3.1 Capital à l'éventuelle date terme

Si le contrat prévoit une date terme (si c'est le cas, le Certificat personnel en fait mention) et si l'assuré est toujours en vie à cette date terme, les avoirs sur compte constitués à la date terme sont versés au(x) bénéficiaire(s) de ce capital et le contrat prend fin.

3.2 Capital en cas de décès

3.2.1 Description de la couverture

3.2.1.1 Événement assuré

Si l'assuré décède pendant la période de couverture (voir 3.2.3.1), l'assureur verse le capital convenu au(x) bénéficiaire(s) de ce capital et le contrat prend fin.

3.2.1.2 Montant

Pour le calcul du capital en cas de décès à verser, le montant assuré à la date du décès de l'assuré est pris en considération. En ce qui concerne les modes de placement de la branche 21 (voir 2.3), il est tenu compte du montant sous-jacent des avoirs sur compte à la date du décès. En ce qui concerne les modes de placement de la branche 23 (voir 2.3), il est tenu compte du montant sous-jacent des avoirs sur compte sur la base du nombre d'unités et des valeurs d'unité de ces modes de placement de la branche 23 à la date du décès (voir cependant le point 3.2.4 en cas de déclaration tardive du décès).

Le Certificat personnel peut toutefois indiquer qu'un capital minimal en cas de décès est assuré, quel que soit le montant des avoirs sur compte sous-jacents du contrat. L'éventuelle différence entre le montant de ce capital minimal en cas de décès et le montant des avoirs sur compte du contrat est appelée 'capital supplémentaire en cas de décès'. En vue du financement de cette couverture de risque, l'assureur soustrait périodiquement une prime de risque des avoirs sur compte du contrat (voir 3.2.2).

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

Sauf demande contraire du preneur d'assurance et moyennant l'accord écrit de l'assureur, le montant du capital minimal en cas de décès n'est pas modifié en cas de rachat(s) partiel(s) (voir 4.5).

3.2.2 Primes de risque pour la couverture 'capital supplémentaire en cas de décès'

3.2.2.1 Généralités

En vue du calcul des primes de risque pour l'éventuelle couverture de risque 'capital supplémentaire en cas de décès' (voir 3.2.1.2), le montant à assurer du 'capital supplémentaire en cas de décès' est calculé au début de chaque mois sur la base du montant le plus récent connu des avoirs sur compte du contrat. Les primes de risque sont les primes requises pour assurer la couverture 'capital supplémentaire en cas de décès' pour une période de chaque fois un mois. Elles sont en principe soustraites des avoirs sur compte au début de chaque mois.

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

Si, quelle qu'en soit la raison, l'assureur constate que les avoirs sur compte sont devenus insuffisants pour continuer de soustraire les primes de risque nécessaires ou que la soustraction affecte les réserves bloquées (voir 4.6), il peut mettre fin prématurément à la couverture 'capital supplémentaire en cas de décès'. Cette cessation anticipée intervient cependant au plus tôt 30 jours après que l'assureur en ait informé le preneur d'assurance par lettre recommandée.

3.2.2.2 Tarification des primes de risque

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

Outre les majorations de primes individuelles dans le cadre d'une aggravation du risque (voir 3.2.5.3), l'assureur peut cependant, pour des raisons justifiées, de manière raisonnable et proportionnée, dans le respect des éventuelles restrictions impératives en la matière et moyennant avis préalable au preneur

d'assurance, relever à tout moment en cours de contrat les tarifs pour le calcul des primes de risque dans le cadre d'une révision générale pour la catégorie d'assurances dont relève le contrat, ainsi entre autres :

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

3.2.3 Etendue de la couverture

3.2.3.1 Période de couverture

Le Certificat personnel indique quand la période de couverture commence et aussi quand elle expire au plus tard.

Sauf indication contraire dans le Certificat personnel, la période de couverture commence au plus tôt à la date de paiement de la première prime ou de la prime unique (la date de paiement de la prime est la date valeur de la prime sur le compte bancaire de l'assureur ; si, toutefois, le paiement de prime s'effectue d'une autre manière que celle indiquée par l'assureur, la date de paiement de la prime est l'éventuelle date ultérieure à laquelle l'assureur identifie la destination du paiement de prime).

Si le contrat a une date terme, la période de couverture expire toujours au plus tard à la date terme.

3.2.3.2 Etendue géographique

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

3.2.3.3 Risques exclus

L'assureur n'accorde pas de couverture dans le cadre du 'capital supplémentaire en cas de décès' (voir 3.2.1.2) et limite donc le capital en cas de décès aux avoirs sur compte constitués dans le cadre du contrat à la date du décès (voir 3.2.1.2; voir cependant aussi le point 3.2.4 en cas de déclaration tardive du décès) si le décès est la conséquence directe ou indirecte des risques exclus suivants :

- le suicide de l'assuré qui survient dans la première année à compter du début de la période de couverture ou la remise en vigueur de la couverture 'capital supplémentaire en cas de décès' ; le même délai d'un an vaut pour toute augmentation du montant nominal assuré dans le cadre de cette couverture, en ce qui concerne l'augmentation et à compter de son entrée en vigueur ;
- le décès de l'assuré résultant de faits de guerre, c'est-à-dire résultant directement ou indirectement d'une action offensive ou défensive d'une puissance belligérante ou de tout autre événement à caractère militaire ; si le décès de l'assuré survient dans un pays étranger en état d'hostilités, il faut distinguer deux cas :
 - si le conflit éclate durant le séjour de l'assuré, la couverture est accordée pour autant que l'assuré ne participe pas activement aux hostilités ;
 - si l'assuré se rend dans un pays où un conflit armé est en cours, la couverture ne peut être accordée que moyennant le paiement d'un supplément de prime et l'accord écrit de l'assureur et pour autant que l'assuré ne participe pas activement aux hostilités ;
- le décès de l'assuré survenu à la suite d'émeutes, de troubles civils, de tous actes de violence collectifs d'inspiration politique, idéologique ou sociale, accompagnés ou non de rébellion contre l'autorité ou les pouvoirs établis, sauf si l'assuré n'y a pris part ni activement ni volontairement ;
- le décès de l'assuré consécutif à un accident survenu :
 - avec un aéronef
 - non autorisé pour le transport de personnes ;
 - se préparant ou participant à une compétition ou à des vols de démonstration, d'exhibition, d'entraînement ou d'essai ;
 - du type planeur, U.L.M., delta plane et analogue, que ces appareils soient motorisés ou non (l'usage d'une montgolfière reste toutefois couvert) ;

- lors de la pratique du parachutisme, du saut dans le vide avec élastique (benji), du deltaplane ou du parapente ;
- le décès de l'assuré en conséquence d'une maladie ou affection préexistante non couverte (voir 3.2.5.2).

3.2.3.4 Terrorisme

Le risque de terrorisme est couvert selon les conditions et modalités et dans les limites de la loi du 1^{er} avril 2007 relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme et ses arrêtés d'exécution, étant toutefois entendu qu'il n'y a pas de couverture si le décès dans ce cadre est causé par des armes ou des engins destinés à exploser par une modification du noyau atomique et qu'il n'y a pas davantage de couverture si l'assuré a participé d'une manière quelconque à l'acte de terrorisme. L'assureur est membre de l'asbl TRIP (Terrorism Reinsurance and Insurance Pool), constituée en exécution de loi précitée du 1^{er} avril 2007 (consultez, pour plus d'informations sur la couverture du risque de terrorisme et sur les limites de cette couverture, www.tripasbl.be).

Les dispositions précédentes ne concernent que la couverture du 'capital supplémentaire en cas de décès' (voir 3.2.1.2) et n'empêchent pas la liquidation des avoirs sur compte constitués.

Si une modification législative mettrait fin à l'obligation de couvrir les dommages causés par le terrorisme, les dispositions qui précèdent prendront également fin et le risque de terrorisme ne sera plus couvert à partir de la date de prise d'effet de la modification. Le risque de terrorisme sera dans ce cas considéré comme un 'risque exclu' au sens du point 3.2.2.3 ci-dessus. L'assureur se réserve également le droit d'adapter d'office toute autre disposition concernant le risque de terrorisme en fonction des modifications de la législation concernée.

3.2.4 Déclaration du décès de l'assuré

Le décès de l'assuré doit être déclaré à l'assureur au plus tard dans les 30 jours après le décès. En cas de déclaration tardive, l'assureur peut réduire son intervention du montant du préjudice qu'il a subi, sauf s'il est dûment démontré que la déclaration du décès a été remise aussi rapidement qu'il était raisonnablement possible de le faire. Cependant, quelle que soit la raison de la déclaration tardive, l'assureur est toujours en droit de réduire son intervention dans le cadre de la couverture du capital en cas de décès du préjudice qu'il subit en conséquence d'une éventuelle évolution négative de la valeur des avoirs sur compte liés à des modes de placement de la branche 23 (voir 2.3) depuis la date du décès (voir 3.2.1.2).

La déclaration doit mentionner le lieu, la date et l'heure du décès ainsi que les circonstances dans lesquelles il est survenu. Il faut également toujours joindre une attestation médicale qui indique la cause du décès (voir aussi 3.2.5.4). L'assureur peut exiger toutes pièces complémentaires. Tous les intéressés à l'intervention de l'assureur sont tenus de demander à tout médecin qui a administré des soins au défunt de leur communiquer tous les renseignements que l'assureur sollicite et sont tenus de remettre sans délai les renseignements ainsi obtenus au médecin-conseil de l'assureur. Si une de ces obligations n'est pas remplie, l'assureur peut refuser totalement ou partiellement son intervention.

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

3.2.5 Dispositions diverses

3.2.5.1 Communication de renseignements corrects

Lors de la conclusion, l'augmentation ou la remise en vigueur de la couverture 'capital supplémentaire en cas de décès' (voir 3.2.1.2), le preneur d'assurance et l'assuré doivent communiquer à l'assureur, en toute sincérité et sans omission, tous les éléments dont ils ont connaissance et qu'ils doivent raisonnablement considérer comme des éléments d'appréciation du risque par l'assureur. Il s'agit entre autres de l'activité professionnelle, de sports et autres activités pratiqués, ainsi que des maladies et affections déjà diagnostiquées ou dont au moins les symptômes se sont déjà manifestés.

En cas de communication inexacte de la date de naissance de l'assuré, l'assureur peut adapter les primes de risque et/ou les prestations d'assurance (le cas échéant, rétroactivement) sur la base des éléments tarifaires en fonction de la date de naissance exacte. En cas d'omissions involontaires ou de déclarations inexactes involontaires autres que celle portant sur la date de naissance, les dispositions légales y relatives s'y appliquent durant la première année après, respectivement, la conclusion, l'entrée en vigueur d'une augmentation non

prévue initialement (en ce qui concerne cette augmentation) ou la remise en vigueur de la couverture.

Toute omission volontaire ou déclaration volontairement inexacte entraîne la nullité de la couverture. Les primes de risque soustraites sont acquises à l'assureur. L'attention est attirée sur le fait que la loi prévoit aussi des sanctions en cas d'omissions involontaires ou de déclarations inexactes involontaires qui, selon les cas, peuvent mener jusqu'au refus de l'assureur d'accorder son intervention.

3.2.5.2 Acceptation de la couverture 'capital supplémentaire en cas de décès' par l'assureur et maladies et affections préexistantes

La couverture 'capital supplémentaire en cas de décès' (voir 3.2.1.2) et toute augmentation de son montant nominal sont soumises aux critères d'acceptation généraux qu'applique l'assureur, comme le résultat favorable de formalités médicales et/ou d'examens médicaux. La couverture n'est assurée que si et dans la mesure où elle figure sur le Certificat personnel ou dans une autre confirmation écrite émanant de l'assureur.

Si des déclarations du preneur d'assurance ou de l'assuré, des formalités médicales et/ou des examens médicaux à l'occasion de la conclusion, l'augmentation ou la remise en vigueur de la couverture 'capital supplémentaire en cas de décès' mentionnent, révèlent ou rendent sur la base de symptômes probable une maladie ou affection existante, celle-ci est couverte, sauf contre-avis de l'assureur à l'assuré avec mention de la maladie ou affection pour laquelle (l'augmentation de) la couverture n'est pas accordée.

Si l'assureur impute une surprime pour la couverture 'capital supplémentaire en cas de décès' et/ou refuse totalement ou partiellement (par exemple pour une maladie ou affection déterminée) la couverture, cette surprime et/ou ce refus s'applique(nt) également à toute augmentation ultérieure de la couverture, sauf s'il en est convenu autrement.

3.2.5.3 Aggravation du risque

Si un quelconque document laisse apparaître que, lors de l'acceptation de la couverture 'capital supplémentaire en cas de décès' (voir 3.2.1.2) par l'assureur ou pour le calcul du tarif de cette couverture, il a été tenu compte de caractéristiques particulières de l'assuré, également appelées 'critères de segmentation' (voir aussi 6.11), toute modification de ces éléments qui entraîne une aggravation du risque pour l'assureur doit lui être signalée spontanément par écrit dans les 30 jours. L'assureur est aussi habilité à interroger le preneur d'assurance et/ou l'assuré sur les éventuelles modifications intervenues dans les caractéristiques particulières susvisées de l'assuré, auquel cas celui-ci/ceux-ci est/sont tenu(s) d'y répondre dans les délais impartis.

Si l'aggravation du risque était de telle nature que l'assureur aurait accordé cette couverture sous d'autres conditions, il propose, dans le mois à compter de l'avis précité, d'adapter les conditions de la couverture avec effet à la date de l'aggravation du risque. L'assureur présente sa proposition au preneur d'assurance par écrit, de manière expresse et motivée.

Si la proposition de l'assureur est refusée ou n'est pas acceptée dans un délai d'un mois à compter de la réception de cette proposition motivée, l'assureur peut résilier la couverture par lettre recommandée dans les 15 jours. Si, cependant, l'assureur peut fournir la preuve qu'il n'aurait pas accordé la couverture dans les circonstances modifiées, il peut résilier la couverture par lettre recommandée dans un délai d'un mois à compter de la date à laquelle il a eu connaissance de l'aggravation du risque.

Si le décès de l'assuré survenait avant que l'aggravation du risque n'ait été communiquée à l'assureur, le versement, si le fait de ne pas avoir spontanément communiqué l'aggravation du risque peut être reproché ou si elle n'a pas été communiquée à l'assureur en réponse à une interrogation en ce sens par ce dernier, est réglé sur la base des prestations qui auraient été assurées avec la prime réellement payée, en tenant compte des caractéristiques modifiées du risque. Si, cependant, l'assureur peut démontrer qu'il n'aurait pas accordé la couverture dans les circonstances modifiées, il peut limiter la prestation au remboursement de toutes les primes de risque payées pour la couverture. Si le fait de ne pas avoir communiqué spontanément l'aggravation du risque ou de ne pas l'avoir communiquée en réponse à une interrogation en ce sens par l'assureur, relève d'une intention frauduleuse, l'assureur peut refuser toute prestation et toutes les primes échues au moment où il prend connaissance de l'omission frauduleuse lui reviennent à titre de dédommagement.

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

3.2.5.4 Secret médical

L'assuré et les tiers intéressés libèrent tous médecins du secret médical vis-à-vis du médecin-conseil de l'assureur afin de remplir toutes les obligations prévues par les Conditions générales, aussi après le décès de l'assuré. L'assuré autorise expressément tout médecin à transmettre au médecin-conseil de l'assureur une déclaration dûment complétée relative à la cause du décès.

4. Droits du preneur d'assurance

4.1 Dispositions générales

Le preneur d'assurance bénéficie de certains droits en cours de contrat. Les droits les plus importants sont décrits aux points suivants.

En application de certaines dispositions légales ou conventionnelles, il se peut toutefois que l'exercice de certains droits soit interdit, suspendu ou qu'il requiert l'accord d'un ou plusieurs tiers (comme en cas de mise en gage, d'acceptation du bénéfice, etc.). Le cas échéant, une demande d'exercice ou un ordre d'exécution d'un droit doit dès lors être contresigné(e) par le(s) tiers qui doi(ven)t marquer son/leur consentement pour que la demande ou l'ordre puisse être considéré(e) comme valable. Si ce n'est pas le cas ou, de manière plus générale, dans tous les cas où l'assureur, quelle qu'en soit la raison, ne peut donner (immédiatement) suite à une demande d'exercice ou un ordre d'exécution d'un droit, il en informe le preneur d'assurance dans les meilleurs délais et lui en communique la raison.

4.2 Résiliation

Le preneur d'assurance peut résilier le contrat par lettre recommandée datée et signée, adressée à l'assureur :

- soit dans les 30 jours à compter de la date d'entrée en vigueur du contrat ;
- soit, si la demande de souscription indique que le contrat est conclu pour garantir ou reconstituer un crédit sollicité par le preneur d'assurance, dans les 30 jours à compter de la date à laquelle il apprend que le crédit ne lui est pas accordé.

En cas de résiliation, le contrat prend fin et l'assureur rembourse au preneur d'assurance les avoirs sur compte constitués. En ce qui concerne les modes de placement de la branche 23 (voir 2.3), il est tenu compte des valeurs d'unité à la date à laquelle la demande de résiliation est effectivement traitée par l'assureur. En ce qui concerne les modes de placement de la branche 21 (voir 2.3), il est le cas échéant appliqué une correction financière (voir les Règlements de Gestion de la branche 21) et les chargements imputés sont remboursés. Dans la première hypothèse susvisée de résiliation, les frais d'exams médicaux sont déduits du montant à rembourser par l'assureur (voir aussi 6.4).

4.3 Changement de règles de placement et de mode de placement

4.3.1 Changement de règles de placement et de mode de placement

Le preneur d'assurance peut modifier en cours de contrat les modes de placement des primes futures (changement des règles de placement) et/ou des avoirs sur compte déjà constitués (changement de mode de placement).

Dans le cadre d'un changement de mode de placement, les avoirs sur compte investis dans un mode de placement déterminé sont, le cas échéant après application d'une correction financière (voir les Règlements de Gestion de la branche 21) et après retenue d'éventuels frais de changement de mode de placement (voir 6.1.2) et impôts, totalement ou partiellement liquidés (soustraction des avoirs sur compte) et le montant qui en résulte est ensuite réinvesti dans un ou plusieurs autres modes de placement (attribution aux avoirs sur compte).

Une demande de changement de règle de placement ou de mode de placement est introduite par le document que l'assureur met à disposition du preneur d'assurance sur simple demande. L'assureur peut, sans pour autant y être obligé, exécuter une demande introduite d'une autre manière (lettre, e-mail, etc.). Un changement de règles de placement ou de mode de placement n'est effectif que si l'assureur a confirmé l'opération concernée. L'assureur peut refuser de donner suite à une demande de changement de placement si, suite à ce changement, le montant des avoirs sur compte qui est affecté à un mode placement ou qui subsiste dans un mode de placement est inférieur au(x) seuil(s) fixés dans la 'fiche produit'.

Pour de plus amples détails sur le fonctionnement des changements de modes de placement, il est renvoyé à la 'fiche produit'. Il faut tenir compte du fait que l'exécution opérationnelle d'un changement de mode de placement s'étend normalement sur plusieurs jours (sortie d'un mode de placement et, dès que le montant qui en résulte est connu, entrée dans un autre mode de placement), si bien que le résultat des opérations de changement de mode de placement ne peut être garanti.

4.3.2 Mécanisme de 'limitation du risque dynamique'

Le Certificat personnel peut prévoir un mécanisme de changement automatique de la partie des avoirs sur compte investie dans un ou plusieurs fonds d'investissement de la branche 23 vers un ou plusieurs autres modes de placement. Ce changement automatique de mode de placement s'opère dès qu'il est constaté que le cours du/des fonds d'investissement concerné(s) a baissé à raison d'un pourcentage déterminé fixé dans le Certificat personnel par rapport au cours maximal atteint depuis que ce mécanisme, appelé 'limitation du risque dynamique', a été activé pour le fonds d'investissement concerné. Dans le cadre de ce mécanisme de limitation du risque dynamique, aucuns frais de changement de mode de placement ne sont portés en compte, mais bien d'éventuels impôts.

Pour de plus amples détails sur le fonctionnement du mécanisme de limitation du risque dynamique, il est renvoyé à la 'fiche produit'. Il faut tenir compte du fait que l'exécution opérationnelle d'un changement de mode de placement s'étend normalement sur plusieurs jours : dans un premier temps il y a lieu de constater que la baisse de cours maximale a été atteinte ou dépassée, ensuite est opérée la sortie du mode de placement ayant enregistré la baisse et enfin le montant qui en résulte est réinvesti dans un autre mode de placement. Le résultat effectif des opérations de changement de mode de placement, qui s'opèrent ainsi à des cours postérieurs au constat que la baisse de cours maximale a été atteinte ou dépassée peut donc engendrer une baisse de cours encore plus importante que la baisse de cours maximale fixée. La baisse de cours maximale fixée n'est en effet que l'événement déclencheur, qui initie un changement automatique de mode de placement qui ne s'opère cependant que dans les jours suivants.

Par le biais d'une 'demande de changement', le preneur d'assurance peut à tout moment en cours de contrat activer ou désactiver le mécanisme de limitation du risque dynamique. Un tel changement n'est effectif que si l'assureur l'a confirmé.

4.4 Désignation, révocation et changement des bénéficiaires

Le preneur d'assurance désigne le(s) bénéficiaire(s) et peut révoquer et changer le(s) bénéficiaire(s) qu'il a initialement désigné(s) (voir aussi 5). Pour être opposable à l'assureur, la désignation, la révocation et le changement des bénéficiaires doivent lui être communiqués par écrit.

4.5 Rachat

Le preneur d'assurance peut opérer le rachat total ou partiel des avoirs sur compte constitués. En cas de rachat total, le contrat prend fin.

Le rachat s'opère en complétant, signant et datant une 'demande de rachat' que l'assureur met à disposition du preneur d'assurance sur simple demande. La demande de rachat vaut également quittance de rachat. L'assureur veille à traiter la demande de rachat dans les meilleurs délais. Le rachat sortit ses effets à la date à laquelle la demande de rachat est effectivement traitée par l'assureur (au plus tard dans les 30 jours après réception de la demande de rachat valable et des éventuels autres documents sollicités (voir aussi 6.4).

Tant pour un rachat total que pour un rachat partiel, il est le cas échéant appliqué une correction financière (voir les Règlements de Gestion de la branche 21) et, en outre, une indemnité de rachat est portée en compte (voir aussi 6.4). Sauf disposition impérative contraire, cette indemnité de rachat est égale au maximum de :

- 75,00 EUR (ce montant est indexé selon l'indice santé des prix à la consommation (indice de base = indice septembre 2008) ; l'indice pris en compte est celui du 2^{ème} mois du trimestre qui précède la date de rachat)
- et
- un montant qui varie en fonction des types de mode de placement dans lesquels sont investis les avoirs sur compte à racheter, comme indiqué ci-dessous :
 - en ce qui concerne les avoirs sur compte investis dans des modes de placement de la branche 21 (voir 2.3), le contrat est subdivisé en périodes successives et renouvelables de 8 ans à compter de la date d'entrée en vigueur du contrat (la première période court donc jusqu'au 8^{ème} anniversaire du contrat, la deuxième période court du 8^{ème} au 16^{ème} anniversaire du contrat, la troisième période court du 16^{ème} au 24^{ème} anniversaire du contrat, et ainsi de suite sur toute la durée du contrat) ; le montant susvisé est égal à :
 - 1 % des avoirs sur compte rachetés pendant la dernière année de la période de 8 ans concernée ;
 - 2 % des avoirs sur compte rachetés pendant l'avant-dernière année de la période de 8 ans concernée ;
 - 3 % des avoirs sur compte rachetés pendant les autres années de la période de 8 ans concernée ;A partir de la 2^{ème} période, ces montants sont réduits de moitié si le rachat (total uniquement) intervient dans le courant du mois qui suit chaque application effective d'un taux d'intérêt négatif.
 - en ce qui concerne les avoirs sur compte investis dans des modes de placement de la branche 23 (voir 2.3), le montant susvisé est égal à :
 - 2 % des avoirs sur compte rachetés pendant les 3 premières années à compter de la date d'entrée en vigueur du contrat ;
 - 1 % des avoirs sur compte rachetés pendant les autres années jusqu'au 8^{ème} anniversaire du contrat ;
 - 0 % des avoirs sur compte rachetés après le 8^{ème} anniversaire du contrat.

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

- sur un rachat partiel par année civile d'au maximum 10 % des avoirs sur compte, mais à raison d'un montant minimal de 500 euros, et étant entendu que s'il est procédé au rachat total durant cette même année civile, l'indemnité de rachat sera également appliquée – rétroactivement – sur le rachat partiel intervenu durant cette même année ;
- tous les 8 ans, à compter de l'entrée en vigueur du contrat (donc au 8^{ème}, 16^{ème}, 24^{ème}, ... anniversaire du contrat). Dans ce cas, le preneur d'assurance dispose d'un délai de 1 mois après chacune de ces échéances pour adresser sa demande de rachat à l'assureur ;
- si le rachat, total ou partiel, a lieu en vue de la construction ou de l'acquisition par le preneur d'assurance d'un bien immobilier situé en Belgique, moyennant la remise de la preuve de la construction ou de l'achat du bien immobilier et à condition que le rachat partiel n'ait pas lieu plus d'une fois par année civile ;
- en cas de nécessité sociale, c'est-à-dire en cas de perte d'emploi s'accompagnant d'une perte de revenus dans le chef du preneur d'assurance ou si ce dernier est frappé d'invalidité totale et permanente, moyennant production à l'assureur de justificatifs qui étayent la survenance d'un de ces cas de nécessité sociale ;
- durant la 1^{ère} période, en cas de rachat total dans le courant du mois qui suit chaque application effective d'un taux d'intérêt négatif.

4.6 Avance et mise en gage

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

Le preneur d'assurance peut mettre les droits qui découlent du contrat en gage. La mise en gage requiert un avenant au Certificat personnel, signé par le preneur d'assurance, le créancier gagiste et l'assureur.

La mise en gage peut entraîner le blocage total ou partiel des avoirs sur compte (réserves bloquées).

4.7 Cession des droits

Le preneur d'assurance peut céder en tout ou en partie les droits précités dont il bénéficie à une ou plusieurs personnes désignées à cet effet, également appelée(s) le(s) 'cessionnaire(s)'.

La cession requiert un avenant au Certificat personnel, signé par le preneur d'assurance, le(s) cessionnaire(s) et l'assureur.

Il peut cependant aussi être stipulé directement dans le Certificat personnel que les droits du preneur d'assurance (y compris la valeur économique que ces droits représentent) seront cédés, au décès de ce dernier (dans l'hypothèse où l'assuré est une personne différente du preneur d'assurance) et ce, jusqu'au moment où le contrat prend fin, à la/les personne(s) désignée(s) à cet effet et ce, selon les éventuelles modalités qui y sont fixées.

5. Droits du/des bénéficiaire(s)

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

- le droit aux versements visés au point 3 ;
- le droit d'accepter le bénéfice de ces versements dès avant leur exigibilité, sous les modalités suivantes :
 - tant que le preneur d'assurance est en vie, l'acceptation du bénéfice requiert un avenant au Certificat personnel signé par le(s) bénéficiaire(s) concerné(s), le preneur d'assurance et l'assureur ;
 - après le décès du preneur d'assurance, l'acceptation peut être expresse ou tacite, étant entendu que l'acceptation n'a d'effet à l'égard de l'assureur que si elle lui est communiquée par écrit ;
 - l'acceptation du bénéfice a, sauf dans les cas où la législation autorise la révocation, entre autres pour effet que la résiliation, la révocation et le changement de la désignation bénéficiaire, le rachat, la mise en gage et la cession des droits requièrent l'accord écrit du/des bénéficiaire(s) acceptant(s).

6. DISPOSITIONS DIVERSES

6.1 Chargements et impôts

6.1.1 Chargements standards

L'assureur impute des chargements pour la gestion du contrat. Sur la 'fiche de tarif' le montant attendu de ces chargements est calculé sur la base d'une projection de l'évolution du contrat. L'assureur ne peut modifier ces chargements en cours de contrat que dans la mesure où il s'agit d'une indexation selon l'indice-santé des prix à la consommation de montants forfaitaires intégrés dans le tarif ou, moyennant avis préalable au preneur d'assurance et

de manière raisonnable et justifiée, dans le cadre d'une révision générale (de la structure) des chargements pour la catégorie d'assurances dont relève le contrat.

Le preneur d'assurance peut demander à l'assureur un aperçu détaillé (de la structure) des chargements.

6.1.2 Chargements particuliers

L'assureur peut, en sus des chargements standards, aussi porter en compte des dépenses particulières occasionnées par le preneur d'assurance, l'assuré ou le(s) bénéficiaire(s). Ces frais et chargements sont mentionnés dans la 'fiche de tarif'.

Sans préjudice de l'indexation éventuellement prévue, l'assureur ne peut, en cours de contrat, relever les montants des chargements particuliers que de manière raisonnable et justifiée, et ce dans le cadre d'une révision générale de ces chargements pour la catégorie d'assurances dont relève le contrat et moyennant avis préalable au preneur d'assurance.

L'assureur ne peut imputer des chargements particuliers non spécifiquement mentionnés dans la fiche de tarif que moyennant avis préalable à l'intéressé / aux intéressés.

6.1.3 Avoirs dormants

Si le contrat venait à être qualifié de 'dormant' conformément à la législation en la matière, l'assureur peut porter en compte les éventuels frais de vérification et de recherche dans les limites légales admises.

6.1.4 Impôts, cotisations et charges

L'assureur peut mettre à charge du preneur d'assurance ou du/des bénéficiaire(s) tous impôts, cotisations et charges de quelle nature que ce soit qui peuvent grever les primes, les avoirs sur compte, les revenus des placements ou tout versement.

6.2 Certificat personnel et extrait de compte annuel

L'assureur établit lors de l'entrée en vigueur et lors de toute modification du contrat un Certificat personnel (actualisé) qu'il remet au preneur d'assurance. Le dernier certificat délivré remplace toujours le précédent.

L'assureur émet aussi annuellement un 'extrait de compte' qu'il remet au preneur d'assurance.

Le preneur d'assurance est supposé marquer intégralement son accord sur le contenu de son Certificat personnel et de ses extraits de compte, sauf s'il a communiqué par écrit ses remarques à l'assureur dans les 30 jours après que l'assureur l'ait délivré.

6.3 Remise en vigueur

Lorsqu'il est mis fin au paiement des primes pour le contrat, le preneur d'assurance peut en demander la remise en vigueur sur demande écrite dans les 3 ans.

Ceci vaut également, sauf en ce qui concerne les contrats auxquels les dispositions légales en matière de remise en vigueur ne sont pas applicables, en cas de rachat, si ce n'est que, dans ce cas, le délai est ramené à 3 mois et que les avoirs sur compte rachetés doivent en outre être reversés à l'assureur.

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

L'assureur subordonne la remise en vigueur de la couverture 'capital supplémentaire en cas de décès' (voir 3.2.1.2) à ses critères d'acceptation (voir 3.2.5.2). La remise en vigueur prend effet à la date mentionnée sur le nouveau Certificat personnel.

6.4 Versements

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

L'assureur verse les sommes dues, le cas échéant après application d'une correction financière (voir les Règlements de Gestion de la branche 21) et après imputation d'éventuel(le)s retenues légales, chargements, indemnités et autres sommes qui seraient encore du(e)s à l'assureur ou à des tiers (comme un créancier gagiste), dans les 30 jours après réception des documents demandés et, si la demande en est faite, après réception d'une quittance de règlement signée.

Lorsqu'un versement est dû à plusieurs personnes, l'assureur peut exiger que les intéressés désignent une personne pourvue de procurations dûment authentifiées l'autorisant à recevoir le versement conjointement en leur nom.

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

L'assureur ne bonifie pas d'intérêts pour un retard de paiement suite à une circonstance indépendante de sa volonté.

6.5 Avis et preuve

Sauf si les dispositions qui précèdent ou si des dispositions impératives l'indiquaient autrement, tout avis d'une partie à l'autre peut se faire par lettre ordinaire. L'assureur peut aussi, sans pour autant y être obligé, considérer comme valable tout avis qui lui est transmis par voie électronique (comme un e-mail).

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

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

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

L'envoi d'une lettre recommandée se prouve par la production du récépissé de la poste. L'existence et le contenu de tout document et de tout avis se prouvent par la production de l'original ou, à défaut, de sa copie dans les dossiers de l'assureur.

6.6 Modification des Conditions générales

L'assureur peut modifier les Conditions générales pour des raisons justifiées (par exemple dans le cadre d'une modification de la législation), dans le respect des éventuelles restrictions impératives en la matière, dans les limites de la bonne foi et sans porter atteinte aux caractéristiques essentielles du contrat. L'assureur en informe le preneur d'assurance par écrit et lui communique la nature et les raisons des modifications apportées, ainsi que la date à laquelle les nouvelles Conditions générales prennent effet.

6.7 Cadre légal

6.7.1 Législation applicable

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

Une clause éventuellement contraire à une disposition impérative n'affecte pas la validité du contrat. Cette clause est alors remplacée par la disposition impérative méconnue et sera censée avoir été établie dès la conclusion du contrat en conformité avec cette disposition impérative.

6.7.2 Régime fiscal applicable

En ce qui concerne le régime fiscal applicable, il est renvoyé à la 'fiche produit' remise au preneur d'assurance avant la conclusion du contrat. Pour de plus amples renseignements concernant le régime fiscal applicable, le preneur d'assurance peut s'adresser à l'assureur. La responsabilité de l'assureur ne peut cependant aucunement être engagée si certains avantages fiscaux escomptés n'étaient ou ne pouvaient être obtenus ou si une pression (para) fiscale inattendue grevait le contrat.

Le présent contrat ne peut donner lieu à la remise d'une attestation fiscale en vue d'obtenir une réduction d'impôt ou une déduction fiscale sur les primes.

6.8 Exigences en matière d'informations et règles de conduite

L'assureur :

- veille à fournir, préalablement à la conclusion du contrat, toutes les informations légales, techniques, fiscales et commerciales au preneur d'assurance ;
- s'organise pour que le contrat d'assurance proposé réponde aux exigences et besoins du preneur d'assurance et prenne en compte ses connaissances, son expérience et son profil ;
- prend les mesures nécessaires pour détecter et éviter les conflits d'intérêts pouvant être préjudiciables au preneur d'assurance, à l'assuré et/ou au(x) bénéficiaire(s).

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

6.9 Protection des données personnelles

6.9.1 Que sont des 'données personnelles'?

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

6.9.2 Finalités et base légale des traitements de données

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

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

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

Les données personnelles sont traitées :

(*) dans le cadre de l'exécution du contrat ou pour prendre des mesures avant la conclusion du contrat si la personne concernée le souhaite ;

(**) pour respecter des obligations légales ;

(***) en vue de poursuivre des intérêts légitimes.

Pour chaque finalité qui apparaît dans la liste ci-dessus, la base légale pour le traitement a été indiquée par le nombre d'astérisques mentionné ci-dessus.

6.9.3 Destinataires des données

Aux fins énumérées au point 6.9.2, les données personnelles peuvent être communiquées aux entreprises qui font partie du groupe Fédérale Assurance, aux personnes physiques ou entreprises qui interviennent comme prestataire de service ou sous-traitant pour le compte de l'assureur ainsi qu'à d'autres parties tierces concernées comme une entreprise de coassurance ou de réassurance, un service public compétent, un avocat ou un conciliateur dans le cadre d'un règlement de litiges.

6.9.4 Confidentialité

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

6.9.5 Conservation des données traitées

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

6.9.6 Droits de la personne concernée

La personne dont les données personnelles sont traitées peut :

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

- faire opposition au traitement.

Si les données personnelles sont utilisées pour le marketing direct, la personne concernée peut toujours s'y opposer.

6.9.7 Données de contact

De plus amples informations peuvent être trouvées sur www.federale.be.

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

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

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

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

6.10 Echange d'informations (CRS / FATCA)

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

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

6.11 Critères de segmentation

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

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

6.12 Plaintes et litiges

Toute plainte relative au contrat peut être adressée à Fédérale Assurance, Service Gestion des plaintes, rue de l'Etuve 12, 1000 Bruxelles (tél. : 02 509 01 89 - fax : 02 509 06 03 - gestion.plaintes@federale.be).

En cas de réponse non satisfaisante, la plainte peut être adressée à l'Ombudsman des Assurances, square de Meeûs 35, 1000 Bruxelles (fax : 02 547 59 75 - info@ombudsman.as).

L'intéressé conserve aussi la possibilité d'intenter une action en justice. Les litiges entre les parties relèvent de la compétence exclusive des tribunaux belges.

6.13 Renseignements complémentaires

L'assureur peut être contacté :

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

Le preneur d'assurance peut consulter la situation de son contrat d'assurance sur le site internet www.federale.be à l'aide d'un code d'accès personnel.

6.14 Avertissement

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

L'attention du preneur d'assurance, de l'assuré et du bénéficiaire est attirée sur le fait que la fraude à l'assurance ainsi que la tentative de fraude seront sanctionnées par tous les moyens. Par conséquent, non seulement l'assureur appliquera les sanctions telles que la résiliation et la nullité du contrat mais elle demandera également la poursuite pénale du fraudeur. Il est notamment fait référence à l'art. 496 du Code Pénal.

6.15 Point de Contact Central (PCC)

6.15.1 Raison d'être du PCC

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

6.15.2 Communication d'informations au PCC et enregistrement

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

6.15.2.1 Données d'identification du preneur d'assurance

- si le preneur est une personne physique : le numéro de Registre national ou à défaut, le numéro d'identification dans la Banque-carrefour de la Sécurité Sociale ou encore à défaut le nom, le premier prénom officiel, la date de naissance, le lieu de naissance et le pays de naissance ;
- si le preneur est une personne morale : le numéro d'inscription auprès de la Banque-Carrefour des Entreprises ou à défaut la dénomination complète, la forme juridique et le pays d'établissement.

6.15.2.2 Événements à communiquer

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

6.15.2.3 Addition des avoirs et déclaration au PCC

L'assureur est tenu d'additionner les avoirs des contrats de son client qu'il a déclarés au PCC. Il doit également déclarer cette somme au PCC. Cette déclaration se fait annuellement à terme échu pour la fin du premier trimestre civil. (Pour les années 2020 et 2021, la date de la déclaration est différente, à savoir le 31 janvier 2022).

6.15.3 Droits de la personne enregistrée

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

6.15.4 Délai de conservation des données

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