



Conditions générales Scala Invest Non fiscal (branche 23)

Version 02

Valable pour les contrats conclus à partir du 01/08/2024



Lexique explicatif

Rachat

Une opération financière par laquelle vous résiliez votre contrat en tout ou en partie et nous vous payons la valeur de rachat totale ou partielle.

Valeur de rachat

La valeur de votre contrat au moment du rachat, après retenue des frais éventuels.

Bénéficiaire en cas de vie

La personne qui, en cas de vie de l'assuré à l'échéance finale du contrat, a droit à la valeur du contrat.

Bénéficiaire en cas de décès

La personne qui, en cas de décès de l'assuré, a droit à la valeur du contrat.

Règlement de gestion

Le règlement régissant les fonds de la branche 23 tels que définis dans la loi. Vous y trouverez également toutes les informations relatives à l'identification et aux règles de fonctionnement des fonds d'investissement. Le règlement de gestion est disponible sur le site web www.nn.be ou sur simple demande auprès de nous.

Contrat

Le contrat d'assurance se compose de cinq parties :

- les conditions générales ;
- les conditions particulières ;
- le règlement de gestion des fonds ;
- le document d'informations clés ;
- un document contenant des informations précontractuelles complémentaires - généralités (y compris les informations précontractuelles relatives à la durabilité).

Ces documents forment un tout. Leur contenu prime sur toutes nos informations publicitaires.

Unité

Unité (fraction) d'un fonds d'investissement de la Branche 23. Sa valeur est régulièrement publiée sur notre site web. Le mode de détermination de la valeur de l'unité est défini dans le règlement de gestion des fonds.

**Délai de carence**

La période durant laquelle vous ne recevez aucune indemnité pour une incapacité de travail garantie. Ceci est stipulé contractuellement dans le contrat. Pour la couverture exonération de prime, il s'agit par défaut de 1 mois.

FSMA

La Financial Services and Markets Authority est l'autorité de contrôle belge du secteur financier. Le siège de la FSMA est situé rue du Congrès 12-14, 1000 Bruxelles. En outre, en tant qu'assureur, NN Insurance Belgium SA est également soumise à la surveillance de la Banque nationale de Belgique.

Gestionnaire de fonds

Le gestionnaire du fonds d'investissement. Nous proposons des fonds de plusieurs gestionnaires de fonds.

Valeur d'inventaire

Lorsqu'il est question de fonds d'investissement, on ne parle généralement pas de cours ou de prix, mais de la valeur nette d'inventaire par unité du fonds d'investissement. La valeur nette d'inventaire correspond à la valeur du patrimoine du fonds après déduction de l'indemnité de gestion, des frais de gestion du fonds (tels que mentionnés dans le règlement de gestion) et des impôts, droits et taxes éventuels, divisée par le nombre d'unités du fonds au moment de l'estimation de la valeur (par le gestionnaire du fonds).

Versement net

La partie de votre versement que nous investissons dans des fonds d'investissement de la branche 23.

Réserve (Branche 23)

La réserve est le nombre total d'unités détenues par votre contrat dans le fonds d'investissement (ou les fonds d'investissement s'il y a plus d'un fonds sous-jacent), à multiplier par la valeur nette d'inventaire. C'est également ce que l'on appelle la valeur de votre contrat.

Vous

Le preneur d'assurance

Nous

L'assureur avec qui le contrat est conclu : NN Insurance Belgium SA, Avenue Fonsny 38 à 1060 Bruxelles, agréée sous le numéro d'entreprise 0890.270.057.

Certificat personnel

Ce document donne un aperçu, entre autres, de la nature et du niveau des couvertures, ainsi que des formes d'investissement applicables.

**Branche 23**

Est une assurance vie branche 23 liée à des fonds d'investissement qui n'offrent aucune garantie en matière de rendement ou de capital. Le rendement dépend de la valeur des unités du(des) fond(s) d'investissement que vous avez choisi(s), lesquels investissent dans des actions, dans des obligations ou dans une combinaison d'actions et d'obligations et ne donnent pas droit à une participation bénéficiaire. Le risque financier lié au contrat en branche 23 est entièrement supporté par le preneur d'assurance.

Délai d'attente

La période qui prend cours après la souscription du contrat. Les demandes d'indemnisation introduites pendant cette période ne donnent pas droit à une indemnité en cas d'incapacité de travail.



Situation

« Scala Invest » est un produit d'assurance-vie individuel non fiscal branche 23 de NN Insurance Belgium sa, entreprise d'assurances belge agréée par la FSMA et entreprise d'assurances agréée par la BNB sous le numéro 2550 pour les branches 1a, 2, 21, 22, 23, 25, 26.

Les Conditions générales décrivent la portée, les modalités et les principes de fonctionnement du produit Scala Invest. Par ailleurs, vous recevrez un certificat personnel. Le certificat personnel donne un aperçu, entre autres, de la nature et du niveau des couvertures, ainsi que des formes d'investissement applicables. Les différentes couvertures et formes d'investissement et les dispositions des Conditions générales ne s'appliquent que s'il ressort du Certificat personnel qu'elles ont effectivement été souscrites.

Les Conditions générales, le Certificat personnel, le règlement de gestion des fonds, le document d'informations clés et le document contenant des informations précontractuelles complémentaires – généralités (y compris les informations précontractuelles relatives à la durabilité) doivent être lus ensemble et forment un tout. Leur contenu prime sur toutes nos informations publicitaires.

Vous trouverez un aperçu de tous les frais et taxes dans le « document d'informations précontractuelles complémentaires – généralités » sur notre site web www.nn.be.

1. Principes de fonctionnement

1.1. Date de début du contrat

Votre contrat prend cours à la date de début mentionnée dans le certificat personnel, mais au plus tôt au moment où nous recevons votre premier paiement de prime.

1.2. Primes

Nous investissons la prime nette dans le contrat, après retenue des éventuels frais d'entrée et taxes.

1.3. Réserve et couvertures des risques

Le contrat prévoit des versements et des retraits d'argent. Les avoirs du contrat d'assurance sont appelés réserves. Ils sont investis dans un ou plusieurs fonds



d'investissement et génèrent ainsi un rendement. Il existe, d'une part, une réserve de risque et, d'autre part, une réserve branche 23.

La réserve de risque se compose de primes destinées à financer la couverture du risque « exonération de prime en cas d'incapacité de travail » (voir 3.2.1).

La réserve branche 23 est constituée des primes que nous n'affectons pas à la réserve de risque. Elles sont utilisées pour :

- le prélèvement de primes de risque pour la couverture décès ;
- le versement de celles-ci si vous êtes en vie à la date terme ;
- le versement de celles-ci en cas de décès de l'assuré avant la date terme ;
- le versement de celles-ci en cas de rachat partiel ou total.

Nous confirmons dans le certificat personnel la forme d'investissement en branche 23 que vous avez choisie pour la réserve. Le règlement de gestion et le document d'informations clés précisent le fonctionnement et les modalités des différentes formes d'investissement.

1.4. Valeur de la réserve

La valeur de la réserve est égale à la valeur du (des) fonds d'investissement de la Branche 23 choisi(s). Comment cette valeur est-elle calculée ? En multipliant le nombre d'unités du (des) fonds affectées à votre contrat par la valeur correspondante de l'unité. Vous obtenez ce nombre en convertissant toutes les attributions et les prélèvements en unités.

1.5. Modification des règles d'investissement et switch de la forme d'investissement

Vous nous demandez de modifier la forme d'investissement des futures attributions du contrat sur la base de l'analyse des besoins que vous et votre conseiller financier avez effectuée ? Nous parlons alors d'une « modification des règles d'investissement ».

C'est également possible pour les réserves existantes. Nous parlons alors de « switch de la forme d'investissement ». Concrètement ? Après déduction des éventuels frais de switch et impôts, nous réalisons la totalité ou une partie de la forme d'investissement. Ce montant est réinvesti dans une ou plusieurs autres formes d'investissement.

La modification des règles d'investissement et le switch de la forme d'investissement ne s'appliquent que si nous les enregistrons dans le certificat personnel.



1.6. Switch automatique de la réserve

Le switch de la forme d'investissement peut également se faire automatiquement lorsqu'un événement prédéterminé survient et pour autant que vous l'ayez choisi : « Drip switch ».

1.6.1. Drip switch

Cette option a pour but de limiter la perte financière potentielle liée au timing d'un paiement de prime (sans l'exclure totalement). Après le versement unique dans le fonds d'investissement de votre choix (le fonds source), des unités sont automatiquement transférées vers un autre fonds d'investissement (le fonds cible). Cela se fait mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement. Vous avez le choix entre un montant fixe libellé en euros ou un pourcentage de la réserve. Le fonds cible, le montant à transférer et la fréquence sont mentionnés dans les certificats personnels.

La valeur du fonds source est insuffisante ? Dans ce cas, le switch automatique n'intervient pas.

D'autres prélèvements sont prévus le même jour ? Le switch automatique n'intervient alors qu'en dernier recours.

1.7. Versement de réserves

1.7.1. Résiliation

Vous souhaitez résilier le contrat ? C'est possible. Comment ? Envoyez-nous un courrier recommandé daté et signé :

- dans les 30 jours à compter de la date d'entrée en vigueur du contrat ;
- ou dans les 30 jours à compter du moment où vous apprenez que le crédit demandé n'est pas octroyé. Il ressort du formulaire de souscription que le contrat est conclu en garantie ou reconstitution d'un crédit que vous avez demandé.



Nous vous remboursons ensuite la réserve :

- majorée de tous les frais facturés ;
- après retenue des montants déjà utilisés pour garantir le capital décès et l'autre couverture de risques ;
- après imputation des éventuelles retenues légalement obligatoires et d'autres sommes qui nous seraient encore dues ou à des tiers (comme un créancier gagiste) ;
- et, dans la première hypothèse de résiliation, après imputation des frais d'examens médicaux.

Pour les formes d'investissement de la Branche 23, ces réserves sont égales à la valeur d'inventaire à la date du remboursement.

1.7.2. Rachat

Vous souhaitez racheter les réserves ? C'est possible à tout moment partiellement ou totalement.

Tenez toutefois compte des conditions suivantes en cas de rachat partiel :

- Après le rachat, le solde de la valeur du contrat doit s'élever à minimum 1240 euros, à raison d'un minimum de 250 euros par fonds d'investissement.
- Un rachat partiel doit s'élever à au moins 500 euros.

En cas de rachat total, le contrat prend fin.

Vous optez pour un rachat partiel et le solde de la valeur du contrat devient inférieure à 1240 euros ? Dans ce cas, nous vous en informons via votre intermédiaire en assurances afin de, soit adapter le montant du prélèvement, soit racheter entièrement le contrat.

Proportionnalité ?

Nous prélevons toujours les rachats partiels de manière proportionnelle dans les différents fonds d'investissement.

Attention, nous déduisons les éventuels frais de rachat du montant racheté.



Quels sont les frais de rachat ?

Les frais de rachat sont de :

- Jusqu'à l'âge de 62 ans : 5 % sur la réserve brute du contrat
- De 62 à 67 ans, dégressivement diminué de 1 % par an
- À partir de 67 ans : pas de frais de rachat applicables

1.7.3. Décès

En cas de décès de l'assuré, le contrat prend fin.

À ce moment-là, nous versons la réserve au(x) bénéficiaire(s). Si un capital décès a été souscrit en option, nous versons le capital convenu au(x) bénéficiaire(s). Le versement a lieu après imputation :

- des éventuelles retenues légalement obligatoires ;
- des frais ;
- d'autres sommes qui nous seraient encore dues ou à des tiers (comme un créancier gagiste).

1.7.4. Date terme

La date terme des différentes garanties est définie dans le certificat personnel.

Les dates termes suivantes sont d'application :

- Pour la couverture vie : indéterminée, à laquelle il peut être dérogé librement, avec comme minimum le dernier jour du mois au cours duquel vous atteignez l'âge de 67 ans.
- Pour la couverture « capital décès » (optionnelle) : le dernier jour du mois au cours duquel vous atteignez l'âge de 85 ans.
- Pour la couverture exonération de prime : le dernier jour du mois au cours duquel vous atteignez l'âge de 67 ans.



1.8. Les tarifs, frais et taxes

1.8.1. Primes de risque

Nous pouvons à tout moment augmenter les tarifs pour le calcul des primes de risque :

- Sur une base individuelle, pour la souscription de votre contrat d'assurance, si le degré de risque (voir 3.3.5) augmente
- Sur une base collective, si :
 - cela s'inscrit dans une révision tarifaire générale pour tous les contrats d'assurance appartenant à la même catégorie que le vôtre,
 - ce, pour un motif fondé et
 - de manière raisonnable et proportionnelle.

1.8.2. Frais

Outre les éventuels frais d'entrée, nous facturons des frais pour la gestion de votre contrat. Nous ne pouvons les adapter qu'en cas de révision générale (de la structure) des frais pour la catégorie d'assurances à laquelle appartient votre contrat. Les contributions intégrées forfaitairement dans le tarif peuvent également être adaptées sur la base de l'indice santé.

Nous pouvons également imputer des frais de service pour des dépenses particulières que vous, le preneur d'assurance ou le(s) bénéficiaire(s) occasionnez. Nous les appliquons de manière raisonnable et responsable.

Vous trouverez un aperçu de tous les frais dans le « document d'informations précontractuelles complémentaires - généralités » sur www.nn.be.

1.8.3. Impôts, taxes et cotisations

Tous les impôts, taxes et cotisations actuels et futurs sont à charge du preneur d'assurance, de ses ayants droit ou éventuellement du bénéficiaire, mais ils ne sont jamais à notre charge.

Vous trouverez un aperçu de toutes les taxes dans le « document d'informations précontractuelles complémentaires – généralités » sur www.nn.be.

1.9. Principes généraux de calcul

1.9.1. Conversion de montants monétaires en unités et inversement

1.9.1.1. Généralités

Les opérations donnant lieu à un cash-in-flow génèrent la conversion de montants monétaires en unités. Les opérations donnant lieu à un cash-out-flow génèrent inversement la conversion d'unités en montants monétaires. Ces conversions se font au cours en vigueur à des dates déterminées, lors desquelles nous appliquons la valeur unitaire du cours à cette date. Chaque date à laquelle nous calculons une nouvelle valeur unitaire est un jour de cours.

Pour les formes d'investissement en Branche 23, les règlements de gestion déterminent la périodicité des jours de cours. Aucune valeur unitaire n'est encore connue à une date déterminée ? Dans ce cas, nous établissons un rapport sur la base de la valeur unitaire connue la plus récente.

1.9.1.2. Opérations donnant lieu à un cash-in-flow

La conversion de montants monétaires en unités liées à une forme d'investissement de la Branche 23 a lieu au plus tard trois jours ouvrables après la date d'effet de l'opération. Condition supplémentaire : la demande a été dûment introduite chez nous.

La date d'effet du paiement de prime est la date valeur de la prime sur notre compte bancaire (si le paiement de la prime se fait d'une autre manière que celle que nous avons indiquée, la date d'effet est celle à laquelle nous identifions la destination du paiement de la prime).

1.9.1.3. Opérations donnant lieu à un cash-out-flow

La conversion d'unités liées à une forme d'investissement de la Branche 23 en montants monétaires a lieu au plus tard trois jours ouvrables après la date d'effet de l'opération. Condition supplémentaire : la demande a été dûment introduite chez nous.

Pour les primes de risque et les frais, nous pouvons procéder à la conversion à un jour de cours ultérieur. Les dates d'effet des opérations sont les suivantes :

- primes de risque : le premier jour de chaque mois ;
- frais standard : le premier jour de chaque mois ;



- frais de service : notre date d'exécution du service demandé ;
- résiliation : la date à laquelle nous recevons la lettre recommandée et les éventuels autres documents nécessaires ;
- versement de la valeur de rachat (partielle) : la date à laquelle nous recevons le formulaire de rachat ou de prélèvement d'argent valable et les autres documents éventuels (ou la date de rachat ultérieure souhaitée telle que mentionnée éventuellement sur le formulaire de rachat ou de prélèvement d'argent) ;
- décès : la date à laquelle le décès nous est signalé, sous réserve que nous disposions de toutes les informations nécessaires au traitement de la demande.

1.9.1.4. Switch de la forme d'investissement (réserves)

En cas de switch de la forme d'investissement, nous réalisons entièrement ou partiellement un investissement déterminé (cash-out-flow, switch-out). Cela se fait après déduction des éventuels frais de switch. Le montant restant ? Nous le réinvestissons dans le même compte d'assurance, mais dans une ou plusieurs autres formes d'investissement (cash-in-flow, switch-in).

La valorisation des flux financiers sortants et entrants du switch a lieu au plus tard trois jours ouvrables après le traitement administratif de notre demande. La date de traitement administratif du switch est la date à laquelle nous recevons la demande (ou la date ultérieure éventuellement mentionnée dans la demande de switch).

2. Fonctionnement du Scala Invest

2.1 Garanties

Le contrat comprend par défaut les garanties suivantes :

- Garanties principales en cas de vie et de décès
 - En cas de vie à la date terme du contrat : la valeur de votre réserve (voir 1.3)
 - En cas de décès avant la date terme du contrat : la valeur de la réserve du contrat.
- Garantie exonération de prime supplémentaire en cas d'incapacité de travail

En outre, vous pouvez souscrire, en option, un capital supplémentaire en cas de décès (branche 21) :



- soit à un montant déterminé, avec comme minimum le montant total des réserves du contrat ;
- soit à un montant déterminé, quel que soit le montant des réserves du contrat.

2.2 Primes personnelles

Le Scala Invest consiste uniquement en un contrat personnel. Celui-ci est constitué des primes à charge du preneur d'assurance.

2.3 Assuré

L'assuré est la personne physique dans le chef de laquelle la garantie a été souscrite, telle que stipulée dans le contrat.

2.4 Preneur d'assurance

Le preneur d'assurance est la personne physique qui conclut le contrat avec nous et paie les primes.

2.5 Bénéficiaires

- Couverture en cas de vie : l'assuré de votre contrat vit-il encore à la date terme ? Dans ce cas, le bénéficiaire en cas de vie reçoit la valeur nette du contrat.
- Couverture en cas de décès : l'assuré est-il décédé avant la date terme de votre contrat ? Dans ce cas également, le bénéficiaire en cas de décès reçoit la valeur nette du contrat.

Vous pouvez désigner un ou plusieurs bénéficiaires, soit conjointement, soit dans un ordre déterminé par vos soins. Souhaitez-vous modifier ou révoquer ce choix ? Envoyez alors une demande écrite, signée et datée à votre intermédiaire en assurances.

Nous confirmons la modification ou la révocation avec un nouveau certificat personnel.

Dès que les prestations assurées de votre contrat deviennent exigibles, nous devons pouvoir identifier le bénéficiaire. À cette fin, il faut que :

- Soit le bénéficiaire ait été désigné par son nom et son prénom et d'autres précisions, comme la date de naissance et l'adresse.



- Soit le bénéficiaire ait été décrit de manière générique (p. ex. : le conjoint ou partenaire assimilé, les enfants, etc.). Dans ce cas, il faut que la description générique soit suffisamment spécifique pour éviter les contestations (p. ex. insuffisant : mon meilleur ami, mon amie, mon neveu s'il y a plus de 1 neveu, etc.).

Supposons que vous n'ayez pas désigné de bénéficiaire, qu'il soit décédé ou que nous ne puissions pas y donner suite parce que vous avez, par exemple, révoqué votre choix. Dans ce cas, les prestations assurées vous reviennent ou, en cas de décès du preneur d'assurance, entrent dans votre succession.

Chaque bénéficiaire peut accepter l'attribution bénéficiaire moyennant votre approbation. Cette acceptation n'est officielle qu'après confirmation par un nouveau certificat personnel.

Le bénéficiaire a-t-il accepté ? Dans ce cas, vous ne pouvez plus révoquer cette décision et désigner un nouveau bénéficiaire sans l'accord du bénéficiaire acceptant. Vous ne pouvez pas non plus racheter ou utiliser le contrat comme garantie sans l'accord du bénéficiaire acceptant. Vous avez toutefois le droit de cesser les paiements de la prime.

2.6 Paiement de la prime

Votre contrat prend cours à la date de début mentionnée dans le certificat personnel, mais au plus tôt au moment où nous recevons votre premier paiement de prime.

Le paiement de la prime peut être unique, périodique ou complémentaire. Le versement net est le montant que nous investissons – après retenue d'éventuels frais d'entrée et taxes – dans les fonds de la branche 23 que vous avez choisis. Nous le faisons selon la clé de répartition que vous avez choisie.

Important : la clé de répartition choisie pour les versements périodiques ou uniques peut différer de celle des versements complémentaires.

Les versements sur ce contrat sont facultatifs.

Vous versez directement sur notre compte depuis un compte bancaire belge dont vous êtes le (co)titulaire.

2.7 Mise en gage

Le contrat peut être donné en gage.



2.8 Cessation / rachat

2.8.1 Cessation (du paiement de la prime) du contrat

Vous pouvez arrêter votre versement de prime à tout moment. Soit vous-même, soit via votre intermédiaire en assurances qui nous le communique par une demande écrite, signée et datée.

La conséquence de la cessation est que la couverture « exonération de prime en cas d'incapacité de travail » est terminée, à l'exception de la couverture optionnelle « capital décès ».

Dispositions particulières pour la couverture « capital décès » :

Nous soustrayons des réserves de risque et d'épargne du contrat les primes nécessaires au maintien de la couverture « capital décès » dans la dernière situation assurée. De cette manière, la couverture « capital décès » reste garantie même si vous avez mis fin au paiement de la prime dans votre contrat. Après épuisement des réserves, nous mettons fin à cette couverture.

Si vous choisissez également de mettre fin à la couverture « capital décès » au moment où vous mettez fin au paiement de la prime dans votre contrat, vous ou votre intermédiaire en assurances devez nous en informer par écrit.

2.8.2 Rachat des réserves

2.8.2.1 Versement de la valeur de rachat

Vous pouvez demander à tout moment le rachat partiel ou total de votre contrat (voir 1.7.2).

2.8.2.2 Versement de la valeur de rachat à un tiers

Le droit de rachat est cédé à un tiers dans le cadre d'une prise en gage ? Dans ce cas, les modalités en sont fixées dans l'avenant de mise en gage.

2.8.3 Indemnité en cas de vie

Le contrat arrive à terme et vous souhaitez l'indemnité ? Dans ce cas, nous payons la valeur de la réserve au bénéficiaire en cas de vie.



Si vous souhaitez prolonger votre date terme dans votre contrat, vous pouvez vous adresser à votre intermédiaire en assurances qui nous contactera.

Les paiements vers des comptes bancaires étrangers sont soumis aux restrictions découlant des régimes internationaux et nationaux de sanctions et d'embargo.

2.9 Législation applicable

Un litige survient concernant l'exécution ou l'interprétation de votre contrat ? Dans ce cas, il relève exclusivement de la compétence des tribunaux belges et le droit belge s'applique – même pendant la phase précontractuelle.

2.10 Bonne foi, équité et caractère raisonnable

Existe-t-il des matières qui ne sont pas explicitement prévues dans le contrat ou qui sont sujettes à interprétation ? Dans ce cas, le preneur d'assurance règle ces matières dans le respect de la loi, dans les limites et dans le respect de la bonne foi, de l'équité, du caractère raisonnable et de l'esprit du contrat. Si nous sommes parties intéressées dans ce cadre, cela se fait toujours en concertation.

3. Couvertures en cas de décès et d'incapacité de travail

3.1 Couverture en cas de décès

3.1.1 Prestation en cas de décès

3.1.1.1 Description de la couverture

Vous décédez pendant la période de couverture ? Dans ce cas, nous versons le montant convenu aux bénéficiaires.

3.1.1.2 Montant de la prestation de décès

Le montant assuré en cas de décès est mentionné sur le certificat personnel. Il correspond :

- soit au montant total des réserves du contrat ;
- soit à un capital minimum en fonction des réserves;
- soit à un capital déterminé, quel que soit le montant des réserves du contrat.



Le capital à verser est le montant assuré à la date du décès. Pour la partie du montant qui dépend des réserves, nous déterminons ce montant sur la base du nombre d'unités et des valeurs unitaires des fonds choisis à la date du décès (en cas de déclaration tardive du décès : voir 3.1.3). Il n'y a pas de participation bénéficiaire en cas de décès.

Si le capital décès assuré est un montant déterminé, avec comme minimum le montant total des réserves du contrat, le capital décès assuré est diminué du montant racheté en cas de rachat.

3.1.2 Portée de la couverture en cas de décès

3.1.2.1 Période de couverture

La période de couverture commence et se termine comme prévu dans les conditions particulières ou sur le certificat personnel. Sauf mention contraire, la période de couverture commence au plus tôt à la date de paiement de la première prime ou de la prime unique. Il s'agit de la date valeur de cette prime sur notre compte bancaire. La période de couverture prend fin à la date terme ou plus tôt en cas de réduction ou de résiliation de l'assurance.

3.1.2.2 Étendue géographique

Les couvertures en cas de décès sont valables dans le monde entier.

3.1.2.3 Risques exclus en matière de décès

Certains risques sont exclus dans le cadre de la garantie principale décès. Tel est le cas lorsque le décès est la conséquence directe ou indirecte :

- d'un suicide

(Sauf si celui-ci est commis au moins un an après l'entrée en vigueur ou la remise en vigueur du contrat d'assurance ou l'augmentation des prestations assurées non prévue à partir du début du contrat. Dans ce cas, l'exclusion ne vaut que pour la prestation sur laquelle porte la remise en vigueur ou l'augmentation) ;

- d'un crime ou délit, de paris ou défis commis intentionnellement par l'assuré en tant qu'auteur ou coauteur ;



- d'un accident impliquant un aéronef dans lequel vous avez embarqué en tant que passager ou membre d'équipage, sauf s'il s'agit d'un vol régulier de ligne ou charter à caractère non militaire ;
- d'émeutes, troubles civils, grèves et tout acte de violence collective à caractère politique, idéologique ou social, accompagné ou non de rébellion contre les autorités, sauf si les bénéficiaires prouvent que vous :
 - n'y avez participé activement d'aucune manière ;
 - vous vous trouviez en état de légitime défense ;
 - n'êtes intervenu qu'en tant que membre du pouvoir utilisé par les autorités pour maintenir l'ordre ;
- d'une guerre civile

(Si vous décédez dans un pays étranger où des hostilités sont en cours, nous distinguons deux cas :

1. Le conflit éclate pendant votre séjour : la couverture s'applique si vous ne participez pas activement aux hostilités.
2. Vous vous rendez dans un pays en proie à un conflit armé : nous n'accordons de couverture que moyennant le paiement d'une surprime, notre accord écrit et si vous ne participez pas activement aux hostilités) ;

3.1.2.4 Prestations en cas de décès à la suite d'un risque exclu

Que se passe-t-il si vous décédez à la suite d'un risque exclu ? Dans ce cas, nous versons au(x) bénéficiaire(s) au maximum les autres réserves du contrat sur la base du nombre d'unités et des valeurs unitaires des fonds choisis à la date du décès.

3.1.3 Déclaration d'un sinistre

La déclaration mentionne :

- le lieu ;
- la date ;
- l'heure ;



- les circonstances du décès.

Il en va de même pour l'accident qui a causé le décès. Nous devons en outre connaître la nature de l'accident et l'identité des témoins éventuels.

Pour la déclaration du décès ou d'un accident mortel, nous utilisons un formulaire type. Nous devons le recevoir au plus tard dans les 30 jours suivant le décès. Déclaration tardive ? Dans ce cas, nous pouvons réduire notre intervention dans la couverture « capital décès ». Le critère est ici le préjudice que nous avons subi. Celui-ci découle de l'évolution négative éventuelle des valeurs unitaires depuis la date du décès. Ces valeurs se rapportent aux réserves liées à la forme d'investissement de la Branche 23.

Nous disposons également d'un formulaire type pour le certificat médical et la mention de la cause du décès. Si nécessaire, nous demandons des documents supplémentaires.

Important : les bénéficiaires doivent demander à tout médecin ayant dispensé des soins au défunt de fournir les renseignements demandés à notre médecin-conseil. Ils ne le font pas ? Dans ce cas, nous refusons notre intervention.

Il en va de même lorsque nous constatons de faux certificats ou déclarations. Ou si des faits ou circonstances importants sont délibérément dissimulés. Dans ce cas également, nous pouvons refuser notre intervention. Nous avons déjà effectué un versement ? Dans ce cas, les bénéficiaires doivent nous rembourser cette somme, majorée des intérêts légaux.

Nous constatons qu'un bénéficiaire a intentionnellement provoqué ou incité le décès ? Dans ce cas, nous ne pouvons pas être obligés de verser une prestation d'assurance à cette personne.

3.2 Couvertures en cas d'incapacité de travail

3.2.1 Exonération de prime

3.2.1.1 Description de la couverture

Que prévoit la couverture « exonération de prime en cas d'incapacité de travail » à la suite d'une cause couverte? Dans ce cas, elle prévoit un remboursement de vos primes par nos soins si vous êtes en incapacité de travail à la suite d'un accident ou d'une maladie. Tant votre prime de pension que les primes de vos garanties complémentaires sont alors remboursées.



Votre couverture d'exonération de prime commence :

- Après une période d'attente de 1 an à compter de la souscription du contrat;
- dès l'expiration du délai de carence ;
- pendant la période d'incapacité de travail ;
- et ce, au plus tard jusqu'à la fin de la période d'indemnisation.

Le montant assuré de la couverture « exonération de prime en cas d'incapacité de travail » est égal à la somme des primes pour toutes les garanties assurées.

La rente effectivement octroyée pour la couverture « exonération de prime en cas d'incapacité de travail » est égale au montant assuré, compte tenu du degré d'incapacité de travail.

3.2.1.2 Incapacité de travail

Quand est-il question d'incapacité de travail ? Lorsque vous atteignez le seuil d'incapacité de travail. Ce seuil est le degré d'incapacité de travail minimal pour pouvoir parler d'incapacité de travail.

Quel degré d'incapacité de travail prenons-nous en considération ? Le degré d'incapacité de travail effectif, diminué du degré d'incapacité de travail résultant ou lié à une cause non couverte (voir aussi 3.2.1.3), à un risque exclu (voir aussi 3.2.2.4) et/ou à une maladie ou affection préexistante non couverte (voir aussi 3.3.2).

Le degré d'incapacité de travail représente la mesure dans laquelle votre aptitude au travail est réduite. Cela peut être la conséquence d'une invalidité physiologique ou psychologique, à savoir une altération de votre intégrité physique ou psychique. Le degré d'incapacité de travail tient compte de votre impossibilité totale ou partielle d'exercer une activité professionnelle compatible avec vos connaissances, compétences et antécédents professionnels. Cette situation est temporaire ou permanente. La situation économique générale ou un autre critère économique n'a aucune influence à cet égard.

Notre médecin-conseil détermine le degré d'incapacité de travail de manière autonome et indépendante de la décision de la sécurité sociale ou d'une autre institution.

Quel degré d'incapacité de travail appliquons-nous?

- au moins 67 % ? Dans ce cas, vous recevez une prestation complète ;



- de 25 % à de 67 % ? Dans ce cas, nous adaptons le montant de la rente en fonction du degré d'incapacité de travail ;
- moins de 25 % ? Dans ce cas, aucune prestation n'est prévue.

3.2.1.3 Causes d'incapacité de travail couvertes

L'incapacité de travail couverte peut être la conséquence d'un accident et/ou d'une maladie.

3.2.1.3.1 Accident

Quelle est la définition d'un accident ? Un accident est une action soudaine d'une force extérieure sur votre organisme, indépendante de votre volonté, qui provoque une altération de votre intégrité physique.

Ne sont pas un accident :

- les maladies et lésions corporelles causant directement ou indirectement l'accident (comme les accidents vasculaires cérébraux ou l'épilepsie) ;
- les conséquences d'interventions chirurgicales non liées à l'accident ;
- les contaminations, intoxications et empoisonnements qui ne sont pas la conséquence de l'accident.

Nous considérons toutefois comme un accident :

- l'inhalation accidentelle de gaz ou de vapeurs ou l'absorption accidentelle de substances toxiques ;
- une noyade ;
- un empoisonnement du sang résultant directement d'une lésion externe ;
- les morsures d'animaux et piqûres d'insectes ;
- un coup de la foudre

3.2.1.3.2 Maladie

Une maladie est :

- une détérioration de l'état de santé ;
- établie par un diagnostic médical ;
- qui n'a pas été causée par un accident ;
- et qui présente des symptômes objectifs.

Une grossesse pathologique est une complication d'une grossesse consécutive à une maladie ou une anomalie. Le médecin atteste que vous devez arrêter de travailler.

Nous considérons une grossesse pathologique comme une maladie. Exception : si vous êtes déjà enceinte au moment de votre affiliation, nous considérons cela comme une préexistence et vous n'êtes pas couverte pour cette grossesse.

3.2.1.4 Période de versement

Nous sommes redevables de la rente d'incapacité de travail à partir de l'expiration du délai de carence. Celui-ci court à partir du début de votre incapacité de travail. Vous pouvez également prévoir un délai de carence « avec rachat ». Dans ce cas, nous versons la rente avec effet rétroactif à partir du début de votre incapacité de travail. Condition : vous êtes toujours en incapacité de travail au terme de ce délai de carence avec rachat. Le délai de carence (avec ou sans « rachat ») est mentionné dans le certificat personnel. Nous versons la rente d'incapacité de travail jusqu'à la fin de la période de versement ou jusqu'à votre décès. La période de versement exprimée en une durée commence à la date de début de l'incapacité de travail (et donc pas à partir de l'expiration du délai de carence) et expire à l'âge (limite) ou au moment où vous prenez votre pension complémentaire. Une date terme (générale) est prévue ? Dans ce cas, la période de versement prend fin à la date terme.

3.2.1.5 Rechute

Le degré d'incapacité de travail repasse à au moins 25 % après être tombé sous 25 % ? Et est-ce la conséquence du même accident ou de la même maladie ? 3 situations sont alors possibles concernant le délai de carence, le profil de progression éventuel et les versements :

- 1) Cela arrive dans les 14 jours : nous considérons alors cette incapacité de travail comme une poursuite de la première incapacité de travail.



- 2) Cela arrive après 14 jours, mais dans les 60 jours : nous les suspendons pendant la période entre ces deux dates.
- 3) Cela arrive après 60 jours : nous considérons cela comme un nouveau sinistre.

Une incapacité de travail supplémentaire se produit pour une autre raison pendant le délai de carence ou au cours du paiement des prestations assurées ? Dans ce cas, nous appliquons un nouveau délai de carence pour les éventuelles prestations assurées complémentaires.

3.2.2 Portée de la couverture exonération de prime

3.2.2.1 Période de couverture

La période de couverture commence un an après la date d'affiliation prévue dans le certificat personnel.

La couverture prend fin au plus tard à la date prévue respectivement dans le certificat personnel (avec un maximum du dernier jour du mois au cours duquel vous atteignez l'âge de 67 ans), et en cas de résiliation de l'assurance.

3.2.2.2 Étendue géographique

La couverture en cas d'incapacité de travail est valable dans le monde entier. Toutefois, nous devons pouvoir effectuer à tout moment les contrôles médicaux et réels nécessaires sans frais supplémentaires ni difficultés majeures.

3.2.2.3 Affections psychiques

3.2.2.3.1 Affections psychiques à intervention illimitée

Seules les affections psychiques qui répondent à toutes les conditions ci-dessous sont indemnisées sans limitation supplémentaire de la période d'indemnisation pour la couverture exonération de prime:

- un psychiatre agréé a posé le diagnostic de manière formelle ;
- le diagnostic répond aux critères de la version la plus récente du référentiel international DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ;
- l'affection figure dans la liste limitative suivante :
 - Dépression majeure
 - Trouble bipolaire
 - Trouble psychotique
 - Trouble dissociatif

- Trouble obsessionnel-compulsif
- Anorexie mentale
- Boulimie mentale
- Trouble de stress post-traumatique
- Schizophrénie

3.2.2.3.2 Autres affections psychiques

Par dérogation au point 3.2.1.4, l'incapacité de travail résultant d'un burn-out ou d'autres affections psychiques ne répondant pas aux conditions décrites au point 3.2.2.3.1 n'est couverte que pour une durée maximale de 2 ans et pour autant que le diagnostic ait été posé par un rapport médical décrivant les circonstances de l'affection, établi par un médecin. Cette limite de 2 ans n'est pas calculée par sinistre, mais cumulativement avec tous les sinistres survenus précédemment pendant la période de couverture. Le délai d'attente de 1 an n'est pas d'application en cas d'hospitalisation psychiatrique (à l'exception du traitement de jour).

3.2.2.4 Risques exclus

Nous n'accordons pas de couverture si l'incapacité de travail est la conséquence directe ou indirecte de :

- une tentative de suicide

(Sauf si celle-ci est commise au moins un an après l'entrée en vigueur ou la remise en vigueur du contrat d'assurance ou l'augmentation des prestations assurées non prévue dès le début du contrat. Dans ce cas, l'exclusion ne vaut que pour la prestation sur laquelle porte la remise en vigueur ou l'augmentation) ;

- un crime, un délit, un pari ;
- d'émeutes, troubles civils, grèves et tout acte de violence collective à caractère politique, idéologique ou social, accompagné ou non de rébellion contre les autorités, sauf si les bénéficiaires prouvent que vous :
 - n'y avez participé activement d'aucune manière ;
 - vous vous trouviez en état de légitime défense ;



- n'êtes intervenu qu'en tant que membre du pouvoir utilisé par les autorités pour maintenir l'ordre ;

- de guerre civile

(Si vous décédez dans un pays étranger où des hostilités sont en cours, nous distinguons deux cas :

1. Le conflit éclate pendant votre séjour : la couverture s'applique si vous ne participez pas activement aux hostilités.

2. Vous vous rendez dans un pays en proie à un conflit armé : nous n'accordons de couverture que moyennant le paiement d'une surprime, notre accord écrit et si vous ne participez pas activement aux hostilités) ;

- les activités professionnelles d'acrobates, dompteurs, plongeurs, boxeurs, lutteurs, catcheurs... qui impliquent la mise hors de combat d'un adversaire, ainsi que les bûcherons, élagueurs et pompiers ;
- toute profession impliquant l'une des activités mentionnées ci-après : escalade de toitures, d'échelles de plus de 4 mètres, d'échafaudages, montage et démontage d'échafaudages, descente dans des puits, mines ou carrières, travaux sur chantiers de démolition, installations électriques à haute tension, utilisation, transport, manipulation et fabrication de feux d'artifice, explosifs ou produits corrosifs, activités professionnelles de la navigation aérienne ou maritime, utilisation de rayons X ou de radio-isotopes ;
- la pratique de tout sport dangereux tel que le yachting en mer au-delà de 3 milles marins de la côte, l'alpinisme, la spéléologie, la boxe, le karaté, le jiu-jitsu, la lutte ou tout sport impliquant la mise hors combat d'un adversaire, la chasse, la bobsleigh, la plongée sous-marine, le parachutisme, le saut en parachute, le skeleton, le saut à ski, le saut d'obstacles, le rugby, la nage ou la plongée avec une bouteille d'oxygène autonome, le saut sur trampoline, le rafting, le saut à l'élastique, le deltaplane, l'ulm, tout sport de compétition avec des animaux ou des bateaux, motos, voitures ou tout autre véhicule présentant des risques similaires ;
- la participation à des courses, concours et épreuves de vitesse, ainsi qu'aux entraînements y afférents ou à l'occasion de paris et de défis ;

- l'ivresse ou l'intoxication alcoolique punissable selon le code de la route le jour où le sinistre se produit, ou une intoxication similaire résultant de la consommation de drogues ou d'hallucinogènes ;
- l'alcoolisme, la toxicomanie, la consommation excessive de médicaments ou de toute autre drogue, stupéfiants ou substances psychoactives non prescrites pour des raisons médicales ;
- un acte intentionnel commis par vous-même, le preneur d'assurance ou toute (autre) personne ayant un intérêt à notre intervention ;
- les traitements que vous avez pris vous-même, sauf les actes de soins personnels normaux ;
- un traitement esthétique (sauf chirurgie reconstructive de lésions que vous avez subies lors d'un sinistre couvert) ;
- les lésions physiologiques dont les symptômes sont apparus avant la conclusion du contrat et qui ont été constatées par diagnostic médical avant la conclusion du contrat ou l'extension éventuelle des garanties ou dans les deux années suivantes.

3.2.3 Déclaration d'un sinistre et suivi médical

Pour la déclaration d'un sinistre en cas d'incapacité de travail, nous utilisons un formulaire type. Nous devons le recevoir au plus tard dans les 30 jours suivant la survenance du sinistre. Déclaration tardive ? ? Dans ce cas, nous pouvons réduire notre intervention. Sauf si vous prouvez que la déclaration tardive est due à un cas de force majeure.

Vous joignez à la déclaration tous les documents originaux, attestations et rapports démontrant l'existence et la gravité du sinistre. Si nécessaire, nous demandons des documents supplémentaires.

Obligations importantes

- Toutes les parties prenantes doivent apporter toute leur collaboration afin que nous puissions effectuer les examens et contrôles le plus rapidement possible.
- Vous devez demander à tout médecin qui vous a fourni des soins de transmettre les renseignements demandés à notre médecin-conseil. Cela vaut tant pour la survenance de l'incapacité de travail que pour son suivi médical ultérieur.



- Vous devez prendre au plus vite toutes les mesures pour accélérer votre guérison.
- Vous devez suivre les traitements médicaux prescrits.

Vous ne remplissez pas l'une de ces obligations ? Nous pouvons alors refuser ou interrompre notre intervention, en tout ou en partie. Cela vaut également si :

- vous ne suivez pas de traitement approprié en fonction de votre état de santé et agréé par le corps médical ;
- vous arrêtez le traitement sans avis médical ou si vous ne suivez pas correctement le traitement.

Lors du versement d'une rente d'incapacité de travail, vous pouvez faire revoir le degré d'incapacité de travail. Nous avons également ce droit. Vous devez nous signaler spontanément dans les 15 jours toute modification de votre état de santé entraînant une diminution du degré d'incapacité de travail. Vous ne le faites pas ? Dans ce cas, nous réclamerons toute somme indûment versée, majorée des intérêts légaux.

Il en va de même lorsque nous constatons de faux certificats ou déclarations. Ou si des faits ou circonstances importants sont délibérément dissimulés. Dans ce cas également, nous pouvons refuser notre intervention. Nous avons déjà effectué un versement ? Dans ce cas, nous réclamons cette somme, majorée des intérêts légaux.

3.3 Dispositions générales

3.3.1 Fourniture correcte des données

Une couverture est-elle conclue, augmentée ou remise en vigueur ? Dans ce cas, le preneur d'assurance et le(s) assuré(s) doivent communiquer toutes les données qui ont une influence sur l'évaluation des risques par nos soins. Pensez aux données relatives à l'activité professionnelle, aux sports exercés et aux autres activités, aux maladies et affections qui avaient déjà été diagnostiquées ou dont il existait au moins des symptômes.

La date de naissance indiquée de l'assuré est incorrecte ? Nous pouvons alors adapter les primes et/ou la prestation d'assurance (éventuellement aussi rétroactivement) en fonction de la date de naissance correcte.

En cas d'autres omissions ou déclarations inexactes non intentionnelles, nous appliquons les dispositions légales :



- pendant la première année suivant la conclusion du contrat ;
- après l'entrée en vigueur d'une augmentation non convenue initialement (en ce qui concerne cette augmentation) ;
- respectivement après la remise en vigueur de la couverture « capital décès ».

Il est question de fraude, d'omission intentionnelle ou de déclaration inexacte intentionnelle ? Nous annulons alors la couverture. Les primes échues jusqu'au moment où nous en prenons connaissance nous reviennent. La législation prévoit également des sanctions pouvant aller jusqu'au refus d'intervention de notre part, selon la situation.

3.3.2 Acceptation des couvertures de risques et maladies et affections préexistantes

Les couvertures de risques et toute augmentation de leur montant assuré nominal sont soumises à nos critères généraux d'acceptation :

- finançabilité structurelle des couvertures au regard du budget de la prime et du montant des réserves déjà constituées ;
- résultat favorable des formalités et/ou examens médicaux ;
- complémentarité de certaines couvertures de risques ;
- couvertures maximales, sur-assurance, antisélection, limites fiscales, disposition relative aux données de calcul nécessaires, etc.

Les couvertures de risques ne sont assurées que si elles figurent sur le certificat personnel ou dans une autre confirmation écrite de notre part.

3.3.3 Règlement pour les maladies et affections existantes

Les déclarations, les formalités médicales et/ou les examens mentionnent une maladie ou affection existante ? Ou les mettent en évidence, sur la base de symptômes ou non ? Dans ce cas, cette maladie ou affection est couverte (sauf si nous notifions par écrit que nous n'accordons pas de couverture pour la maladie ou l'affection).

Nous imputons une surprime pour une couverture ? Ou nous refusons une couverture en tout ou en partie (par exemple, pour une maladie ou affection déterminée) ? Dans ce cas, nous appliquons également cette surprime et/ou ce refus à toute augmentation ultérieure de la couverture.

2.3.4 Détermination et modification des couvertures de risques par nos soins

La réserve de risque est insuffisante pour pouvoir financer les couvertures de risques ? Dans ce cas, nous réduisons le montant souhaité ou effectivement assuré. Dans ce cadre, nous donnons la priorité à la souscription ou au maintien des couvertures de risques (minimum) devant obligatoirement être souscrites. Nous réduisons également uniquement les couvertures pour lesquelles nous ne pouvons utiliser qu'une partie maximale du budget de la prime. En outre, nous adaptons également les montants assurés (et les modulations) des couvertures de risques sur le certificat personnel.

2.3.5 Modification du degré de risque

Lors de l'acceptation d'une couverture de risques ou du calcul du tarif, tenons-nous compte de certaines caractéristiques de l'assuré (comportement tabagique, activité professionnelle, statut social, sports exercés, résidence, etc.) ? Dans ce cas, toute modification doit nous être communiquée par écrit dans les 30 jours. Cette communication obligatoire ne s'applique pas en cas de diminution du risque concerné. Un assuré est non fumeur s'il n'a pas fumé du tout depuis au moins 1 an et a l'intention de ne plus fumer.

L'aggravation ou la réduction du risque est telle que nous aurions accordé cette couverture à d'autres conditions ? Dans ce cas, nous proposons d'adapter les conditions de la couverture dans un délai de 1 mois à compter de la notification précitée. Cette adaptation prend effet à la date de l'aggravation du risque ou à la date à laquelle nous avons eu connaissance de la diminution du risque.

En cas d'aggravation du risque, notre proposition n'est pas acceptée dans un délai de 1 mois après réception ? Dans ce cas, nous pouvons résilier la couverture par lettre recommandée dans les 15 jours. Pouvons-nous toutefois apporter la preuve que nous n'aurions pas accordé la couverture dans les circonstances modifiées ? Dans ce cas, nous pouvons résilier la couverture par lettre recommandée dans un délai de 1 mois après le jour où nous avons eu connaissance de l'aggravation.

Un sinistre survient avant que l'aggravation du risque ne soit signalée ? Dans ce cas, nous réglons le versement sur la base des prestations qui auraient été assurées avec la prime réellement payée, compte tenu des caractéristiques modifiées du risque. Pouvons-nous toutefois apporter la preuve que nous n'aurions pas accordé la couverture dans les circonstances modifiées ? Dans ce cas, nous limitons la prestation au remboursement de toutes les primes payées pour le risque. La non-communication d'une aggravation du



risque se fait dans une intention frauduleuse ? Dans ce cas, nous pouvons refuser le versement. Toutes les primes déjà échues au moment où nous avons connaissance de la dissimulation frauduleuse nous reviennent à titre de dommages et intérêts.

Les dispositions du présent point ne s'appliquent pas en cas de changement de l'état de santé de l'assuré. En ce qui concerne les couvertures en cas d'incapacité de travail, elles ne s'appliquent que dans le respect des restrictions légales contraignantes spécifiques en matière d'« assurances maladie ».

3.3.6 Secret médical

L'assuré autorise expressément chaque médecin à délivrer à notre médecin-conseil une déclaration dûment complétée concernant la cause du décès et ce, selon le modèle que nous avons établi.

2.3.7 Couverture du risque de terrorisme

Qu'entendons-nous par terrorisme ?

Une action ou menace d'action à des fins idéologiques, politiques, ethniques ou religieuses, exécutée individuellement ou en groupe, impliquant des violences sur des personnes ou la destruction totale ou partielle de la valeur économique d'un bien corporel ou incorporel, soit pour impressionner l'opinion publique, créer un climat d'insécurité ou faire pression sur les pouvoirs publics, soit pour entraver la circulation ou le fonctionnement normal d'un service ou d'une entreprise.

Nous couvrons les dommages causés par le terrorisme et est membre de l'asbl TRIP (Terrorism Reinsurance and Insurance Pool -www.tripvzw.be). Cette ASBL doit aider à faire face aux conséquences d'un acte terroriste en fonction des garanties accordées par ses membres (entreprises d'assurances). Les entreprises d'assurances se répartissent les charges entre elles et un mécanisme de solidarité assure une protection supplémentaire par la mise en commun des ressources du monde de l'assurance et des pouvoirs publics. En cas d'attentat, les assureurs s'assisteront d'abord mutuellement pour pouvoir indemniser les assurés touchés. Si les dommages sont très importants, l'État apportera également son aide.

L'exécution de toutes les obligations de toutes les entreprises d'assurances membres de cette ASBL est limitée à 1 milliard d'euros par année civile pour les dommages causés par le terrorisme. C'est ce que prévoit la loi du 1er avril 2007 relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme. Ce montant est adapté le 1^{er} janvier de



chaque année en fonction de l'évolution de l'indice des prix à la consommation, sur la base de l'indice de décembre 2005.

Ce montant de base fait l'objet d'une modification légale ou réglementaire ? Le montant modifié est alors automatiquement d'application à partir de la première échéance suivant la modification (à moins que le législateur ne prévoit expressément un autre régime transitoire).

Le total des indemnités est supérieur au montant de base ? Une règle proportionnelle est alors appliquée : les indemnités à verser sont limitées à hauteur de la proportion entre le montant de base ou les moyens encore disponibles pour cette année civile et les indemnités à verser imputées à cette année civile.

Quand un événement répond-il à la définition du terrorisme ? C'est le Comité qui décide. Le Comité se compose de différents représentants des pouvoirs publics et de l'ASBL TRIP. Le Comité a pour mission de :

- Juger si un événement est considéré comme du terrorisme ;
- Fixer le pourcentage de versement.

Afin de ne pas dépasser le montant de base, ce Comité fixe le pourcentage de l'indemnisation que les entreprises d'assurances doivent verser. Le Comité prend cette décision au plus tard six mois après l'événement. Le Comité peut revoir ce pourcentage. Au plus tard le 31 décembre de la troisième année suivant l'année de l'événement, le Comité prend une décision définitive concernant le pourcentage de l'indemnisation à verser.

L'assuré ou le bénéficiaire ne peut prétendre à une indemnisation vis-à-vis de l'entreprise d'assurances qu'après la détermination du pourcentage par le Comité. L'entreprise d'assurances paie le montant assuré conformément au pourcentage fixé par le Comité.

4. Dispositions diverses

4.1 Nature des couvertures

Scala Invest est un produit d'assurance-vie individuelle non fiscal de branche 23. Par défaut, ce produit comprend une couverture vie et une couverture exonération de prime en cas d'incapacité de travail. En option, vous pouvez également souscrire un capital supplémentaire en cas de décès.



Bon à savoir :

- Le preneur d'assurance peut à tout moment, et indépendamment du déroulement du contrat principal, résilier les assurances complémentaires .
- Les conditions générales du contrat principal s'appliquent à titre supplétif aux assurances complémentaires.
- La cessation du paiement de la prime pour le contrat principal implique de plein droit la cessation du paiement de la prime pour les assurances complémentaires.
- Les assurances complémentaires n'ont pas de valeur de rachat, de réduction ou de conversion.

4.2 Identification du preneur d'assurance

Le preneur d'assurance :

- se soumet aux règles d'identification et de vérification d'identité prescrites par la législation relative à la prévention du blanchiment d'argent et du financement du terrorisme ;
- fournit sur demande toutes les données et documents que nous estimons nécessaires à cet effet et en vue de l'acceptation des clients et des transactions ;
- communique toujours et immédiatement de sa propre initiative par écrit les modifications apportées à ces données.

Le preneur d'assurance ne le fait pas ? Dans ce cas, nous refusons l'émission du contrat ou d'autres transactions sur un contrat en cours.

4.3 US Persons

Nous ne fournissons pas de services d'investissement liés à des fonds d'investissement aux US Persons. Nos produits Branche 23 ne sont pas enregistrés dans le Securities Act, ce qui signifie que ni nous, ni nos services d'investissement ne sommes sous le contrôle du régulateur américain.

Les personnes physiques suivantes sont considérées comme « US Persons » :

- les personnes qui possèdent la (première ou deuxième) nationalité des États-Unis ;

- Une personne physique, morale ou construction juridique résidant aux États-Unis d'Amérique (comme les titulaires d'une carte verte) ou qui y est établie (à l'exception d'une banque ou d'un courtier américain) ;
- dans certains cas, également des personnes physiques qui résident en dehors des États-Unis et des personnes morales ou constructions qui ne sont pas elles-mêmes établies aux États-Unis ; il s'agit de :
 - personnes physiques ayant une résidence secondaire aux États-Unis ;
 - filiales belges ou agences de personnes morales ou constructions juridiques américaines (sauf si tous les contacts relatifs au contrat et aux transactions se déroulent toujours en dehors des États-Unis) ;
 - personnes physiques, personnes morales ou constructions juridiques qui s'identifient comme US Person ;
 - personnes physiques, personnes morales ou constructions juridiques qui se font représenter pour une transaction par une personne physique, une personne morale ou une construction juridique résidant ou établie aux États-Unis ;
 - personnes physiques, morales ou constructions juridiques utilisant un compte bancaire, une adresse de boîte postale, une adresse e-mail ou un numéro de téléphone aux États-Unis.

Des données changent-elles de sorte que le client se qualifie en tant qu'US Person et qu'une relation (fiscale) avec les États-Unis se crée ? Dans ce cas, le client doit nous en informer immédiatement.

Un client se qualifie-t-il en tant qu'US Person pendant la durée du contrat ? Dans ce cas, nous limiterons nos services à l'exécution des transactions demandées concernant les contrats en cours que nous ne pouvons pas refuser et à la communication et la transmission d'informations que la loi nous impose.

4.4 Remise en vigueur

Le paiement de la prime pour un contrat est arrêté ? Dans ce cas, le preneur d'assurance peut le faire remettre en vigueur dans les 3 ans sur demande écrite. Cela vaut également en cas de rachat. Dans ce cas, le délai est ramené à 3 mois. En outre, les réserves rachetées doivent nous être remboursées (sans nouveaux frais d'entrée). Nous subordonnons la remise en vigueur des couvertures de risques à nos critères d'acceptation. La remise en vigueur prend cours à la date indiquée sur le nouveau certificat personnel émis.



4.5 Prestations

Nous pouvons demander des documents nécessaires pour chaque prestation et y subordonner la prestation.

Nous payons la prestation :

- après imputation des éventuelles retenues légalement obligatoires, frais, indemnités et autres sommes qui nous seraient encore dues ou à des tiers (comme un créancier gagiste) ;
- dans les 30 jours suivant la réception des documents demandés ;
- dans les 30 jours suivant la réception d'une quittance de règlement dûment complétée et signée, si demandée.

Nous ne sommes pas tenus de payer une prestation en cas de décès au bénéficiaire qui a causé ou incité intentionnellement le décès de l'assuré. Nous ne considérons alors pas cette personne comme un bénéficiaire.

Payons-nous une prestation trop tard en raison d'une circonstance indépendante de notre volonté ? Dans ce cas, nous ne versons pas d'intérêts.

4.6 Correspondance

Toute notification d'une partie à l'autre peut se faire par simple lettre, sauf disposition contraire de la législation. Nous pouvons également accepter d'autres formes, comme le fax et l'e-mail.

Bon à savoir :

- L'adresse valable est la dernière adresse communiquée entre les parties.
- L'envoi d'une lettre recommandée est prouvé par l'accusé de réception de la poste.

4.7 Modification des conditions générales

Nous pouvons modifier nos conditions générales :

- pour des motifs fondés (par exemple, dans le cadre d'une modification législative) ;
- compte tenu d'éventuelles restrictions contraignantes ;
- dans les limites de la bonne foi ;



- sans préjudice des caractéristiques essentielles du contrat.

Nous en informons le preneur d'assurance par écrit en mentionnant :

- la nature et les raisons des modifications apportées ;
- la date à laquelle les nouvelles conditions générales prennent effet.

4.8 Clauses non valables

Une clause est-elle contraire à une disposition impérative ? Le contrat reste quand même valable. La clause est alors remplacée par la disposition impérative méconnue.

4.9 Protection de la vie privée

Les données à caractère personnel que vous, en tant que personne concernée, nous communiquez, maintenant ou plus tard, sont traitées par NN Insurance Belgium sa, Avenue Fonsny 38 à 1060 Bruxelles, le responsable du traitement.

Vous pouvez joindre notre Data Protection Officer (DPO), notamment pour obtenir des informations complémentaires concernant le traitement de vos données à caractère personnel, comme suit : Data Protection Officer (DPO), Avenue Fonsny 38, 1060 Bruxelles ou dpo@nn.be.

Les bases juridiques ainsi que les finalités du traitement de vos données à caractère personnel (exceptées les données à caractère personnel concernant votre santé dont le traitement se fait sur base de votre consentement explicite) sont les suivantes :

- l'exécution de votre ou vos contrats d'assurance ou, des mesures précontractuelles, concernant la souscription du contrat et notamment la détermination et l'acceptation du risque, la gestion et l'exécution du contrat, la gestion des sinistres ainsi que le règlement de la prestation du contrat, y compris le cas échéant au profit d'un tiers;
- le respect d'obligations légales, entre autre la réglementation relative aux assurances, la directive sur la distribution d'assurances (IDD), la réglementation relative aux assurances dormantes, la réglementation relative à la prévention du blanchiment décapitaux et du financement du terrorisme et infractions apparentées, la Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), les Common Reporting Standards (CRS);
- les intérêts légitimes de NN Insurance Belgium sa, à savoir la fourniture et la gestion de services d'assurance en général, en ce compris l'amélioration des



couvertures souscrites, la gestion de notre fichier de clients et de vente, la prévention d'irrégularités (notamment, la prévention de et la lutte contre la fraude), le marketing direct de nos produits et leur promotion (sauf par email) et le traitement à des fins statistiques.

Les données à caractère personnel que vous nous fournissez dans le cadre de l'exécution du contrat ou de mesures précontractuelles et, du respect des obligations légales y relatives, sont nécessaires à la conclusion du contrat. À défaut de cette communication, il n'est pas possible de souscrire le contrat.

NN Insurance Belgium sa utilisera les données de la personne concernée pour vérifier si la demande répond à ses critères d'acceptation. Il peut être tenu compte, entre autres, d'un certain nombre de critères généraux (par exemple, votre âge, votre état de santé) et de critères liés à des restrictions légales ou fiscales (par exemple, le versement maximal (annuel) pour l'épargne-pension, etc.). De cette manière, NN Insurance Belgium sa garantit un service uniforme et objectif, quel que soit le canal de distribution choisi.

Vous trouverez plus d'informations à ce sujet dans la politique de segmentation (<https://www.nn.be/fr/a-propos-de-nn/ce-que-nous-faisons/politique-de-segmentation-nn>).

Les données à caractère personnel concernant la santé seront traitées avec discrétion et uniquement par les personnes habilitées, notamment le département médical et le service juridique.

Votre demande peut être traitée via un processus de prise de décision individuelle automatisé. Le traitement des données de santé est basé sur votre consentement explicite. Vous avez le droit de soumettre une demande au médecin conseil ou à son équipe médicale pour obtenir des explications, pour exprimer votre point de vue et pour éventuellement faire une objection.

NN Insurance Belgium sa peut également utiliser l'Intelligence Artificielle pour remettre la correspondance reçue par NN au service interne approprié.

Aux fins précitées et sur les bases juridiques y relatives, vos données à caractère personnel peuvent être transmises et traitées par les différents services de NN Insurance Belgium sa, les entités de NN Group NV, leurs représentants en Belgique, leurs correspondants à l'étranger, leurs réassureurs, leurs bureaux de règlement des sinistres, un expert, un avocat, un conseiller technique, aux partenaires de distribution, aux sous-



traitants et prestataires de services des entités du Groupe NN, aux sous-traitants et prestataires de services des partenaires de distribution, à toute personne ou entité qui introduit un recours ou contre laquelle un recours est introduit dans le cadre des contrats souscrits et, aux pouvoirs publics. Une liste actualisée des destinataires de vos données à caractère personnel est disponible sur demande auprès de notre DPO. Nous pouvons être amenés à devoir traiter vos données à caractère personnel pour la constatation, l'exercice ou la défense de droits en justice.

Vos données sont généralement traitées au sein de l'Union européenne (UE). Dans certains cas, les données à caractère personnel sont traitées en dehors de l'UE. Afin de garantir la sécurité de vos données à caractère personnel, nous prenons dans ces cas des mesures en concluant nous-mêmes des conventions dans lesquelles nous passons des accords comparables sur la sécurité des données à caractère personnel, donc comme nous le faisons au sein de l'UE.

Nous conservons vos données à caractère personnel le temps nécessaire à la poursuite des finalités

susmentionnées. Nous devons ainsi tenir compte des délais imposés par des dispositions légales ou réglementaires en matière de conservation des données à caractère personnel et/ou des documents (pré-)contractuels ainsi que des délais de prescription applicables en la matière compte tenu notamment des causes légales de suspension et d'interruption de cette prescription.

En cas de transfert des droits et obligations d'un portefeuille d'assurance de NN à un autre assureur (ou le cas échéant une institution de retraite professionnelle) et si votre contrat en fait partie, vos données à caractère personnel et, entre autres, vos données médicales peuvent être transférées vers cet assureur, qui agira alors en tant que nouveau responsable du traitement des données à caractère personnel.

Vous disposez des droits suivants à l'égard de vos données à caractère personnel :

- le droit d'accès ;
- le droit de rectification ;
- le droit à la limitation de leur traitement, qui s'exerce sans préjudice au droit pour NN Insurance Belgium sa de conserver vos données à caractère personnel ou encore, du traitement de ces données pour la constatation, l'exercice ou la défense de ses droits en justice ;



- le droit à la portabilité pour autant que le traitement soit basé sur l'exécution du contrat ou de mesures (pré-) contractuelles ;
- le droit de demander l'effacement pour autant que leur traitement soit basé, soit sur l'exécution du contrat ou de mesures (pré-) contractuelles, compte tenu cependant des obligations en matière de délais de conservation auxquels NN Insurance Belgium sa est soumis, soit sur l'intérêt légitime de NN Insurance Belgium sa s'il n'existe pas de motif légitime impérieux pour le traitement ;
- le droit de vous opposer au traitement de vos données à caractère personnel lorsque celui-ci est basé sur l'intérêt légitime de NN Insurance Belgium sa et pour autant, qu'il n'existe pas de motif légitime impérieux pour le traitement. Cependant, vous avez le droit de vous opposer à tout moment et sans justification au traitement de vos données personnelles à des fins de prospection (marketing direct) et au profilage associé ;
- le droit d'exprimer votre point de vue et de contester la décision automatisée dans la prise de décision individuelle automatisée. Bien que vous puissiez exercer ce droit à tout moment, cela peut entraîner un retard dans le traitement des données à caractère personnel et la conclusion du ou des contrats d'assurance.

Vous pouvez exercer les droits susmentionnés de manière gratuite en principe, en envoyant une demande datée et signée ainsi qu'une preuve d'identité à notre DPO. La question de savoir si vous pouvez ou non exercer vos droits dépend de la finalité du traitement et de la base juridique du traitement.

Vous avez une plainte concernant la manière dont NN Insurance Belgium sa gère vos données à caractère personnel ? Dans ce cas, contactez notre équipe Quality Care Center, Avenue Fonsny 38, 1060 Bruxelles ou via l'adresse plaintes@nn.be.

Vous pouvez aussi introduire une plainte auprès de l'Autorité de protection des données (contact@apd-gba.be ou via le site web (<https://www.autoriteprotectiondonnees.be/citoyen/agir/contact>)).

Vous pouvez consulter notre déclaration de vie privée complète via l'adresse suivante : <https://www.nn.be/fr/declaration-de-confidentialite>.

Cette information est basée sur le Règlement Général sur la Protection des données du 27 avril 2016, en vigueur depuis le 25 mai 2018.



4.10 Plaintes

4.10.1 Qui est compétent ?

Vous pouvez adresser toute plainte concernant un contrat Scala :

- en première instance, à NN Insurance Belgium SA, Quality Care Center, Avenue Fonsny 38, 1060 Bruxelles (plaintes@nn.be) ;
- en dernier ressort, à l'ombudsman des assurances, square De Meeus, 35 à 1000 Bruxelles. Site web : www.ombudsman-insurance.be - Email : info@ombudsman-insurance.b – Tél. +32 2 547 58 71.

Vous avez à tout moment le droit d'entamer une procédure judiciaire. En cas de litiges éventuels, seuls les tribunaux belges sont compétents.

4.10.2 Expertise médicale amiable

Existe-t-il une contestation sur des questions médicales ? Dans ce cas, celles-ci peuvent également être tranchées par une expertise médicale amiable (arbitrage). Chaque partie désigne alors son propre médecin. Condition : les parties marquent leur accord exprès et écrit à ce sujet au plus tôt au moment de la survenance du litige.

Les médecins ne parviennent pas à un accord ? Ils désignent alors un troisième médecin ou, à défaut de consensus, le président du tribunal de première instance compétent le fait. Ce collège statue à la majorité des voix. Cette décision est irrévocable.

Attention : les médecins ne peuvent pas déroger aux dispositions des conditions générales sous peine de nullité de leur décision.

Chaque partie paie les honoraires du médecin qu'elle a désigné. Les honoraires du troisième médecin éventuel sont payés par les parties à parts égales.

4.11 Conflits d'intérêts

La politique en matière de conflits d'intérêts est disponible auprès de NN Insurance Belgium SA et sur [https://www.nn.be/fr/politique en matiere de conflits d'intérêts](https://www.nn.be/fr/politique_en_matiere_de_conflits_dinterets).

4.12 Non-résidents

En ce qui concerne les personnes physiques, seules les personnes ayant leur résidence habituelle en Belgique peuvent souscrire un contrat Scala Invest. Toute personne qui



n'a pas son domicile officiel en Belgique, mais qui séjourne de facto habituellement en Belgique, doit en fournir la preuve au moyen de deux ou plusieurs des preuves suivantes :

- un contrat de bail ;
- des factures d'entreprises d'utilité publique ;
- la preuve qu'elle exerce ses activités professionnelles en Belgique ;
- la preuve que les enfants sont scolarisés en Belgique.
- La preuve d'inscription au registre de la population ou des étrangers n'est pas en soi une preuve suffisante, mais peut renforcer les autres preuves.

Si un preneur d'assurance devient un non-résident au cours du contrat, des restrictions seront imposées au contrat. Celles-ci impliquent :

- qu'aucune augmentation de primes ou versements supplémentaires ne sont possibles, à l'exception de l'adaptation de la couverture dans une assurance de groupe à la suite de l'indexation normale du salaire de référence d'un affilié ;
- que le contrat ne peut pas être prolongé et que de nouvelles couvertures ne peuvent pas y être ajoutées ;
- qu'aucun nouveau contrat ne peut être conclu.

Ces restrictions découlent des obligations légales liées à la libre prestation de services.

Dans des cas exceptionnels, plus précisément si le preneur d'assurance déménage ou est relocalisé dans un pays ou territoire faisant l'objet de sanctions nationales ou internationales, il est en outre possible que la prime en cours ne puisse plus être acceptée.

4.13 Le Point de contact central

Conformément à la loi du 8 juillet 2018 portant organisation d'un Point de contact central des comptes et contrats financiers (PCC), NN Insurance Belgium SA (responsable du traitement des données à caractère personnel) est tenue de signaler au PCC – une base de données centrale hébergée par la Banque nationale de Belgique – les données d'identification de ses clients et l'existence ou la fin de l'existence d'une relation contractuelle avec ses clients concernant certains contrats d'assurance-vie (branche 21, 23, 25 et 26). En outre, NN Insurance Belgium SA est également tenue de déclarer une fois par an le montant globalisé, c'est-à-dire la somme de toutes les réserves des



contrats d'assurance en cours au 31/12. Ces données seront stockées pendant 10 ans dans le PCC. Sous des conditions strictes, les personnes habilitées à recevoir l'information peuvent consulter le PCC afin de demander des données dans le cadre d'une enquête fiscale, de la recherche d'infractions pénales, et cetera. Vous pouvez demander à la BNB un aperçu des données enregistrées dans le PCC et, en cas de données incorrectes, vous avez droit à la rectification et à la suppression de ces données. Pour de plus amples informations, vous pouvez consulter le site web www.nn.be/fr/pcc.

NN Insurance Belgium SA, entreprise d'assurances agréée par la BNB sous le numéro 2550 pour les Branches 1a, 2, 21, 22, 23, 25, 26 et prêteur en crédit hypothécaire agréé par la FSMA sous le numéro de code 0890270057.

Siège social : Avenue Fonsny 38, B-1060 Bruxelles, Belgique - RPM Bruxelles TVA BE 0890.270.057 - BIC : BBRUBEBB - IBAN : BE28 3100 7627 4220. - www.nn.be - FSMA: Rue du Congrès 12-14, 1000 Bruxelles, www.fsma.be. BNB: Strategy / F-10/2022 boulevard de Berlaimont 14, 1000 Bruxelles, www.nbb.be.