

Conditions Générales

- Pension Complémentaire Libre pour Indépendants (PCLI)
- Contrat INAMI
- Convention de pension pour travailleurs indépendants (CPTI)
- Assurances vie individuelles du troisième pilier de pension

Date : 01/10/2018 - Référence : CG_002_2018
Xerius Association d'Assurances Mutuelles
Agréée sous le numéro de code 1052

Brouwersvliet 4 boîte 4
2000 Anvers
www.xerius.be



Table des matières

1. Définitions	4
2. Principes de fonctionnement en matière de technique d'assurance	4
2.1 Contexte	4
2.2 Principes de fonctionnement.....	4
2.2.1 Le compte d'assurance	4
2.2.2 Couvertures de risque	4
2.3 Flux entrants ou attributions.....	5
2.3.1 Primes	5
2.3.2 Participation bénéficiaire	5
2.3.3 Transfert de la réserve	5
2.4 Flux sortants ou retraits.....	5
2.4.1 Primes de risque, cotisations de solidarité, frais et impôts	5
2.4.2 Liquidation des réserves	6
2.5 Gestion différenciée et contrats conjoints	7
2.5.1 Gestion différenciée	7
2.5.2 Contrats conjoints.....	7
2.6 Tarifs, frais et impôts	7
2.6.1 Primes de risque	7
2.6.2 Frais et impôts.....	8
2.6.3 Certificat Personnel	8
2.7 Avance	8
3. Couvertures.....	9
3.1 Capital de pension.....	9
3.2 Capital-décès	9
3.2.1 Description de la couverture « capital décès »	9
3.2.2 Montant du capital décès/de la couverture décès supplémentaire	9
3.2.3 Portée de la couverture « capital décès » et de la « couverture décès supplémentaire »	10
3.2.4 Déclaration de décès.....	10
3.3 Indemnités en cas d'incapacité de travail	11
3.3.1 Introduction.....	11
3.3.2 Rentes d'incapacité de travail	11
3.3.3 Capital incapacité de travail en cas d'accident	13
3.3.4 Étendue des couvertures en cas d'incapacité de travail.....	14
3.3.5 Déclaration de sinistre et suivi médical	15
3.4 Dispositions générales	15
3.4.1 Communication exacte des données, acceptation des couvertures de risque et affections préexistantes.....	15

3.4.2	Détermination et modification des couvertures de risque par l'assureur	16
3.4.3	Modification du risque	16
3.4.4	Secret médical.....	17
4.	Fonctionnement de la « pension complémentaire libre pour indépendants » (contrat PCLI)	17
4.1	Contexte	17
4.2	Entrée en vigueur/paiement des primes/échéance/âge de la pension	17
4.3	Droits de l'affilié	18
4.4	Acceptation de la désignation bénéficiaire.....	18
4.5	Non-paiement des primes/épuisement des réserves.....	18
4.6	Paiement par rente.....	19
4.7	Certificat Personnel et fiche de pension annuelle.....	19
4.8	Législation applicable.....	19
4.9	Contrat PCLI avec Régime de Solidarité (formules Xerius Relax4More et Xerius Relax4Life).....	19
4.10	Conversion entre les différents types de contrats PCLI.....	20
5.	Fonctionnement du « contrat INAMI »	20
5.1	Contrat INAMI.....	20
5.2	Entrée en vigueur/paiement des primes/échéance/âge de la pension	21
5.3	Droits de l'affilié	21
5.4	Acceptation de la désignation bénéficiaire.....	21
5.5	Non-paiement des primes/épuisement de la réserve	22
5.6	Paiement par rente.....	22
5.7	Certificat Personnel et fiche de pension annuelle.....	22
5.8	Régime de Solidarité	22
5.9	Législation applicable.....	23
6.	Fonctionnement de la « convention de pension pour travailleurs indépendants » (contrat CPTI).....	23
6.1	Contexte	23
6.2	Entrée en vigueur/paiement des primes/échéance/âge de la pension	23
6.3	Droits de l'affilié	24
6.4	Acceptation de la désignation bénéficiaire.....	24
6.5	Non-paiement des primes/épuisement des réserves.....	24
6.6	Paiement par rente.....	25
6.7	Certificat Personnel et fiche de pension annuelle.....	25
6.8	Législation applicable.....	25
7.	Fonctionnement des « assurances-vie individuelles du troisième pilier de pension »	25
7.1	Contexte	25
7.2	Entrée en vigueur/paiement des primes/échéance/âge de la pension	25
7.3	Droits de l'affilié	26
7.4	Acceptation de la désignation bénéficiaire.....	26

7.5	Non-paiement des primes/épuiement des réserves.....	26
7.6	Certificat Personnel et fiche de pension annuelle.....	26
7.7	Législation applicable.....	27
8.	Dispositions diverses.....	27
8.1	Nature juridique des couvertures.....	27
8.2	Remise en vigueur.....	27
8.3	Versements.....	27
8.4	Notifications et preuves.....	28
8.5	Communications par l'affilié.....	28
8.6	Modification des Conditions Générales.....	28
8.7	Clauses non valables.....	28
8.8	Régime fiscal applicable.....	28
8.9	Protection de la vie privée.....	28
8.10	Conflits d'intérêts.....	29
8.11	Plaintes et litiges.....	29
8.12	Avertissement.....	30

1. Définitions

Assureur : l'Association d'Assurances Mutuelles (AAM) Xerius, sise Brouwersvliet 4, boîte 4, à 2000 Anvers et portant le numéro d'entreprise 0454.283.959. L'assureur est susceptible d'être dénommé la société, l'entreprise ou l'organisme de pension dans la suite du présent document ou dans d'autres documents.

Affilié : la personne physique qui souscrit le contrat et dans le chef de laquelle sont conclues les couvertures prévues par ce contrat. L'affilié est donc à la fois preneur d'assurance et assuré.

Bénéficiaire : la personne (ou les personnes) à qui la prestation d'assurance est destinée.

Certificat Personnel : le document grâce auquel l'assureur confirme la souscription ou la modification du contrat, et dans lequel sont résumées les principales données de celui-ci [identification de l'affilié et du (des) bénéficiaire(s), montants des primes, couvertures, montants assurés, etc.].

Le Certificat Personnel comporte éventuellement aussi une projection indicative du déroulement escompté du contrat. Cette projection est basée sur un certain nombre d'hypothèses non garanties par l'assureur (les taux d'intérêt et pourcentages de la participation bénéficiaire futurs ainsi que le paiement correct et ponctuel des primes, la non-modification de la structure des frais et des tarifs, etc.) et n'est par conséquent communiquée qu'à titre strictement indicatif.

Outre le Certificat Personnel, un « extrait de contrat » peut toujours être demandé à l'assureur, comprenant un résumé actualisé des principales données du contrat.

Autorités de contrôle : les institutions qui contrôlent le secteur financier belge. Cette surveillance est effectuée par deux institutions autonomes, à savoir la Banque nationale de Belgique (BNB) et l'Autorité des services et marchés financiers (FSMA), qui possèdent chacune leurs propres domaines de contrôle.

Banque nationale de Belgique (BNB)
Boulevard de Berlaimont 14
1000 Bruxelles
www.bnb.be

Autorité des services et marchés financiers (FSMA)
Rue du Congrès 12-14
1000 Bruxelles
www.fsma.be

2. Principes de fonctionnement en matière de technique d'assurance

2.1 Contexte

Le point 2 explique brièvement quelques principes généraux de fonctionnement du contrat (d'assurance). Certains aspects plus techniques sont détaillés dans le « dossier technique » déposé par l'assureur auprès des autorités de contrôle. Toute personne concernée peut consulter ce dossier technique auprès de son assureur.

2.2 Principes de fonctionnement

2.2.1 Le compte d'assurance

Chaque contrat comprend un compte d'assurance sur lequel sont comptabilisés les versements (*flux entrants*, voir 2.3) et retraits (*flux sortants*, voir 2.4).

Les avoirs se trouvant sur ce compte d'assurance (également appelés réserves, réserves de pension ou avoirs en compte) sont investis dans le(s) type(s) de placement visé(s) sur le Certificat Personnel et génèrent ainsi un rendement. Pour de plus amples informations sur le fonctionnement du (des) type(s) de placement applicable(s), veuillez consulter la/les fiche(s) Type(s) de placement annexée(s) au Certificat Personnel.

2.2.2 Couvertures de risque

Outre le compte d'assurance, le contrat peut également inclure des couvertures de risque. Celles-ci peuvent prévoir des prestations en cas de décès (voir 3.2) et d'incapacité de travail (voir 3.3).

Les primes de risque nécessaires au financement de la couverture de risque en cas de décès (c'est-à-dire la « couverture décès supplémentaire » dont il est question au point 3.2.2) sont soustraites des réserves du compte d'assurance.

Les primes de risque nécessaires au financement des couvertures en cas d'incapacité de travail (voir 3.3) sont directement prélevées des primes versées.

Les diverses couvertures de risque s'appliquent uniquement si le Certificat Personnel atteste de leur souscription effective.

2.3 Flux entrants ou attributions

2.3.1 Primes

Après prélèvement des frais d'entrée, impôts et primes de risque relatifs aux couvertures en cas d'incapacité de travail (voir 3.3), le montant restant de la prime est attribué au compte d'assurance concerné.

Dans le cadre de l'éventuelle couverture « exonération de primes en cas d'incapacité de travail » (voir 3.3.2.d), il est également possible que l'assureur prenne lui-même en charge le paiement des primes si l'affilié est en état d'incapacité de travail (cette attribution n'est cependant pas évoquée à l'aide du vocable « prime » dans les différents documents).

2.3.2 Participation bénéficiaire

L'assureur peut attribuer une participation bénéficiaire aux réserves conformément au plan de participation bénéficiaire tel que communiqué aux autorités de contrôle. Le pourcentage de la participation bénéficiaire varie d'année en année et n'est pas garanti.

Après imputation des impôts éventuels, la participation bénéficiaire nette est attribuée au compte d'assurance concerné. La participation bénéficiaire nette effectivement attribuée est intégralement acquise dès le moment de l'attribution.

Pour de plus amples informations sur la participation bénéficiaire, veuillez consulter le site Internet www.xerius.be/fr-be/protegez-vous.

2.3.3 Transfert de la réserve

Les réserves provenant d'un autre compte d'assurance, d'une autre compagnie d'assurance ou d'un autre organisme de pension peuvent être attribuées à un compte d'assurance par transfert. Comme pour les primes (voir 2.3.1), de tels transferts de réserves peuvent être associés à d'éventuels prélèvements de frais d'entrée (sauf si la législation s'y oppose), impôts et primes de risque pour les couvertures en cas d'incapacité de travail (voir 3.3). Les réserves transférées sont en principe gérées sur un compte d'assurance séparé et font l'objet d'un contrat distinct.

2.4 Flux sortants ou retraits

2.4.1 Primes de risque, cotisations de solidarité, frais et impôts

L'assureur soustrait les primes de risque (ainsi que les frais y afférents et les éventuels impôts) de la couverture décès (à savoir la « couverture décès supplémentaire » dont il est question au point 3.2.2) des réserves du contrat concerné. Dans le cas de contrats conjoints (voir le point 2.5.2), cette soustraction est réalisée, sous réserve d'éventuelles restrictions ou obligations d'ordre fiscal, juridique ou autre, successivement sur les contrats suivants :

- contrat CPTI (voir 6) ;
- contrat PCLI (voir 4) ;
- contrat INAMI (voir 5) ;
- assurance-vie avec régime fiscal « épargne-pension » (voir 7) ;
- assurance-vie avec régime fiscal « assurance-vie individuelle avec avantage fiscal (avec attestation 281.62) » (voir 7).

Les primes de risque sont les primes requises pour assurer la couverture de risque susvisée pour une période de chaque fois un mois.

Les cotisations de solidarité sont respectivement prélevées des réserves des contrats PCLI avec Régime de Solidarité (formules Xerius Relax4More et Xerius Relax4Life, voir 4.9) et des contrats INAMI (voir 5) conformément aux modalités du Règlement de solidarité.

Les frais et impôts à soustraire sont en principe soustraits des réserves du (des) contrat(s) auxquels ils se rapportent (le plus).

2.4.2 Liquidation des réserves

a. Résiliation

Dans les limites des dispositions de la législation applicable et du contrat, l'affilié peut résilier celui-ci par courrier recommandé adressé 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 a été conclu pour garantir ou reconstituer un crédit sollicité par l'affilié, dans les 30 jours à compter du moment auquel il apprend que ce crédit ne lui est pas accordé.

La résiliation met fin au contrat ainsi qu'à toutes les couvertures qu'il offre. L'assureur reverse les réserves présentes sur le compte d'assurance concerné à l'affilié. Ces réserves sont majorées de tous les frais imputés et de la partie non utilisée des primes de risque liées à la « couverture décès supplémentaire » et aux couvertures en cas d'incapacité de travail, mais le cas échéant après application d'une correction de la valeur du jour (voir les fiches Types de placement annexées au Certificat Personnel), après déduction d'éventuelles retenues légalement obligatoires et d'autres montants qui seraient encore dus à l'assureur ou à des tiers (par exemple, à un créancier gagiste) et, dans la première hypothèse de résiliation précitée, après imputation des frais relatifs aux examens médicaux.

b. Rachat

Dans les limites des dispositions de la législation applicable et du contrat, l'affilié peut procéder au rachat des réserves en procédant :

- au versement de la valeur de rachat ;
- au transfert des réserves sur un autre compte d'assurance ou vers une autre compagnie d'assurance ou un autre organisme de pension.

Tout rachat partiel est interdit. Seul le rachat intégral du contrat peut être demandé.

Le rachat se demande à l'aide d'une « demande de rachat » datée et signée que l'assureur met à disposition sur simple demande. Ce document décrit la suite de la procédure de rachat qui débute dès la réception par l'assureur de la demande de rachat et des annexes correspondantes dûment complétées.

Si ce rachat a lieu, le contrat ainsi que toutes les couvertures qu'il offre prennent fin. En cas de rachat des réserves d'un ou de plusieurs, mais non de tous les contrats conjoints, et sauf demande écrite contraire et moyennant l'accord écrit de l'assureur, la couverture « capital-décès » est automatiquement diminuée du montant des réserves rachetées (voir aussi le point 2.5.2).

En cas de rachat, une correction de la valeur du jour est appliquée, le cas échéant, (voir les fiches Types de placement annexées au Certificat Personnel) et les éventuels frais, retenues, indemnité de rachat légalement obligatoires et autres montants qui seraient encore dus à l'assureur ou à des tiers (par exemple, à un créancier gagiste) sont imputés et déduits directement de la réserve à reverser ou transférer. Sauf disposition contraignante contraire, l'indemnité de rachat par contrat individuel (compte d'assurance) se chiffre au maximum à :

- 75,00 euros [ce montant est indexé selon l'indice santé des prix à la consommation (base 1988 = 100) ; l'indice pris en considération est celui du deuxième mois du trimestre qui précède la date de rachat]

et

- au minimum à :

- 5 % du montant des réserves brutes rachetées

et

- 1 % des réserves brutes rachetées, multiplié par la durée (exprimée en années) restante du contrat concerné jusqu'à « l'échéance prévue » stipulée dans le Certificat Personnel (en ce qui concerne les contrats PCLI, INAMI et CPTI – voir 4, 5 et 6), ou « l'échéance » (en ce qui concerne les « assurances-vie individuelles du troisième pilier de pension » – voir 7).

c. Décès

En cas de décès de l'affilié, l'ensemble des contrats et couvertures prend fin. Les réserves sont versées au(x) bénéficiaire(s) de la couverture « capital décès » (voir 3.2) après imputation des éventuels retenues et frais légalement obligatoires et autres montants qui seraient encore dus à l'assureur ou à des tiers (par exemple, à un créancier gagiste).

d. Versement au terme (capital-pension)

Le contrat prend fin à « l'échéance » mentionnée dans le Certificat Personnel, de même que toutes les couvertures offertes par ce contrat – sauf éventuellement dans le cadre de contrats conjoints (voir le point 2.5.2). Les réserves sont versées à

l'affilié (« capital de pension » dont il est question au point 3.1) après imputation des éventuels retenues et frais légalement obligatoires et autres montants qui seraient encore dus à l'assureur ou à des tiers (par exemple, à un créancier gagiste).

2.5 Gestion différenciée et contrats conjoints

2.5.1 Gestion différenciée

Afin d'assurer une gestion correcte sur les plans fiscal, juridique et administratif, les réserves sont gérées individuellement au sein de chaque compte d'assurance en fonction, entre autres, de leur source de financement, affectation et type de placement.

Une distinction est également effectuée entre réserves libres et bloquées. Les réserves bloquées sont des réserves dont l'assureur garantit, à son profit ou à celui d'un tiers, qu'elles ne peuvent diminuer qu'avec son autorisation ou celle du tiers concerné. Cela peut se produire lors de l'octroi d'une avance (blocage au profit de l'assureur) ou lors de la mise en gage d'un contrat (blocage au profit du créancier gagiste). Le cas échéant, l'assureur peut refuser la déduction des primes de risque des réserves bloquées afin de maintenir celles-ci. Il peut en résulter une réduction ou cessation prématurée de la « couverture décès supplémentaire » (voir 4.5, 5.5, 6.5 et 7.5). Les réserves libres sont toutes les réserves qui ne sont pas bloquées.

2.5.2 Contrats conjoints

Sans préjudice des règles relatives à la gestion différenciée (voir 2.5.1), plusieurs contrats peuvent être « conjoints », moyennant l'accord de l'assureur. La jonction résulte du fait que les contrats concernés figurent sur le même Certificat Personnel. La jonction implique que les contrats concernés, bien qu'ils restent distincts d'un point de vue juridique et fiscal, sont considérés comme un ensemble sur le plan de la technique d'assurance. Les principales caractéristiques des contrats conjoints sont les suivantes :

- la « couverture décès supplémentaire » (voir le point 3.2.2) est calculée par rapport au montant total des réserves des différents comptes d'assurance des contrats conjoints ;
- les primes de risque à soustraire pour la « couverture décès supplémentaire » (voir le point 3.2.2) sont soustraites des réserves des différents comptes d'assurance des contrats conjoints dans l'ordre indiqué au point 2.4.1 ;
- chaque rapport et chaque communication peut tenir compte de tous les contrats conjoints sous-jacents ;
- voir aussi le point 3.3.1 concernant les couvertures en cas d'incapacité de travail.

Le fait que des contrats soient conjoints comme indiqué ci-dessus n'implique pas que ces contrats soient également conjoints au sens de la législation sur les assurances, sauf si celle-ci impose la jonction. En revanche, si la législation sur les assurances impose la jonction, cela n'implique pas que ces contrats sont également conjoints comme indiqué ci-dessus.

2.6 Tarifs, frais et impôts

2.6.1 Primes de risque

Sans préjudice de l'éventuelle facturation de surprimes pour risques accrus, les tarifs appliqués pour le calcul des primes de risque sont ceux que l'assureur a déposés auprès des autorités de contrôle (voir également 2.1).

Outre les majorations de primes individuelles dans le cadre d'une aggravation du risque (voir 3.4.3), l'assureur peut néanmoins, dans le respect des éventuelles restrictions contraignantes en la matière, pour des raisons justifiées, de manière raisonnable et proportionnée, et moyennant notification préalable à l'affilié, relever les tarifs et les méthodes de calcul des primes de risque à tout moment en cours de contrat, dans le cadre d'une révision générale de la catégorie d'assurances dont relève le contrat, entre autres :

- si l'assureur y est contraint 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 concernée ou les obligations de l'assureur ou engendrait une hausse des frais de gestion de l'assureur ;
- si le coût de la réassurance venait à augmenter ;
- si l'assureur estime que l'équilibre financier de son portefeuille d'assurances est mis en péril par une quelconque modification de la législation, une quelconque intervention des autorités de contrôle, une quelconque jurisprudence, etc., ou encore, par un accroissement du degré de risque de l'événement assuré concerné au sein de la population, de la population du marché de l'assurance belge ou de son propre portefeuille (ou d'un segment de celui-ci) ;

- si une quelconque modification de la législation, une quelconque intervention des autorités de contrôle, une quelconque jurisprudence, etc. interdisait certains critères de segmentation ;
- en présence de circonstances qui autorisent l'assureur à procéder à une adaptation tarifaire en vertu de dispositions légales ou réglementaires.

2.6.2 Frais et impôts

a. Frais standard

Outre les frais d'entrée éventuels, l'assureur impute également des frais pour la gestion du (des) contrat(s) et, le cas échéant, pour rémunérer l'intermédiaire. L'assureur ne peut modifier ces frais en cours de contrat, de manière raisonnable et justifiée et moyennant notification préalable à l'affilié, que dans la mesure où il s'agit d'une indexation de montants forfaitaires intégrés au tarif selon l'indice santé des prix à la consommation ou dans le cadre d'une révision générale (de la structure) des frais pour la catégorie d'assurances dont relève le contrat concerné.

L'affilié peut demander le détail (de la structure) des coûts appliqués à l'assureur ou le retrouver sur le site Internet www.xerius.be/fr-be/protégez-vous.

b. Frais de service

L'assureur peut, en sus des frais standard, aussi porter en compte les dépenses particulières occasionnées par l'affilié ou le(s) bénéficiaire(s). Sans préjudice de l'indexation éventuellement prévue, l'assureur ne peut relever les montants des frais de service en cours de contrat que de manière raisonnable et justifiée, dans le cadre d'une révision générale de ceux-ci pour la catégorie d'assurances dont relève le contrat concerné et moyennant notification préalable à l'affilié. L'assureur ne peut facturer de frais de service que moyennant communication préalable à la (aux) personne(s) concernée(s).

c. Frais liés aux examens médicaux

L'assureur peut réclamer le remboursement des frais liés aux examens médicaux de l'affilié (ou du candidat-affilié) si ce dernier ne conclut pas le contrat ou le résilie.

d. Avoirs dormants

Si un contrat est qualifié de « dormant » selon la législation concernée, l'assureur peut porter en compte les éventuels frais de vérification et d'investigation encourus, dans les limites autorisées par la loi.

e. Impôts, cotisations et charges

L'assureur peut mettre à charge de l'affilié ou du (des) bénéficiaire(s) tous les impôts, cotisations et charges de quelque nature que ce soit, susceptibles de grever les primes, les transferts de réserve, les réserves, les revenus des placements ou tout autre versement.

2.6.3 Certificat Personnel

Sans préjudice de la possibilité qu'a l'assureur de modifier la structure des frais et tarifs (voir 2.6.1 et 2.6.2), les frais et primes de risque sont calculés et imputés, pendant la durée du (des) contrat(s), de la même façon qu'a été établi(e) le Certificat Personnel ou la projection de l'évolution des réserves.

2.7 Avance

L'assureur n'accorde d'avance sur la (les) prestation(s) prévue(s) au contrat, à l'affilié, que moyennant la signature par celui-ci d'une demande d'avance mise à sa disposition par l'assureur sur simple requête et qui en détermine les conditions et modalités. Les autres dispositions des Conditions Générales (voir entre autres 2.5.1, 4.3, 5.3 et 6.3) et certaines dispositions légales peuvent également régir les modalités et restrictions du droit aux avances.

Lors de l'octroi d'une avance, il peut être stipulé sur la demande y afférente qu'une certaine part de la réserve (ainsi que son rendement) doit obligatoirement être et demeurer affectée à un type de placement particulier. Un taux d'intérêt différent peut aussi être convenu et/ou il peut être spécifié que le montant concerné de la réserve ne génère pas de participation bénéficiaire ou que l'assureur peut modifier le type de placement subséquent. Une avance peut donc donner lieu à une modification du type de placement au moment de son octroi ou ultérieurement.

En cas de rachat ou de liquidation ultérieure(e), le solde non apuré de l'avance est porté en déduction de la valeur de rachat ou du versement. Si le montant restant dû de l'avance s'avérait supérieur à la valeur de rachat ou au versement, pour quelque raison que ce soit, l'affilié demeurerait redevable du solde non apuré de l'avance envers l'assureur.

L'assureur peut refuser une demande d'octroi d'avance sur un contrat déjà grevé d'une mise en gage et inversement.

Pour de plus amples informations, la fiche relative aux avances peut être obtenue sur simple demande auprès du département Assurances de l'assureur (assurances@xerius.be).

3. Couvertures

3.1 Capital de pension

Des réserves sont constituées dans le cadre du (des) contrat(s) (voir 2). Si l'affilié est encore en vie à « l'échéance » mentionnée dans le Certificat Personnel, l'assureur lui verse ces réserves à titre de capital de pension (voir aussi 2.4.2.d et 8.3 pour plus de précisions).

La référence dans le Certificat Personnel à la « date de prise d'effet de la pension de retraite légale » pour définir « l'échéance » des contrats PCLI, INAMI et CPTI dont il est question aux points 4, 5 et 6 renvoie à la date effective de prise de cours de la pension de retraite légale, anticipée ou non, relative à l'activité professionnelle qui a donné lieu à la constitution du capital de pension de l'affilié.

3.2 Capital-décès

3.2.1 Description de la couverture « capital décès »

Si l'affilié décède au cours de la période de couverture (voir 3.2.3.a), l'assureur verse le capital décès au(x) bénéficiaire(s) (voir également 2.4.2.c et 8.3 pour davantage de précisions).

3.2.2 Montant du capital décès/de la couverture décès supplémentaire

Le capital décès à verser est le montant assuré de celui-ci à la date de décès de l'affilié. Dans ce cadre, c'est le montant sous-jacent des réserves à la date de décès de l'affilié qui est pris en compte.

Le Certificat Personnel peut laisser apparaître que le montant assuré du capital décès est supérieur au montant des réserves du (des) contrat(s) (conjoint(s)). L'éventuelle différence positive entre le montant assuré du capital décès et le montant des réserves du (des) contrat(s) (conjoint(s)) est appelée « la couverture décès supplémentaire ». Le montant de cette couverture est calculé au début de chaque mois. L'assureur déduit en principe une prime de risque des réserves au début de chaque mois afin d'assurer cette couverture (voir également 2.4.1).

En ce qui concerne les contrats PCLI, INAMI et CPTI (voir 4, 5 et 6), la « couverture décès supplémentaire » prend toujours fin au plus tard à l'« échéance prévue » stipulée sur le Certificat Personnel.

Si, suite à une résiliation, à un rachat ou au versement du capital de pension, ou pour une quelconque autre raison, un contrat conjoint (voir 2.5.2) prend fin ou n'est plus conjoint, et que le montant assuré du capital décès est supérieur au montant des réserves des contrats conjoints, et qu'il est donc question d'une « couverture décès supplémentaire » comme indiqué ci-dessus, le montant de la couverture « capital décès » relative au(x) contrat(s) (conjoint(s)) restant(s) est, sauf demande écrite contraire et moyennant l'accord écrit de l'assureur, automatiquement diminué du montant des réserves du (des) contrat(s) qui prend (prennent) fin ou n'est (ne sont) plus conjoint(s).

Il n'y a pas de participation bénéficiaire en cas de décès.

3.2.3 Portée de la couverture « capital décès » et de la « couverture décès supplémentaire »

a. Période de couverture

La période de couverture de la couverture « capital décès » commence et expire au plus tard aux dates respectives prévues dans le Certificat Personnel.

Sauf disposition contraire du Certificat Personnel, la période de couverture de la couverture « capital décès » commence au plus tôt à la date de paiement de la (première) prime.

b. Étendue géographique

La couverture « capital décès » est valable dans le monde entier.

c. Risques exclus en matière de « couverture décès supplémentaire »

L'assureur n'accorde aucune couverture dans le cadre de la « couverture décès supplémentaire » (voir 3.2.2) si le décès de l'affilié est causé ou favorisé par ou en lien avec :

- un suicide au cours de la première année suivant le début de la période de couverture ou subséquemment à la remise en vigueur de la « couverture décès supplémentaire » ; le même délai d'un an s'applique en cas de quelconque majoration du montant nominal assuré de la « couverture décès supplémentaire », concernant cette majoration et à calculer dès l'entrée en vigueur de celle-ci ;
- l'exécution d'une condamnation judiciaire à la peine de mort ;
- d'un crime ou d'un délit commis intentionnellement par l'affilié en tant qu'auteur ou coauteur ;
- un accident d'aéronef dans lequel l'affilié a embarqué comme passager ou membre d'équipage, sauf s'il s'agit d'un vol de ligne ou charter régulier à caractère non militaire ;
- d'une rébellion ou de tout acte collectif de violence à caractère politique, idéologique ou social, dans le cadre ou non d'une révolte contre les autorités, si l'affilié y a activement participé de quelque manière que ce soit ;
- une guerre ou tout autre fait analogue et une guerre civile ; si le décès de l'affilié a lieu dans un pays étranger où des hostilités sont en cours, deux cas sont distingués :
 - si le conflit éclate pendant le séjour de l'affilié, la couverture est accordée pour autant que celui-ci ne prenne pas activement part à ces hostilités ;
 - si l'affilié 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, l'accord écrit de l'assureur et pour autant que l'affilié ne participe pas activement aux hostilités ;
- tout fait ou toute succession de faits de même cause qui résulte ou est la conséquence de sources de radiations ionisantes, de combustibles nucléaires ou de produits ou déchets radioactifs, à l'exception des radiations médicales ;
- le terrorisme au sens de la loi du 1er avril 2007 relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme (cette exclusion n'est cependant uniquement applicable que si le décès a été causé dans ce cadre par des armes ou engins destinés à exploser par modification de la structure du noyau atomique).

Si l'affilié décède des suites d'un risque exclu, le versement du capital décès se limite au montant des réserves à la date du décès.

3.2.4 Déclaration de décès

Le décès de l'affilié doit être déclaré à l'assureur dans un délai maximal de 30 jours.

Pour les contrats PCLI, INAMI et CPTI (voir 4, 5 et 6), il est possible que l'ASBL SIGeDIS effectue cette déclaration à l'assureur à partir de la « Banque de données des pensions complémentaires ». Dès la déclaration de décès, la procédure de paiement du capital décès est lancée et l'assureur fera une proposition de versement, le cas échéant après réception des informations supplémentaires requises pour procéder à la distribution effective du capital décès. Ces informations supplémentaires peuvent entre autres concerner la cause et les circonstances précises du décès, le choix de l'affilié du versement d'un capital ou d'une rente, les données nécessaires à l'application du régime fiscal adéquat ou d'autres données utiles. L'assureur peut également toujours exiger un certificat médical, selon le modèle dûment complété de l'assureur et qui indique la cause du décès (voir aussi 3.4.4 et 8.3 pour davantage de précisions).

Toutes les personnes concernées par l'intervention de l'assureur doivent permettre et demander à tout médecin ayant prodigué des soins à l'affilié décédé de fournir toutes les informations demandées par l'assureur au médecin-conseil de celui-ci. 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 dans le cadre de l'appréciation des obligations de l'assureur sont intentionnellement omis ou non signalés, l'assureur peut refuser son intervention et réclamer le remboursement de tout montant indûment versé, majoré des intérêts légaux.

3.3 Indemnités en cas d'incapacité de travail

3.3.1 Introduction

Les couvertures en cas d'incapacité de travail sont différentes des prestations de solidarité en cas d'incapacité de travail telles qu'elles sont prévues dans le cas du contrat PCLI avec Régime de Solidarité (formules Xerius Relax4More et Xerius Relax4Life ; voir 4.9) et des contrats INAMI (voir 5). Les prestations de solidarité en cas d'incapacité de travail sont régies par le Règlement de solidarité dans les contrats concernés.

Dans le cas de contrats conjoints (voir le point 2.5.2), les couvertures en cas d'incapacité de travail et le paiement des primes y afférent sont, sous réserve d'éventuelles restrictions ou obligations d'ordre fiscal, juridique ou autre, associés au contrat dans l'ordre de priorité suivant :

- assurance-vie avec régime fiscal « épargne-pension » (voir 7) ;
- assurance-vie avec régime fiscal « assurance-vie individuelle avec avantage fiscal (avec attestation 281.62) » (voir 7) ;
- contrat PCLI (voir 4) ;
- contrat CPTI (voir 6) ;
- contrat INAMI (voir 5).

3.3.2 Rentes d'incapacité de travail

a. Description de la couverture et types de rentes d'incapacité de travail

Dans la mesure où l'affilié se retrouve en incapacité de travail des suites d'une cause couverte pendant la période de couverture, il a droit au versement ou à l'attribution intégral(e) ou partiel(le) de la (des) rente(s) d'incapacité de travail dès le terme du délai de carence, durant la période d'incapacité de travail et au plus tard jusqu'à expiration de la période de paiement. Les différentes notions apparaissant dans la phrase précédente sont abordées plus en détail ci-dessous.

Selon la finalité de la couverture, divers types de rentes d'incapacité de travail sont à distinguer :

- la couverture « exemption de prime en cas d'incapacité de travail » qui prévoit le paiement des primes subséquentes à la charge de l'assureur ; le paiement de ces primes subséquentes est, le cas échéant après imputation des retenues nécessaires, directement attribué au contrat auquel cette couverture est associée. Si les obligations de l'assureur dans le cadre de cette couverture ne sont toutefois fixées, pour quelque raison que ce soit, qu'après la date de l'échéance de l'attribution et que l'affilié a continué à payer les primes dans l'intervalle, l'assureur peut également reverser ces primes déjà payées à l'affilié (restitution de primes), si et dans la mesure où elles s'avèrent être à la charge de l'assureur dans le cadre de cette couverture ;
- la couverture « allocation d'incapacité de travail » qui prévoit le versement d'une rente (relais) par l'assureur à l'affilié.

b. Incapacité de travail

Il est question d'incapacité de travail dès que le seuil d'incapacité de travail figurant sur le Certificat Personnel est atteint. Le seuil d'incapacité de travail est le degré d'incapacité économique minimal devant être constaté afin qu'il soit question d'incapacité de travail. Le degré d'incapacité économique pris en considération est le degré d'incapacité économique réel moins le degré d'incapacité économique résultant de ou étant lié à une cause non couverte (voir 3.3.2.c), un risque exclu (voir 3.3.4.c) et/ou une affection préexistante non couverte (voir 3.4.1). Pour avoir droit à l'intervention de l'assureur, le degré d'incapacité économique réel doit, après soustraction du degré d'incapacité économique résultant de ou étant lié à une cause non couverte, un risque exclu et/ou une pathologie ou affection préexistante non couverte, au moins atteindre le seuil d'incapacité de travail stipulé sur le Certificat Personnel.

Si le seuil d'incapacité de travail est atteint et qu'il est ainsi question d'incapacité de travail, l'intervention de l'assureur est fixée sur la base du degré d'incapacité de travail, celui-ci étant le plus élevé des degrés d'incapacité économique (moins le degré d'incapacité économique résultant de ou étant lié à une cause non couverte, un risque exclu et/ou une affection préexistante non couverte) et d'incapacité physiologique (moins le degré d'incapacité physiologique résultant de ou étant lié à une cause non couverte, un risque exclu et/ou une affection préexistante non couverte). Si le degré d'incapacité de travail est inférieur à 67 %, il est question d'incapacité de travail partielle. Si le degré d'incapacité de travail atteint au moins 67 %, il est question d'incapacité de travail totale.

Le degré d'incapacité économique représente la mesure dans laquelle l'aptitude au travail de l'affilié est réduite en raison d'une incapacité physiologique, à savoir une atteinte à son intégrité physique. Le degré d'incapacité économique est établi en tenant compte de l'impossibilité totale ou partielle dans laquelle se trouve l'affilié d'exercer une activité professionnelle compatible avec ses connaissances, compétences et antécédents professionnels. Dans ce cadre, il n'est tenu compte ni de la situation économique générale, ni d'aucun autre critère économique quelconque.

Le degré d'incapacité physiologique représente la mesure dans laquelle l'intégrité physique de l'affilié est réduite. Ce degré est constaté par décision médicale, sur la base du Barème Officiel Belge des Invalidités et de la jurisprudence belge en la matière. La référence au degré d'incapacité physiologique n'a une éventuelle influence que sur le montant des rentes d'incapacité de travail à verser ou attribuer et n'enlève rien au fait que ces rentes couvrent l'incapacité de travail et, sans porter atteinte à leur caractère forfaitaire, ont pour objectif d'indemniser en tout ou partie la réduction ou perte de revenus professionnels résultant de l'incapacité au travail de l'affilié.

c. Causes couvertes d'incapacité de travail

L'incapacité de travail couverte peut être la conséquence d'un accident et/ou d'une pathologie, selon ce qui est stipulé en la matière sur le Certificat Personnel.

Accident

Un accident est l'action soudaine d'une force extérieure sur l'organisme de l'affilié, indépendamment de sa volonté, et qui engendre une atteinte à son intégrité physique.

Ne sont pas considérés comme accidents :

- les maladies et leurs conséquences, les attaques d'apoplexie, d'épilepsie ou analogues, quelle qu'en soit la cause ;
- les conséquences d'interventions chirurgicales qui n'ont pas été nécessitées par un accident ;
- les contaminations, intoxications et empoisonnements, à l'exception de la septicémie (mais uniquement s'il y a eu une blessure externe et que cette septicémie est concomitante à la blessure).

Par extension, sont cependant considérées comme accidents :

- l'inhalation involontaire de gaz ou de vapeurs et l'absorption de substances toxiques par erreur ;
- les morsures d'animaux et piqûres d'insectes ;
- la foudre.

Maladie

Une maladie est toute atteinte à la santé de l'affilié due à une autre cause qu'un accident. La grossesse, l'accouchement et le repos prénatal ou postnatal n'ayant aucun lien avec une affection médicale ne sont pas considérés comme des maladies.

d. Montant des rentes d'incapacité de travail

Généralités

Sous réserve des dispositions ci-dessous, le montant des rentes d'incapacité de travail est égal au montant assuré de celles-ci au terme du délai de carence.

Sauf disposition contraire du Certificat Personnel, les rentes d'incapacité de travail sont exprimées en montants annuels. Elles sont versées ou attribuées en tranches mensuelles à la fin de chaque mois, au prorata du degré d'incapacité de travail. Pour le premier et le dernier mois de la période de paiement effective, les rentes sont calculées au prorata du nombre de jours d'incapacité de travail durant les mois concernés.

Degré d'incapacité de travail

La (les) rente(s) d'incapacité de travail est (sont) versée(s) ou attribuée(s) proportionnellement au degré d'incapacité de travail pour autant que le seuil d'incapacité de travail soit atteint (voir 3.3.2.b). Un versement ou une attribution intégral(e) a lieu si le degré d'incapacité de travail atteint au moins 67 %. Si le degré d'incapacité de travail change, le montant de la rente est adapté en fonction du nouveau degré d'incapacité de travail. Dès que le seuil d'incapacité de travail n'est plus atteint, le versement ou l'attribution de la (des) rente(s) d'incapacité de travail prend fin. L'assureur n'effectue pas de versement ou d'attribution [majoré(e)] en cas d'augmentation du degré d'incapacité de travail survenant après la période de couverture (voir 3.3.4.a) et donc pas davantage après que la couverture concernée a pris fin.

Profil de progression

Sauf en ce qui concerne la couverture « exonération de primes en cas d'incapacité de travail », un profil de progression de la (des) rente(s) d'incapacité de travail peut être dressé durant la première année d'incapacité de travail, ce qui implique que, pendant la période de progression, au maximum le(s) pourcentage(s) prévu(s) de la (des) rente(s) concernée(s) soi(en)t versé(s) en tenant compte du degré d'incapacité de travail (voir point précédent). Si un profil de progression est établi, il en est fait mention sur le Certificat Personnel.

Indexation de la (des) rente(s) d'incapacité de travail en cours

Sauf dans le cadre de la couverture « exonération de primes en cas d'incapacité de travail », une indexation de la rente d'incapacité de travail en cours peut avoir lieu (« indexation après sinistre »). Dans ce cas, le montant de la rente est majoré

annuellement en multipliant son montant initial par un facteur d'indexation. Ce facteur est égal à $(1 + \text{pourcentage d'indexation})^n$, où « n » représente le nombre d'années complètes écoulées depuis la date du début de l'incapacité de travail. La première indexation est par conséquent effectuée à partir du treizième mois calendrier qui suit la date de début de l'incapacité de travail. Si une indexation après sinistre est effectuée, il en est fait mention sur le Certificat Personnel.

Dès que l'affilié ne se trouve plus en état d'incapacité de travail entraînant l'application de la couverture, le montant assuré de la rente d'incapacité de travail est ramené au niveau antérieur à la période d'incapacité de travail, le cas échéant adapté sur la base d'une « indexation avant sinistre ».

Couverture « exonération de primes en cas d'incapacité de travail »

Le montant assuré de la couverture « exonération de primes en cas d'incapacité de travail » est égal à $[(TP - PIT) \times DEP]$, où :

TP = le montant total, sur base annuelle, des primes futures convenues (hors taxes ou prélèvements) pour le(s) contrat(s) (conjoints), à l'exclusion toutefois du montant de la prime versé dans le cadre d'un contrat INAMI (voir 5) ;
PIT = le montant de la prime normalement destiné au financement des couvertures de risque en cas d'incapacité de travail ;
DEP = le degré d'exonération de prime (sauf mention contraire sur le Certificat Personnel, le degré d'exonération de prime est égal à 1).
(Voir cependant aussi 4.9 en ce qui concerne les contrats PCLI avec Régime de Solidarité.)

La rente effectivement attribuée dans le cadre de la couverture « exonération de primes en cas d'incapacité de travail » est égale au montant assuré, en tenant compte du degré d'incapacité de travail (voir plus haut). Les attributions dans le cadre de cette couverture sont affectées aux mêmes types de placement que les primes qui sont affectées au contrat concerné.

Il est à noter que les couvertures « rentes d'incapacité de travail » bénéficient d'une exemption de primes « endogène » au cours de la période pendant laquelle et dans la mesure où l'assureur verse ou attribue effectivement une rente d'incapacité de travail, ce qui implique que ces couvertures proportionnelles au degré d'incapacité de travail pour lequel l'assureur intervient de façon effective, continuent à courir sans paiement de primes et en fonction de leur dernier état assuré (période de couverture et de versement, délai de carence, etc.).

e. Période de paiement

L'assureur est redevable des rentes d'incapacité de travail – sans rétroactivité – dès l'expiration du délai de carence figurant sur le Certificat Personnel. Celui-ci prend cours à la date du début de l'incapacité de travail. Un délai de carence « avec rachat » peut cependant aussi être convenu, auquel cas les rentes concernées sont versées ou attribuées – rétroactivement – à partir de la date du début de l'incapacité de travail, à condition que l'affilié soit toujours en état d'incapacité de travail au terme de ce délai de carence avec rachat. Si un délai de carence avec rachat est prévu, il en est fait mention sur le Certificat Personnel.

Les rentes d'incapacité de travail sont versées ou attribuées au plus tard jusqu'à la fin de la période de versement figurant sur le Certificat Personnel (si cette période y est exprimée sous la forme d'une durée en années, celle-ci est calculée à partir de la date de début de l'incapacité de travail et non pas à partir de l'échéance du délai de carence). La période de versement prend toutefois toujours fin au plus tard à l'un des moments suivants :

- dès que le degré d'incapacité de travail économique pris en compte passe sous la barre du « seuil d'incapacité de travail » (voir 3.3.2.b) ;
- lors de décès de l'affilié.

f. Rechute

Il est question de rechute lorsqu'une incapacité de travail débute dans les trois mois suivant la fin de la période d'incapacité de travail précédente et relève de la même cause que celle-ci.

En cas de rechute, la période d'incapacité de travail précédente est prise en compte pour le calcul du délai de carence. Si la rente d'incapacité de travail en cours augmente (en raison de « l'indexation après sinistre » ou de l'application d'un « profil de progression »), la rente à verser ou à attribuer en cas de rechute est calculée comme s'il n'y avait pas eu d'interruption d'incapacité de travail et la période intermédiaire est prise en compte pour l'application de l'indexation après sinistre et/ou du profil de progression.

3.3.3 Capital incapacité de travail en cas d'accident

a. Description de la couverture

L'assureur verse le capital à l'affilié si celui-ci se retrouve en incapacité de travail totale et permanente (voir 3.3.3.c) pendant la période de couverture, des conséquences directes d'un accident se produisant durant la période de couverture (voir 3.3.4.a), et est encore en vie plus de 180 jours après l'accident en question.

b. Montant du capital incapacité de travail

Le capital à verser est égal au montant assuré le 180^e jour après l'accident, étant toutefois entendu que les éventuelles majorations du montant assuré intervenues entre la date de l'accident et le 180^e jour qui s'ensuit ne seront pas versées si celles-ci n'ont pas déjà été convenues avant la date de l'accident.

c. Incapacité de travail totale et permanente

En ce qui concerne la notion d'« incapacité de travail », il est fait référence à la définition déjà donnée dans le paragraphe dédié aux rentes d'incapacité de travail (voir 3.3.2.b).

Il est question d'incapacité de travail *totale* lorsque – comme défini au point 3.3.2.b – le degré d'incapacité de travail atteint au moins 67 %.

Il est question d'incapacité de travail *totale et permanente* lorsqu'il est établi que l'incapacité de travail totale frappera l'affilié à vie, sans perspective d'amélioration notoire, même au moyen du traitement médical adéquat.

d. Accident

En ce qui concerne la notion d'« accident », il est fait référence à la définition déjà donnée dans le paragraphe dédié aux rentes d'incapacité de travail (voir 3.3.2.c).

3.3.4 Étendue des couvertures en cas d'incapacité de travail

a. Période de couverture

La période de couverture des couvertures en cas d'incapacité de travail commence et expire au plus tard aux dates respectives prévues dans le Certificat Personnel. Sauf disposition contraire du Certificat Personnel, la période de couverture commence au plus tôt à la date de paiement de la (première) prime.

b. Étendue géographique

Les couvertures en cas d'incapacité de travail sont en principe valables dans le monde entier. Dans les pays qui ne font pas partie de l'Union européenne, l'assureur n'accorde cependant la couverture que dans la mesure où il peut, selon sa propre appréciation, (continuer d') exercer le contrôle médical nécessaire sans difficultés ni frais exceptionnels.

c. Risques exclus

L'assureur n'accorde aucune couverture et ne procède par conséquent à aucun versement ni à aucune attribution dans le cadre de ces couvertures en cas d'incapacité de travail résultant d'un risque qui serait exclu de la « couverture décès supplémentaire » (voir 3.2.3.c) (tant appliqué à l'incapacité de travail elle-même qu'à sa cause) ou lorsque l'incapacité de travail même ou son origine est causée ou favorisée par ou en lien avec :

- des troubles subjectifs ou psychiques [tels que la dépression, la décompensation psychique (burn-out), les attaques de panique, la névrose, etc. (sans que cette liste soit exhaustive)], un syndrome de fatigue chronique (SFC), une fibromyalgie ;
- une affection allergique ne représentant pas un degré d'incapacité physiologique supérieur à 25 % ;
- une grossesse ou un accouchement, sauf à partir du quatrième mois suivant l'accouchement ;
- des traitements que l'affilié s'est appliqués à lui-même, à l'exception des actes ordinaires de soins personnels ;
- un fait intentionnel de l'affilié ou de toute autre personne présentant un intérêt dans l'intervention de l'assureur ;
- une tentative de suicide ;
- la participation à des méfaits, rixes ou disputes (sauf en cas de légitime défense) et à des actes téméraires (sauf en cas de sauvetage de personnes ou de biens) ;
- la pratique de sports de combat, la participation à des courses, à des concours et des essais de vitesse, ainsi que pendant les entraînements ou à l'occasion de paris et de défis ;
- l'état d'ivresse, d'intoxication alcoolique ou d'intoxication analogue résultant de l'utilisation de drogues ou de substances hallucinogènes.

3.3.5 Déclaration de sinistre et suivi médical

Tout sinistre qui peut donner lieu à une (majoration de l') intervention de l'assureur doit lui être déclaré dans une période maximale de 30 jours au moyen du formulaire prévu à cet effet. 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 de sinistre a été remise aussi rapidement qu'il était raisonnablement possible de le faire.

La déclaration doit être accompagnée de tous les documents, certificats et rapports originaux qui peuvent démontrer l'existence et la gravité du sinistre. L'assureur peut exiger tout document complémentaire à cette fin (voir également le point 8.3 pour davantage de précisions). Toutes les personnes présentant un intérêt envers l'intervention de l'assureur sont tenues de collaborer de la meilleure façon qui soit afin que les examens et contrôles jugés utiles par l'assureur puissent être effectués le plus prestement possible, et sont dans l'obligation de demander à tous les médecins qui administrent (ou ont administré) des soins à l'affilié de leur communiquer tous les renseignements que l'assureur sollicite. Elles sont tenues de remettre les renseignements ainsi obtenus sans délai au médecin-conseil de l'assureur, que ce soit lors de la survenance de l'incapacité de travail ou dans le cadre du suivi médical ultérieur. Toutes les mesures visant à accélérer la guérison doivent être prises le plus rapidement possible et les traitements médicaux prescrits doivent être suivis. Si l'une de ces obligations n'est pas remplie, l'assureur peut refuser ou interrompre totalement ou partiellement son intervention.

Après déclaration du sinistre et sur la base des renseignements obtenus et des résultats des éventuels examens médicaux, l'assureur confirme l'octroi ou non de son intervention ainsi que la date de début de l'incapacité de travail et le degré d'incapacité de travail (et le cas échéant, le caractère permanent de l'incapacité de travail totale et le moment auquel ce caractère permanent est déterminé), et communique sa position à l'affilié. Cette décision est considérée comme acceptée si l'affilié n'a pas notifié son désaccord à l'assureur par courrier recommandé dans les huit jours suivant la réception des informations.

En cas d'attribution ou de versement d'une rente d'incapacité de travail, tant l'affilié que l'assureur ont toujours le droit de soumettre le degré d'incapacité de travail à révision. Toute modification de l'état de santé de l'affilié qui engendre ou pourrait engendrer une réduction du degré d'incapacité de travail doit être communiquée spontanément à l'assureur dans les 15 jours. Si tel n'est pas le cas, l'assureur exige le remboursement de tout montant indûment versé ou attribué, majoré des intérêts légaux.

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 ou y mettre fin et réclamer le remboursement de tout montant indûment versé ou attribué, majoré des intérêts légaux.

3.4 Dispositions générales

3.4.1 Communication exacte des données, acceptation des couvertures de risque et affections préexistantes

Lors de la conclusion, la majoration ou la remise en vigueur des couvertures, l'affilié doit communiquer à l'assureur, en toute sincérité et sans omission, tous les éléments dont il a connaissance et qu'il doit raisonnablement considérer comme des éléments d'appréciation des risques par l'assureur. L'assureur peut exiger tous les renseignements qu'il estime nécessaires. Il s'agit entre autres de l'activité professionnelle, de sports et autres activités pratiqués, ainsi que des pathologies et affections déjà diagnostiquées ou dont les symptômes se sont déjà au moins manifestés.

En cas de communication inexacte de la date de naissance de l'affilié, l'assureur peut adapter les primes de risque et/ou toute prestation d'assurance (le cas échéant, rétroactivement) sur la base des éléments tarifaires associés à la date de naissance exacte. En cas d'omissions ou de déclarations inexactes involontaires autres que celles liées à la date de naissance, les dispositions légales afférentes sont d'application, et ce, durant la première année suivant la conclusion du contrat, après l'entrée en vigueur d'une majoration non convenue initialement (en ce qui concerne cette majoration), respectivement après la remise en vigueur de la « couverture décès supplémentaire » et, en ce qui concerne les couvertures en cas d'incapacité de travail (assurances complémentaires), durant l'intégralité de leur durée.

Une disposition spécifique à ces couvertures en cas d'incapacité de travail (voir 3.3) stipule que l'affilié doit informer immédiatement l'assureur de toute diminution de ses revenus professionnels ou de la conclusion présente ou passée d'un contrat d'assurance auprès d'une autre compagnie d'assurance et portant sur des risques identiques ou similaires, ou qu'il bénéficie d'une telle couverture auprès d'un (autre) organisme de pension (voir également 3.4.2), non seulement lors de la conclusion, la majoration ou la remise en vigueur de la (des) couverture(s) concernée(s), mais également pendant la durée de cette (ces) couverture(s). L'assureur a également le droit d'interroger l'affilié à ces sujets, auquel cas l'affilié est dans l'obligation d'apporter des réponses à ces questions dans le délai prescrit. Si l'affilié omet d'informer l'assureur de la diminution de ses revenus professionnels ou du fait qu'il dispose d'une couverture de risque similaire auprès d'une autre compagnie d'assurance ou d'un autre organisme de pension comme indiqué ci-dessus, ou si l'affilié n'a pas mentionné ces éléments en réponse aux questions de l'assureur, l'assureur a le droit de réduire voire de refuser son intervention en cas de sinistre.

Les couvertures de risque et toute majoration du montant nominal assuré sont soumises aux critères généraux d'acceptation appliqués par l'assureur pour des raisons fiscales, juridiques et techniques liées à l'assurance (résultat favorable de formalités médicales et/ou examens médicaux, caractère complémentaire de certaines couvertures de risque, couvertures maximales, surassurance, antisélection, limitations fiscales, disposition des données de calcul requises, etc.). Les couvertures de risque ne sont assurées que si elles sont mentionnées sur le Certificat Personnel ou si l'assureur en a donné confirmation écrite sous une autre forme.

En matière de pathologies et affections préexistantes, les dispositions suivantes s'appliquent. Si les déclarations de l'affilié, les formalités médicales et/ou examens médicaux ayant lieu au moment de la conclusion, de la majoration ou de la remise en vigueur des couvertures de risque font état de, mettent en évidence ou indiquent, en fonction de divers symptômes, une pathologie ou affection préexistante, cette pathologie ou affection est couverte, sauf avis contraire de l'assureur mentionnant le nom de la pathologie ou de l'affection pour laquelle (la majoration de) la couverture n'est pas octroyée. Si l'assureur impute une surprime à une couverture de risque et/ou la refuse totalement ou partiellement (par exemple pour une affection bien précise), cette surprime et/ou ce refus s'applique(nt) également à toute majoration de la (des) couverture(s) concernée(s), sauf s'il en est convenu autrement.

Toute fraude, omission volontaire ou déclaration volontairement inexacte entraîne la nullité de la (des) couverture(s) de risque concernée(s). Les primes échues au moment où l'assureur en prend connaissance lui reviennent. L'attention est attirée sur le fait que la législation prévoit aussi des sanctions en cas d'omissions ou de déclarations inexactes involontaires qui, selon les cas, peuvent mener jusqu'au refus de l'assureur d'accorder son intervention.

3.4.2 Détermination et modification des couvertures de risque par l'assureur

L'assureur peut modifier le montant et les paramètres des couvertures pour des raisons fondées liées aux critères généraux qu'il applique pour des raisons juridiques et fiscales et de technique des assurances (caractère complémentaire de certaines couvertures de risque, couvertures maximales, surassurance, antisélection, limitations fiscales, maintien de réserves bloquées, etc.). On pense notamment à la possibilité pour l'assureur de réduire le montant assuré de la (des) couverture(s) en cas d'incapacité de travail (voir 3.3) voire de mettre fin à la (aux) couverture(s) concernée(s) si les revenus professionnels de l'affilié diminuent ou si celui-ci s'avère être également couvert par une autre compagnie d'assurance ou un autre organisme de pension pour des risques identiques ou similaires (voir 3.4.1). En cas de réduction des couvertures de risque déjà effectivement assurées (ou de limitation de leurs paramètres) à l'initiative de l'assureur, comme indiqué précédemment, celui-ci en informe l'affilié. À cette occasion, l'assureur lui remettra un Certificat Personnel modifié portant mention des montants assurés (et des paramètres) adaptés des couvertures de risque.

3.4.3 Modification du risque

Si un document quelconque laisse apparaître que, lors de l'acceptation d'une couverture de risque par l'assureur ou pour le calcul du tarif d'une couverture de risque, il a été tenu compte de caractéristiques particulières de l'affilié, également appelées « critères de segmentation » ou « critères constitutifs du tarif » (tabagisme, activité professionnelle, statut social, sports pratiqués, domicile, etc.), pour plus d'informations sur les critères de segmentation appliqués par l'assureur, vous pouvez consulter le site Internet www.xerius.be/fr-be/protegez-vous, toute modification de ces éléments doit être signalée spontanément et par écrit à l'assureur dans les 30 jours. L'assureur a également le droit d'interroger l'affilié au sujet d'éventuelles modifications des informations précitées, auquel cas l'affilié est dans l'obligation d'apporter des réponses à ces questions dans le délai prescrit.

Si l'aggravation ou la diminution du risque concerné 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 ou à la date à laquelle l'assureur a pris connaissance de la diminution du risque. L'assureur présente sa proposition écrite, expresse et dûment motivée à l'affilié. Si, en cas d'aggravation du risque, la proposition motivée de l'assureur est refusée ou n'est pas acceptée dans un délai d'un mois à compter de sa réception, l'assureur peut résilier la couverture concernée par courrier recommandé 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 courrier recommandé dans un délai d'un mois à compter de la date à laquelle il a pris connaissance de l'aggravation du risque.

Si un sinistre survenait avant que l'aggravation du risque n'ait été communiquée à l'assureur, le versement serait réglé sur la base des prestations qui auraient été assurées avec la prime réellement payée, en tenant compte des caractéristiques modifiées du risque, si la non-communication spontanée de l'aggravation du risque peut être invoquée ou si cet élément n'a pas été mentionné en réponse aux questions de l'assureur. Si, cependant, l'assureur peut fournir la preuve qu'il n'aurait pas accordé la couverture dans les circonstances modifiées, il peut limiter la prestation au remboursement de toutes les primes payées pour le risque concerné. Si la non-communication spontanée de l'aggravation du risque ou sa non-mention en réponse aux questions afférentes de l'assureur relève d'une intention frauduleuse, l'assureur peut refuser tout versement 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 au changement de l'état de santé de l'affilié et ne valent, en ce qui concerne les couvertures en cas d'incapacité de travail (voir 3.3), que sous respect des restrictions légales contraignantes spécifiques en la matière.

3.4.4 Secret médical

L'affilié et les tiers intéressés libèrent tout médecin du secret médical vis-à-vis (du médecin-conseil) de l'assureur afin de remplir toutes les obligations prévues par les Conditions Générales, et ce, également après un décès. L'affilié autorise expressément quelque médecin que ce soit à transmettre au médecin-conseil de l'assureur une déclaration dûment complétée – selon le modèle établi par l'assureur – relative à la cause du décès.

4. Fonctionnement de la « pension complémentaire libre pour indépendants » (contrat PCLI)

4.1 Contexte

Le point 4 concerne les contrats avec régime fiscal et juridique de la « pension complémentaire libre pour indépendants » (également appelés contrats PCLI) au sens de la section 4 de la loi-programme (I) du 24 décembre 2002 et des arrêtés d'exécution afférents.

Il y est opéré une distinction entre les contrats PCLI sans Régime de Solidarité (formule Xerius Relax4Pension) et les contrats PCLI avec Régime de Solidarité (formules Xerius Relax4More et Xerius Relax4Life ; voir 4.9).

Le contrat PCLI est accessible aux catégories de personnes suivantes, à condition qu'elles n'aient pas atteint l'âge légal de la pension :

- les indépendants à titre principal ;
- les indépendants établis à titre complémentaire et payant une cotisation minimale forfaitaire (CMF) suffisamment élevée ;
- les aidants indépendants qui paient les cotisations sociales prévues pour les indépendants à titre principal ;
- les conjoints aidants au maxi-statut ;
- les prestataires de soins salariés conventionnés (ils n'ont accès qu'aux formules Xerius Relax4More et Xerius Relax4Life).

4.2 Entrée en vigueur/paiement des primes/échéance/âge de la pension

Le contrat PCLI entre en vigueur à la date indiquée sur le Certificat Personnel.

Le paiement des primes se fait sur le compte bancaire désigné par l'assureur ou par la Caisse d'assurances sociales de Xerius et porte mention des références communiquées sur la base de factures émises par l'assureur ou la Caisse d'assurances sociales de Xerius, ou éventuellement par domiciliation SEPA. L'assureur peut refuser tout autre mode de paiement. Le paiement des primes à tout intermédiaire (autre que la Caisse d'assurances sociales de Xerius) n'a aucun caractère libératoire vis-à-vis de l'assureur. Les primes sont dues aux dates figurant sur le Certificat Personnel, cependant au plus tard jusqu'au terme antérieur (voir ci-dessous) ou au décès antérieur de l'affilié. Le paiement des primes n'est pas obligatoire, sauf si l'affilié y est contraint de son propre fait, par un autre engagement que le contrat (emprunt ou crédit).

Le paiement des primes par l'affilié confirme son éligibilité à participer au régime précité de la PCLI. Le montant annuel global des primes des couvertures « capital décès » et « capital pension » est indiqué dans le Certificat Personnel et représente un pourcentage du revenu professionnel de référence communiqué par l'affilié, tel que défini dans la législation susvisée, en tenant compte des seuils et limitations qui y sont fixés. Le montant annuel des primes s'élève toujours au moins à 100,00 euros.

Dès qu'il en a connaissance, mais au plus tard dans le courant du mois de mars de chaque année, l'affilié communique par écrit à l'assureur le nouveau montant de son revenu professionnel de référence susvisé pour l'année civile en cours. S'il ne le fait pas, l'assureur suppose que le revenu a augmenté et applique une méthode d'indexation raisonnable (indice des salaires, indice des prix à la consommation, etc.) ou, si la prime de l'année précédente était égale à la prime maximale du régime de la PCLI, que le revenu de l'année subséquente est suffisant (a augmenté) pour justifier la nouvelle prime maximale de l'année en question. L'affilié assume l'entière responsabilité de toutes les conséquences de la communication tardive, incomplète ou inexacte des données nécessaires à l'assureur. Si la prime est perçue par la Caisse d'assurances sociales de Xerius, c'est le revenu professionnel de référence de l'affilié connu de la caisse en question qui sera pris en considération pour calculer la prime annuelle. Si l'affilié estime qu'il ne s'agit pas du revenu exact, il peut prendre contact avec la Caisse d'assurances sociales de Xerius.

L'« échéance » du contrat PCLI mentionnée sur le Certificat Personnel renvoie à la « date de prise d'effet de la pension de retraite légale » et vise la date effective de mise à la retraite au sens de l'article 42, 14° de la loi-programme (I) du 24 décembre 2002, à savoir la prise de cours effective de la pension de retraite légale de l'affilié, relative à l'activité professionnelle qui a donné lieu à la constitution de la pension complémentaire. L'« échéance prévue » du contrat PCLI stipulée sur le Certificat Personnel est l'« âge de la retraite » au sens de l'article 42, 15° de la loi-programme (I) précitée du 24 décembre 2002, qui peut différer de la date de mise à la retraite effective susmentionnée et donc aussi de la date à laquelle le capital de pension (voir 3.1) est distribué.

4.3 Droits de l'affilié

Sans préjudice de l'application des limitations légales et conventionnelles, comme celles découlant de l'affectation du contrat à des activités de financement immobilier (voir ci-dessous), ou de l'acceptation de la désignation bénéficiaire (voir 4.4), l'affilié peut :

- désigner, révoquer et modifier le(s) bénéficiaire(s) de la couverture « capital décès » (voir 3.2) ;
- résilier ou racheter le contrat en effectuant un versement de la valeur de rachat dans les circonstances et sous les conditions dans lesquelles la législation applicable autorise ce rachat (sur la base de la législation actuelle, c'est entre autres le cas dès la date à laquelle l'affilié atteint l'âge légal de la pension ou à partir de la date à laquelle il satisfait aux conditions d'obtention de sa pension de retraite anticipée d'indépendant ou d'employé, en fonction du statut social sous lequel le contrat a été conclu) ;
- racheter le contrat sous la forme d'un transfert des réserves vers une autre compagnie d'assurance ou vers un autre organisme de pension agréé où il a conclu un (autre) contrat PCLI ;
- obtenir une avance sur les prestations assurées, dans les limites décrites ci-dessous ;
- mettre les droits découlant du contrat en gage ou les céder à un tiers, dans les limites décrites ci-dessous.

L'affilié peut faire affecter le contrat PCLI en garantie du financement de biens immobiliers, sachant qu'une avance et/ou une mise en gage (y compris une cession de droits à un tiers) ne peut(en)t être consentie(s) que pour permettre à l'affilié d'acquérir, de construire, d'améliorer, de réparer ou de transformer son habitation propre et unique située en Belgique, qui génère des revenus imposables. En outre, les avances et emprunts doivent être remboursés dès que l'habitation en question quitte le patrimoine de l'affilié. L'affilié peut obtenir les conditions, limitations et modalités relatives à la demande d'une avance auprès de l'assureur (voir aussi 2.7).

L'attention est attirée sur le fait que l'affectation du contrat PCLI au financement de biens immobiliers peut avoir pour conséquence que les réserves du contrat ne puissent être rachetées par l'affilié et que la possibilité pour celui-ci de faire modifier les couvertures de risque s'en trouve limitée, voire que l'assureur même puisse modifier les couvertures de risque et types de placement ou mettre lui-même un terme à ces couvertures de risque avant que les réserves concernées soient épuisées (voir également 2.5.1 et 4.5).

4.4 Acceptation de la désignation bénéficiaire

Tout bénéficiaire peut déjà accepter le bénéfice des couvertures avant leur exigibilité, moyennant un avenant au Certificat Personnel signé par lui, l'affilié et l'assureur.

Sauf dans les cas où la législation autorise la révocation, l'acceptation du bénéfice a pour effet que la résiliation, la révocation et la modification de la désignation bénéficiaire, le rachat, l'obtention d'une avance, la mise en gage et la cession des droits requièrent l'accord écrit du bénéficiaire acceptant. Cet accord est également requis pour toute modification impliquant une réduction des prestations d'assurance assurées au profit du bénéficiaire-acceptant par les primes déjà payées.

4.5 Non-paiement des primes/épuisement des réserves

À défaut d'autre choix de l'affilié, autorisé et confirmé par écrit par l'assureur, et sans préjudice des éventuelles restrictions qui pourraient découler de l'affectation du contrat au financement de biens immobiliers (voir 4.3), les primes de risque nécessaires au maintien de la couverture « capital décès » (voir 3.2) dans sa dernière situation assurée [montant (minimal) éventuel et période de couverture] continuent d'être déduites des réserves (libres, voir 2.5.1) du (des) contrat(s) (conjoint(s)) jusqu'à épuisement de celles-ci, dès la première échéance de prime impayée. Après épuisement de ces réserves (libres), il est mis fin à la « couverture décès supplémentaire », mais au plus tôt 30 jours après que l'assureur en a informé l'affilié par courrier recommandé. Il est mis un terme aux couvertures en cas d'incapacité de travail 30 jours après que l'assureur en a informé l'affilié par courrier recommandé.

Dans la mesure où l'affilié bénéficie d'une attribution dans le cadre de la couverture « exonération de primes en cas d'incapacité de travail », cette attribution est, sauf convention contraire, affectée par priorité au maintien du financement des couvertures de risque dans leur dernière situation assurée [montant (minimal) éventuel, périodes de couverture et de paiement, délai de carence, etc.]. (Voir également 3.3.2.d concernant l'exonération « endogène » de prime dans le cadre des couvertures « rentes d'incapacité de travail ».)

Si, pour quelque raison que ce soit, l'assureur constate que les réserves (libres) sont devenues insuffisantes pour poursuivre la déduction des primes de risque nécessaires à la « couverture décès supplémentaire », il peut mettre fin prématurément à cette couverture. Cette cessation anticipée intervient cependant au plus tôt 30 jours après que l'assureur en a informé l'affilié par courrier recommandé.

4.6 Paiement par rente

Le capital de pension, le versement de la valeur de rachat qui revient à l'affilié, ainsi que le capital décès peuvent, après imputation des éventuels frais, retenues, indemnités légalement obligatoires et autres montants qui seraient encore dus à l'assureur ou à des tiers (par exemple, à un créancier gagiste), être convertis en une rente sur demande écrite du (des) bénéficiaire(s), mais uniquement si le montant annuel de la rente initiale pour le bénéficiaire concerné excède le seuil fixé par la loi.

Sans préjudice de l'application de dispositions impératives en la matière, le montant de la rente est fixé sur la base des tarifs que l'assureur applique en la matière à la date à laquelle la rente prend cours, en tenant compte d'une indexation annuelle de 2 % par progression géométrique et, en ce qui concerne le capital de pension ou le versement de la valeur de rachat qui revient à l'affilié, d'une cessibilité de cette rente. La cessibilité indique que lors du décès de l'affilié après la date à laquelle la rente a pris cours, son paiement se poursuit à concurrence de 80 % en faveur du partenaire de l'affilié (qui était déjà son partenaire à la date à laquelle la rente initiale a pris cours). Est considérée comme partenaire, la personne avec qui l'affilié est marié et non séparé de corps et de biens ou, à défaut, la personne avec qui l'affilié « cohabite légalement » selon les articles 1475 et suivants du code civil ou selon une législation étrangère similaire.

En cas de demande de conversion d'un capital en rente, comme indiqué précédemment, l'assureur a toutefois le droit de transférer ce capital à un autre organisme de pension qui prend à sa charge toutes les obligations relatives à cette rente dans le respect des éventuelles dispositions contraignantes en la matière. Le cas échéant, l'assureur est libéré de toute obligation afférente à la rente (et à son versement).

4.7 Certificat Personnel et fiche de pension annuelle

L'assureur produit un Certificat Personnel (actualisé) qu'il transmet à l'affilié lors de l'entrée en vigueur et de chaque modification subséquente du contrat PCLI. Le dernier Certificat Personnel délivré remplace toujours le précédent.

L'assureur émet aussi annuellement une « fiche de pension » qu'il remet à l'affilié, sauf si celui-ci jouit d'une rente.

L'affilié est supposé marquer intégralement son accord avec le contenu de son Certificat Personnel et de ses fiches de pension, sauf s'il a communiqué ses remarques par écrit à l'assureur dans les 30 jours qui suivent la délivrance des documents par celui-ci.

Si l'affilié en fait la demande, l'assureur lui remet un aperçu récapitulatif des réserves. Il est également loisible à l'affilié de consulter l'état des réserves sur www.mypension.be.

4.8 Législation applicable

Le contrat est soumis à la législation belge en matière d'assurances complémentaires et assurances-vie individuelles en général et, en ce qui concerne les couvertures « capital décès » et « capital de pension », à la législation relative au régime de la PCLI en particulier (voir 4.1). Les éventuelles autres couvertures ne relèvent pas de la législation relative au régime de la PCLI susvisée.

Si l'affilié est établi en dehors de la Belgique, les parties optent expressément, si la loi l'autorise, pour l'application du droit belge relatif aux assurances complémentaires et assurances vie individuelles.

4.9 Contrat PCLI avec Régime de Solidarité (formules Xerius Relax4More et Xerius Relax4Life)

Si un « Régime de Solidarité » tel que visé à l'article 46 de la loi-programme (I) du 24 décembre 2002 est adossé au contrat PCLI, il est question d'un contrat PCLI avec Régime de Solidarité (formules Xerius Relax4More et Xerius Relax4Life, également appelées « PCLI sociales »). Le fait qu'il s'agisse d'un contrat PCLI avec Régime de Solidarité (formules Xerius Relax4More et Xerius Relax4Life) est attesté par la mention sur le Certificat Personnel de la conclusion du contrat en

application de l'article susvisé. L'organisateur du Régime de Solidarité est l'assureur. Le contrat PCLI sans Régime de Solidarité renvoie à la formule Xerius Relax4Pension.

Le fonctionnement du Régime de Solidarité ainsi que la nature et la portée des prestations de solidarité qu'il sous-entend sont fixés par le « Règlement de solidarité » et les dispositions complémentaires du Certificat Personnel.

Dans le cadre d'un contrat PCLI avec Régime de Solidarité, le montant annuel des primes, exprimé tel un pourcentage du revenu professionnel de référence communiqué par l'affilié, comprend la cotisation pour les prestations de solidarité incluse dans le Régime de Solidarité. Cette « cotisation de solidarité » s'élève à 10 % (formule Xerius Relax4More) ou 20 % (formule Xerius Relax4Life) du montant annuel des primes susvisé et est en principe soustraite des réserves le 31 décembre de chaque année (voir le Règlement de solidarité pour davantage de précisions). Le montant de la prime annuelle, comprenant, comme indiqué précédemment, la cotisation de solidarité, s'élève toujours au minimum à 111,11 euros pour la formule Xerius Relax4More et à 125,00 euros pour la formule Xerius Relax4Life, ce qui correspond, après déduction de la cotisation de solidarité de 10 % (formule Xerius Relax4More) ou 20 % (formule Xerius Relax4Life), au montant minimal légal de 100,00 euros destiné aux couvertures « capital pension » et « capital décès » (voir 4.2).

Lorsque la couverture « exonération de primes en cas d'incapacité de travail » s'applique à un contrat PCLI avec Régime de Solidarité, le terme « TP » visant à déterminer le montant assuré de cette couverture (voir 3.3.2.d) correspond, en ce qui concerne le contrat PCLI, à 90 % (formule Xerius Relax4More) ou 80 % (formule Xerius Relax4Life) du montant annuel des primes.

Sauf indication contraire, les dispositions des présentes Conditions Générales ne s'appliquent pas au Régime de Solidarité. Lorsqu'un contrat PCLI social est conjoint avec un ou plusieurs autres contrats (voir point 2.5.2), cette jonction ne porte jamais sur le Régime de Solidarité.

4.10 Conversion entre les différents types de contrats PCLI

L'affilié peut demander que son contrat PCLI d'un certain type soit converti en un contrat PCLI d'un autre type. La conversion est en principe possible de :

- la formule Xerius Relax4Pension à la formule Xerius Relax4More ;
- la formule Xerius Relax4Pension à la formule Xerius Relax4Life ;
- la formule Xerius Relax4More à la formule Xerius Relax4Pension ;
- la formule Xerius Relax4More à la formule Xerius Relax4Life ;
- la formule Xerius Relax4Life à la formule Xerius Relax4Pension ;
- la formule Xerius Relax4Life à la formule Xerius Relax4More.

La demande de conversion doit toujours être introduite par écrit, ce qui donnera lieu à une discussion plus approfondie entre l'assureur et l'affilié portant sur la possibilité de conversion.

La conversion des formules Xerius Relax4More ou Xerius Relax4Life à la formule Xerius Relax4Pension pendant l'année en cours n'est possible que si la prime maximale pour la formule Xerius Relax4Pension n'a pas encore été dépassée. Si la prime maximale pour la formule Xerius Relax4Pension a effectivement été dépassée, la conversion ne pourra prendre effet que le 1^{er} janvier de l'année subséquente à la demande.

Si l'assureur ne reçoit la demande écrite de conversion de l'affilié qu'après le 1^{er} décembre de l'année civile en cours, l'assureur peut, sans préjudice de l'application des autres dispositions des Conditions Générales et, le cas échéant, du Règlement de Solidarité, refuser, sans autre motif, la conversion pour l'année civile en cours.

En ce qui concerne les formules Xerius Relax4More et Xerius Relax4Life, l'âge maximal de souscription est fixé à 54 ans. Cet âge maximal s'applique également aux demandes de conversion. Toute conversion aux formules Xerius Relax4More et Xerius Relax4Life après l'âge maximal de 54 ans n'est par conséquent plus possible.

5. Fonctionnement du « contrat INAMI »

5.1 Contrat INAMI

Le point 5 est dédié aux contrats INAMI, à savoir les contrats conformes aux conditions légales en matière de contrats PCLI avec Régime de Solidarité (formules Xerius Relax4More ou Xerius Relax4Life ; voir 4.9) uniquement financés par l'intervention de l'INAMI pour certaines personnes exerçant une « activité dans le domaine des soins de santé », et ce, en vertu de l'article 54 de la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Les métiers de la santé entrant actuellement en considération – sous conditions – pour la conclusion d'un contrat INAMI sont :

- les médecins ;

- les dentistes ;
- les logopèdes ;
- les kinésithérapeutes ;
- les infirmiers indépendants à titre principal ;
- les pharmaciens.

Cette liste peut toujours faire l'objet de modifications de la part de l'INAMI. Le site Internet de l'INAMI peut être consulté pour en obtenir la version la plus récente, à l'adresse : www.INAMI.fgov.be/.

5.2 Entrée en vigueur/paiement des primes/échéance/âge de la pension

Le contrat entre en vigueur à la date indiquée sur le Certificat Personnel.

Le paiement des primes se fait directement par l'INAMI à l'assureur.

Le paiement des primes n'est pas obligatoire dans le cadre d'un contrat INAMI. Si l'assureur, pour quelque raison que ce soit, ne perçoit rien de l'INAMI, cela ne signifie pas qu'il est automatiquement mis fin au contrat (voir 5.5).

L'« échéance » du contrat INAMI mentionnée sur le Certificat Personnel renvoie à la « date de prise d'effet de la pension de retraite légale » et vise la date effective de mise à la retraite au sens de l'article 42, 14° de la loi-programme (I) du 24 décembre 2002, à savoir la prise de cours effective de la pension de retraite légale de l'affilié, relative à l'activité professionnelle qui a donné lieu à la constitution de la pension complémentaire. L'« échéance prévue » du contrat INAMI stipulée sur le Certificat Personnel est l'« âge de la retraite » au sens de l'article 42, 15° de la loi-programme (I) précitée du 24 décembre 2002, qui peut différer de la date de mise à la retraite effective susmentionnée et donc aussi de la date à laquelle le capital de pension (voir 3.1) est distribué.

5.3 Droits de l'affilié

Sans préjudice de l'application des limitations légales et conventionnelles, comme celles découlant de l'affectation du contrat à des activités de financement immobilier (voir ci-dessous), ou de l'acceptation de la désignation bénéficiaire (voir 5.4), l'affilié peut :

- désigner, révoquer et modifier le(s) bénéficiaire(s) des prestations d'assurance ;
- résilier ou racheter le contrat en effectuant un versement de la valeur de rachat dans les circonstances et sous les conditions dans lesquelles la législation applicable autorise ce rachat (sur la base de la législation actuelle, c'est entre autres le cas dès la date à laquelle l'affilié atteint l'âge légal de la pension ou à partir de la date à laquelle il satisfait aux conditions d'obtention de sa pension de retraite anticipée d'indépendant ou d'employé, en fonction du statut social sous lequel le contrat a été conclu) ;
- racheter le contrat sous la forme d'un transfert des réserves vers une autre compagnie d'assurance ou vers un autre organisme de pension agréé où il a conclu un (autre) contrat INAMI ;
- obtenir une avance sur les prestations assurées, dans les limites décrites ci-dessous ;
- mettre les droits découlant du contrat en gage ou les céder à un tiers, dans les limites décrites ci-dessous.

L'affilié peut faire affecter le contrat INAMI en garantie du financement de biens immobiliers, sachant qu'une avance et/ou une mise en gage (y compris une cession de droits à un tiers) ne peut(vent) être consentie(s) que pour permettre à l'affilié d'acquiescer, de construire, d'améliorer, de réparer ou de transformer son habitation propre et unique située en Belgique, qui génère des revenus imposables. En outre, les avances et emprunts doivent être remboursés dès que l'habitation en question quitte le patrimoine de l'affilié. L'affilié peut obtenir les conditions, limitations et modalités relatives à la demande d'une avance auprès de l'assureur (voir aussi 2.7).

L'attention est attirée sur le fait que l'affectation du contrat INAMI au financement de biens immobiliers peut avoir pour conséquence que les réserves du contrat ne puissent être rachetées par l'affilié et que la possibilité pour celui-ci de faire modifier les couvertures de risque s'en trouve limitée, voire que l'assureur même puisse modifier les couvertures de risque et types de placement ou mettre lui-même un terme à ces couvertures de risque avant que les réserves concernées soient épuisées (voir également 2.5.1 et 5.5).

5.4 Acceptation de la désignation bénéficiaire

Tout bénéficiaire peut déjà accepter le bénéfice des couvertures avant leur exigibilité, moyennant un avenant au Certificat Personnel signé par lui, l'affilié et l'assureur.

Sauf dans les cas où la législation autorise la révocation, l'acceptation du bénéfice a pour effet que la résiliation, la révocation et la modification de la désignation bénéficiaire, le rachat, l'obtention d'une avance, la mise en gage et la cession des droits requièrent l'accord écrit du bénéficiaire acceptant. Cet accord est également requis pour toute modification

impliquant une réduction des prestations d'assurance assurées au profit du bénéficiaire-acceptant par les primes déjà payées.

5.5 Non-paiement des primes/épuisement de la réserve

À défaut d'autre choix de l'affilié, autorisé et confirmé par écrit par l'assureur, et sans préjudice des éventuelles restrictions qui pourraient découler de l'affectation du contrat au financement de biens immobiliers (voir 5.3), les primes de risque nécessaires au maintien de la couverture « capital décès » (voir 3.2) dans sa dernière situation assurée [montant (minimal) éventuel et période de couverture] continuent, à défaut de poursuite du paiement des primes, d'être déduites des réserves (libres, voir 2.5.1) du (des) contrat(s) (conjoints) jusqu'à épuisement de celles-ci. Après épuisement de ces réserves (libres), il est mis fin à la « couverture décès supplémentaire », mais au plus tôt 30 jours après que l'assureur en a informé l'affilié par courrier recommandé.

Si, pour quelque raison que ce soit, l'assureur constate que les réserves (libres) sont devenues insuffisantes pour poursuivre la déduction des primes de risque nécessaires à la « couverture décès supplémentaire », il peut mettre fin prématurément à cette couverture. Cette cessation anticipée intervient cependant au plus tôt 30 jours après que l'assureur en a informé l'affilié par courrier recommandé.

5.6 Paiement par rente

Le capital de pension, le versement de la valeur de rachat qui revient à l'affilié, ainsi que le capital décès peuvent, après imputation des éventuels frais, retenues, indemnités légalement obligatoires et autres montants qui seraient encore dus à l'assureur ou à des tiers (par exemple, à un créancier gagiste), être convertis en une rente sur demande écrite du (des) bénéficiaire(s), mais uniquement si le montant annuel de la rente initiale pour le bénéficiaire concerné excède le seuil fixé par la loi.

Sans préjudice de l'application de dispositions impératives en la matière, le montant de la rente est fixé sur la base des tarifs que l'assureur applique en la matière à la date à laquelle la rente prend cours, en tenant compte d'une indexation annuelle de 2 % par progression géométrique et, en ce qui concerne le capital de pension ou le versement de la valeur de rachat qui revient à l'affilié, d'une cessibilité de cette rente. La cessibilité indique que lors du décès de l'affilié après la date à laquelle la rente a pris cours, son paiement se poursuit à concurrence de 80 % en faveur du partenaire de l'affilié (qui était déjà son partenaire à la date à laquelle la rente initiale a pris cours). Est considérée comme partenaire, la personne avec qui l'affilié est marié et non séparé de corps et de biens ou, à défaut, la personne avec qui l'affilié « cohabite légalement » selon les articles 1475 et suivants du code civil ou selon une législation étrangère similaire.

En cas de demande de conversion d'un capital en rente, comme indiqué précédemment, l'assureur a toutefois le droit de transférer ce capital à un autre organisme de pension qui prend à sa charge toutes les obligations relatives à cette rente dans le respect des éventuelles dispositions contraignantes en la matière. Le cas échéant, l'assureur est libéré de toute obligation afférente à la rente (et à son versement).

5.7 Certificat Personnel et fiche de pension annuelle

L'assureur produit un Certificat Personnel (actualisé) qu'il transmet à l'affilié lors de l'entrée en vigueur et de chaque modification subséquente du contrat INAMI. Le dernier Certificat Personnel délivré remplace toujours le précédent.

L'assureur émet aussi annuellement une « fiche de pension » qu'il remet à l'affilié, sauf si celui-ci jouit d'une rente.

L'affilié est supposé marquer intégralement son accord avec le contenu de son Certificat Personnel et de ses fiches de pension, sauf s'il a communiqué ses remarques par écrit à l'assureur dans les 30 jours qui suivent la délivrance des documents par celui-ci.

Si l'affilié en fait la demande, l'assureur lui remet un aperçu récapitulatif de la réserve. Il est également loisible à l'affilié de consulter l'état de la réserve sur www.mypension.be.

5.8 Régime de Solidarité

Un « Régime de Solidarité » est toujours associé au contrat INAMI, tel que visé à l'article 46 de la loi-programme (I) du 24 décembre 2002. L'organisateur du Régime de Solidarité est l'assureur.

Le fonctionnement du Régime de Solidarité ainsi que la nature et la portée des prestations de solidarité qu'il sous-entend sont fixés par le « Règlement de solidarité » et les dispositions complémentaires du Certificat Personnel.

Les prestations de solidarité sont financées par une « cotisation de solidarité » qui s'élève à 10 % (formule Xerius Relax4More) ou 20 % (formules Xerius Relax4Life) de l'intervention INAMI et qui est en principe déduite des réserves le 31 décembre de chaque année (voir le Règlement de solidarité pour davantage de précisions).

Sauf indication contraire, les dispositions des présentes Conditions Générales ne s'appliquent pas au Régime de Solidarité. Lorsqu'un contrat INAMI est conjoint avec un ou plusieurs autres contrats (voir point 2.5.2), cette jonction ne porte jamais sur le Régime de Solidarité.

5.9 Législation applicable

Le contrat est soumis à la législation belge en matière d'assurances-vie individuelles en général et en matière de contrats INAMI qui satisfont aux conditions légales du contrat PCLI avec Régime de Solidarité en particulier (voir 5.1).

Si l'affilié est établi en dehors de la Belgique, les parties optent expressément, si la loi l'autorise, pour l'application du droit belge relatif aux assurances vie individuelles.

6. Fonctionnement de la « convention de pension pour travailleurs indépendants » (contrat CPTI)

6.1 Contexte

Le point 6 concerne la « convention de pension pour travailleurs indépendants » (également appelé « contrat CPTI ») au sens du Titre II de la loi du 18 février 2018 portant des dispositions diverses en matière de pensions complémentaires et instaurant une pension complémentaire pour les travailleurs indépendants personnes physiques, pour les conjoints aidants et pour les aidants indépendants et des arrêtés d'exécution afférents.

Le contrat CPTI est accessible aux catégories de personnes suivantes, à condition qu'elles n'aient pas atteint l'âge légal de la pension, et pour autant qu'elles soient actives en tant que personne physique (et donc pas en qualité de gérant, d'administrateur... d'une personne morale) :

- les indépendants à titre principal ;
- les indépendants établis à titre complémentaire et payant une cotisation minimale forfaitaire (CMF) suffisamment élevée ;
- les aidants indépendants qui paient les cotisations sociales prévues pour les indépendants à titre principal ;
- les conjoints aidants au maxi-statut.

6.2 Entrée en vigueur/paiement des primes/échéance/âge de la pension

Le contrat CPTI entre en vigueur à la date indiquée sur le Certificat Personnel.

Le paiement des primes se fait sur le compte bancaire désigné par l'assureur et porte mention des références communiquées sur la base de factures émises par l'assureur, ou éventuellement par domiciliation SEPA. L'assureur peut refuser tout autre mode de paiement. Le paiement des primes à tout intermédiaire n'a aucun caractère libératoire vis-à-vis de l'assureur. Les primes sont dues aux dates figurant sur le Certificat Personnel, cependant au plus tard jusqu'au terme antérieur (voir ci-dessous) ou au décès antérieur de l'affilié. Le paiement des primes n'est pas obligatoire, sauf si l'affilié y est contraint de son propre fait, par un autre engagement que le contrat (emprunt ou crédit).

Le paiement des primes par l'affilié confirme son éligibilité à participer au régime de la CPTI précité.

L'affilié communique à l'assureur, en vue du contrôle des limitations fiscales, toute modification de l'état civil et de son revenu de référence, tel que visé à l'article 145^{3/1}, deuxième alinéa, 1 du Code des impôts sur les revenus, ainsi que les caractéristiques des autres régimes de pension éventuels relevant du deuxième pilier de pension dont il bénéficie. À défaut de communication, l'assureur considère que le revenu de référence précédent est suffisant (ou a suffisamment augmenté) au regard de ces limitations fiscales, que l'état civil est demeuré inchangé, et que les caractéristiques des autres régimes de pension éventuels relevant du deuxième pilier de pension dont il bénéficie et qu'il a transmises auparavant sont toujours actuelles.

L'« échéance » du contrat CPTI mentionnée sur le Certificat Personnel renvoie à la « date de prise d'effet de la pension de retraite légale » et vise la date effective de mise à la retraite au sens de l'article 2, 13° de la loi du 18 février 2018 portant des dispositions diverses en matière de pensions complémentaires et instaurant une pension complémentaire pour les travailleurs indépendants personnes physiques, pour les conjoints aidants et pour les aidants indépendants, à savoir la prise de cours effective de la pension de retraite légale de l'affilié, relative à l'activité professionnelle qui a donné lieu à la constitution de la pension complémentaire. L'« échéance prévue » du contrat CPTI stipulée sur le Certificat Personnel est

l'« âge de la retraite » au sens de l'article 2, 11° de cette même loi du 18 février 2018, qui peut différer de la date de mise à la retraite effective susmentionnée et donc aussi de la date à laquelle le capital de pension (voir 3.1) est distribué.

6.3 Droits de l'affilié

Sans préjudice de l'application des limitations légales et conventionnelles, comme celles découlant de l'affectation du contrat à des activités de financement immobilier (voir ci-dessous), ou de l'acceptation de la désignation bénéficiaire (voir 6.4), l'affilié peut :

- désigner, révoquer et modifier le(s) bénéficiaire(s) de la couverture « capital décès » (voir 3.2) ;
- résilier ou racheter le contrat en effectuant un versement de la valeur de rachat dans les circonstances et sous les conditions dans lesquelles la législation applicable autorise ce rachat (sur la base de la législation actuelle, c'est entre autres le cas dès la date à laquelle l'affilié atteint l'âge légal de la pension ou à partir de la date à laquelle il satisfait aux conditions d'obtention de sa pension de retraite anticipée d'indépendant) ;
- racheter le contrat sous la forme d'un transfert des réserves vers une autre compagnie d'assurance ou vers un autre organisme de pension agréé où il a conclu un (autre) contrat CPTI ;
- obtenir une avance sur les prestations assurées, dans les limites décrites ci-dessous ;
- mettre les droits découlant du contrat en gage ou les céder à un tiers, dans les limites décrites ci-dessous.

L'affilié peut faire affecter le contrat CPTI en garantie du financement de biens immobiliers, sachant qu'une avance et/ou une mise en gage (y compris une cession de droits à un tiers) ne peut(ven)t être consentie(s) que pour permettre à l'affilié d'acquiescer, de construire, d'améliorer, de réparer ou de transformer son habitation propre et unique située en Belgique, qui génère des revenus imposables. En outre, les avances et emprunts doivent être remboursés dès que l'habitation en question quitte le patrimoine de l'affilié. L'affilié peut obtenir les conditions, limitations et modalités relatives à la demande d'une avance auprès de l'assureur (voir aussi 2.7).

L'attention est attirée sur le fait que l'affectation du contrat CPTI au financement de biens immobiliers peut avoir pour conséquence que les réserves du contrat ne puissent être rachetées par l'affilié et que la possibilité pour celui-ci de faire modifier les couvertures de risque s'en trouve limitée, voire que l'assureur même puisse modifier les couvertures de risque et types de placement ou mettre lui-même un terme à ces couvertures de risque avant que les réserves concernées soient épuisées (voir également 2.5.1 et 6.5).

6.4 Acceptation de la désignation bénéficiaire

Tout bénéficiaire peut déjà accepter le bénéfice des couvertures avant leur exigibilité, moyennant un avenant au Certificat Personnel signé par lui, l'affilié et l'assureur.

Sauf dans les cas où la législation autorise la révocation, l'acceptation du bénéfice a pour effet que la résiliation, la révocation et la modification de la désignation bénéficiaire, le rachat, l'obtention d'une avance, la mise en gage et la cession des droits requièrent l'accord écrit du bénéficiaire acceptant. Cet accord est également requis pour toute modification impliquant une réduction des prestations d'assurance assurées au profit du bénéficiaire-acceptant par les primes déjà payées.

6.5 Non-paiement des primes/épuisement des réserves

À défaut d'autre choix de l'affilié, autorisé et confirmé par écrit par l'assureur, et sans préjudice des éventuelles restrictions qui pourraient découler de l'affectation du contrat au financement de biens immobiliers (voir 6.3), les primes de risque nécessaires au maintien de la couverture « capital décès » (voir 3.2) dans sa dernière situation assurée [montant (minimal) éventuel et période de couverture] continuent d'être déduites des réserves (libres, voir 2.5.1) du (des) contrat(s) (conjoint) jusqu'à épuisement de celles-ci, dès la première échéance de prime impayée. Après épuisement de ces réserves (libres), il est mis fin à la « couverture décès supplémentaire », mais au plus tôt 30 jours après que l'assureur en a informé l'affilié par courrier recommandé. Il est mis un terme aux couvertures en cas d'incapacité de travail 30 jours après que l'assureur en a informé l'affilié par courrier recommandé.

Dans la mesure où l'affilié bénéficie d'une attribution dans le cadre de la couverture « exonération de primes en cas d'incapacité de travail », cette attribution est, sauf convention contraire, affectée par priorité au maintien du financement des couvertures de risque dans leur dernière situation assurée [montant (minimal) éventuel, périodes de couverture et de paiement, délai de carence, etc.]. (Voir également 3.3.2.d concernant l'exonération « endogène » de prime dans le cadre des couvertures « rentes d'incapacité de travail ».)

Si, pour quelque raison que ce soit, l'assureur constate que les réserves (libres) sont devenues insuffisantes pour poursuivre la déduction des primes de risque nécessaires à la « couverture décès supplémentaire », il peut mettre fin prématurément à cette couverture. Cette cessation anticipée intervient cependant au plus tôt 30 jours après que l'assureur en a informé l'affilié par courrier recommandé.

6.6 Paiement par rente

Le capital de pension et le versement de la valeur de rachat qui revient à l'affilié peuvent, après imputation des éventuels frais, retenues, indemnités légalement obligatoires et autres montants qui seraient encore dus à l'assureur ou à des tiers (par exemple, à un créancier gagiste), être convertis en une rente sur demande écrite de l'affilié, mais uniquement si le montant annuel de la rente initiale pour l'affilié excède le seuil fixé par la loi.

Sans préjudice de l'application de dispositions impératives en la matière, le montant de la rente est fixé sur la base des tarifs que l'assureur applique en la matière à la date à laquelle la rente prend cours, en tenant compte d'une indexation annuelle de 2 % par progression géométrique et d'une cessibilité de cette rente. La cessibilité indique que lors du décès de l'affilié après la date à laquelle la rente a pris cours, son paiement se poursuit à concurrence de 80 % en faveur du partenaire de l'affilié (qui était déjà son partenaire à la date à laquelle la rente initiale a pris cours). Est considérée comme partenaire, la personne avec qui l'affilié est marié et non séparé de corps et de biens ou, à défaut, la personne avec qui l'affilié « cohabite légalement » selon les articles 1475 et suivants du code civil ou selon une législation étrangère similaire.

En cas de demande de conversion d'un capital en rente, comme indiqué précédemment, l'assureur a toutefois le droit de transférer ce capital à un autre organisme de pension qui prend à sa charge toutes les obligations relatives à cette rente dans le respect des éventuelles dispositions contraignantes en la matière. Le cas échéant, l'assureur est libéré de toute obligation afférente à la rente (et à son versement).

6.7 Certificat Personnel et fiche de pension annuelle

L'assureur produit un Certificat Personnel (actualisé) qu'il transmet à l'affilié lors de l'entrée en vigueur et de chaque modification subséquente du contrat CPTI. Le dernier Certificat Personnel délivré remplace toujours le précédent.

L'assureur émet aussi annuellement une « fiche de pension » qu'il remet à l'affilié, sauf si celui-ci jouit d'une rente.

L'affilié est supposé marquer intégralement son accord avec le contenu de son Certificat Personnel et de ses fiches de pension, sauf s'il a communiqué ses remarques par écrit à l'assureur dans les 30 jours qui suivent la délivrance des documents par celui-ci.

Si l'affilié en fait la demande, l'assureur lui remet un aperçu récapitulatif des réserves. Il est également loisible à l'affilié de consulter l'état des réserves sur www.mypension.be.

6.8 Législation applicable

Le contrat est soumis à la législation belge en matière d'assurances complémentaires et assurances-vie individuelles en général et, en ce qui concerne les couvertures « capital décès » et « capital de pension », à la législation relative au régime de la CPTI en particulier (voir 6.1). Les éventuelles autres couvertures ne relèvent pas de la législation relative au régime de la CPTI susvisée.

Si l'affilié est établi en dehors de la Belgique, les parties optent expressément, si la loi l'autorise, pour l'application du droit belge relatif aux assurances complémentaires et assurances vie individuelles.

7. Fonctionnement des « assurances-vie individuelles du troisième pilier de pension »

7.1 Contexte

Le point 7 concerne les assurances-vie individuelles dont les primes des couvertures « capital de pension » et « capital décès » sont prises en compte pour une réduction d'impôts, sous certaines conditions et dans certaines limites. On distingue deux types d'assurances-vie de ce genre :

- les assurances-vie avec régime fiscal « assurance-vie individuelle avec avantage fiscal (avec attestation 281.62) » (art. 145¹, 2° du Code des impôts sur les revenus) ;
- les assurances-vie avec régime fiscal « épargne-pension » (art. 145¹, 5° du Code des impôts sur les revenus).

7.2 Entrée en vigueur/paiement des primes/échéance/âge de la pension

Les « assurances-vie individuelles du troisième pilier de pension » entrent en vigueur à la date indiquée sur le Certificat Personnel.

Le paiement des primes se fait sur le compte bancaire désigné par l'assureur et porte mention des références communiquées sur la base de factures émises par l'assureur, ou éventuellement par domiciliation SEPA. L'assureur peut refuser tout autre mode de paiement. Le paiement des primes à tout intermédiaire n'a aucun caractère libératoire vis-à-vis de l'assureur. Les primes sont dues aux dates figurant sur le Certificat Personnel, cependant au plus tard jusqu'à l'échéance mentionnée sur le Certificat Personnel ou au décès antérieur de l'affilié. Le paiement des primes n'est pas obligatoire, sauf si l'affilié y est contraint de son propre fait, par un autre engagement que le contrat (emprunt ou crédit).

Sans préjudice de l'application de limitations fiscales dans le cadre du régime fiscal de l'épargne-pension, et à condition que le Certificat Personnel le permette explicitement, des primes complémentaires peuvent être versées sur le compte bancaire indiqué par l'assureur en sus de la (des) prime(s) prévue(s) et ce, selon les modalités convenues.

7.3 Droits de l'affilié

Sans préjudice de l'application des limitations légales et conventionnelles, comme celles découlant de l'acceptation de la désignation bénéficiaire (voir 7.4), l'affilié peut :

- désigner, révoquer et modifier le(s) bénéficiaire(s) de la couverture « capital décès » (voir 3.2) ;
- résilier le contrat ou le racheter sous forme de versement de la valeur de rachat ;
- obtenir une avance sur les prestations assurées ou mettre les droits découlant du contrat en gage ou les céder à un tiers (l'attention est attirée sur le fait que l'exercice de ces droits peut avoir pour conséquence que le contrat ne puisse plus être résilié ou racheté par l'affilié et que la possibilité pour celui-ci de faire modifier les couvertures de risque s'en trouve limitée, voire que l'assureur puisse lui-même modifier les couvertures de risque et types de placement ou mettre lui-même un terme à ces couvertures de risque avant que les réserves concernées soient épuisées (voir également 2.5.1 et 7.5).

7.4 Acceptation de la désignation bénéficiaire

Tout bénéficiaire peut déjà accepter le bénéfice des couvertures avant leur exigibilité, moyennant un avenant au Certificat Personnel signé par lui, l'affilié et l'assureur.

Sauf dans les cas où la législation autorise la révocation, l'acceptation du bénéfice a pour effet que la résiliation, la révocation et la modification de la désignation bénéficiaire, le rachat, l'obtention d'une avance, la mise en gage et la cession des droits requièrent l'accord écrit du bénéficiaire acceptant. Cet accord est également requis pour toute modification impliquant une réduction des prestations d'assurance assurées au profit du bénéficiaire-acceptant par les primes déjà payées.

7.5 Non-paiement des primes/épuisement des réserves

À défaut d'autre choix de l'affilié, autorisé et confirmé par écrit par l'assureur, et sans préjudice des éventuelles restrictions qui pourraient découler de l'exercice de ses droits à une avance et à la mise en gage (voir 7.3), les primes de risque nécessaires au maintien de la couverture « capital décès » (voir 3.2) dans sa dernière situation assurée [montant (minimal) éventuel et période de couverture] continuent d'être déduites des réserves (libres, voir 2.5.1) du (des) contrat(s) (conjoint) jusqu'à épuisement de celles-ci, dès la première échéance de prime impayée. Après épuisement de ces réserves (libres), il est mis fin à la « couverture décès supplémentaire », mais au plus tôt 30 jours après que l'assureur en a informé l'affilié par courrier recommandé. Il est mis un terme aux couvertures en cas d'incapacité de travail 30 jours après que l'assureur en a informé l'affilié par courrier recommandé.

Dans la mesure où l'affilié bénéficie d'une attribution dans le cadre de la couverture « exonération de primes en cas d'incapacité de travail », cette attribution est, sauf convention contraire, affectée par priorité au maintien du financement des couvertures de risque dans leur dernière situation assurée [montant (minimal) éventuel, périodes de couverture et de paiement, délai de carence, etc.]. (Voir également 3.3.2.d concernant l'exonération « endogène » de prime dans le cadre des couvertures « rentes d'incapacité de travail ».)

Si, pour quelque raison que ce soit, l'assureur constate que les réserves (libres) sont devenues insuffisantes pour poursuivre la déduction des primes de risque nécessaires à la « couverture décès supplémentaire », il peut mettre fin prématurément à cette couverture. Cette cessation anticipée intervient cependant au plus tôt 30 jours après que l'assureur en a informé l'affilié par courrier recommandé.

7.6 Certificat Personnel et fiche de pension annuelle

L'assureur produit un Certificat Personnel (actualisé) qu'il transmet à l'affilié lors de l'entrée en vigueur et de chaque modification subséquente de l'« assurance-vie individuelle du troisième pilier de pension ». Le dernier Certificat Personnel délivré remplace toujours le précédent.

L'assureur émet aussi annuellement une « fiche de pension » qu'il remet à l'affilié.

L'affilié est supposé marquer intégralement son accord avec le contenu de son Certificat Personnel et de ses fiches de pension, sauf s'il a communiqué ses remarques par écrit à l'assureur dans les 30 jours qui suivent la délivrance des documents par celui-ci.

Si l'affilié en fait la demande, l'assureur lui remet un aperçu récapitulatif des réserves.

7.7 Législation applicable

Le contrat est régi par la législation belge relative aux assurances-vie individuelles et aux assurances complémentaires.

Si l'affilié est établi en dehors de la Belgique, les parties optent expressément, si la loi l'autorise, pour l'application du droit belge relatif aux assurances complémentaires et assurances vie individuelles.

8. Dispositions diverses

8.1 Nature juridique des couvertures

Les couvertures « capital pension » (voir 3.1) et « capital décès » (voir 3.2) constituent ensemble le contrat principal.

Les couvertures en cas d'incapacité de travail (voir 3.3) sont des assurances complémentaires au contrat principal. Ceci sous-entend entre autres que :

- l'affilié a, dans sa relation avec l'assureur, le droit de mettre un terme aux assurances complémentaires à tout moment et indépendamment du déroulement du contrat principal ;
- les dispositions des Conditions Générales relatives au contrat principal s'appliquent également aux assurances complémentaires, sauf s'il y est dérogé ou si le contexte laisse apparaître qu'elles ne s'appliquent qu'au seul contrat principal ;
- la résiliation ou le rachat du contrat principal entraîne de plein droit la cessation des assurances complémentaires ;
- la cessation du paiement des primes du contrat principal implique de plein droit la cessation du paiement des primes des assurances complémentaires.

Les assurances complémentaires n'ont ni valeur de rachat ni valeur de réduction ou de conversion.

8.2 Remise en vigueur

S'il est mis fin au paiement des primes d'un contrat, l'affilié peut demander la reprise de ces versements par écrit dans un délai de trois ans. Ceci s'applique également au rachat, sauf en ce qui concerne les contrats auxquels les dispositions légales en matière de remise en vigueur ne sont pas applicables. Le cas échéant, le délai est ramené à trois mois et les réserves rachetées doivent en outre être reversées (sans nouveaux frais d'entrée) à l'assureur. L'assureur subordonne la remise en vigueur des couvertures de risque à ses critères d'acceptation (voir 3.4.1). La remise en vigueur prend effet à la date mentionnée sur le nouveau Certificat Personnel.

8.3 Versements

L'assureur peut subordonner tout paiement (y compris en cas de résiliation, de rachat et d'avance) à la présentation des documents qu'il juge nécessaires.

L'assureur verse les montants dus, après imputation des éventuels frais, retenues, indemnités légalement obligatoires et autres montants qui seraient encore dus à l'assureur ou à des tiers (par exemple, à un créancier gagiste), dans les 30 jours après réception des documents requis et d'une proposition de versement signée pour accord.

Outre cette proposition de paiement signée, l'assureur est en droit d'exiger des documents complémentaires. Il peut par exemple s'agir d'une copie recto verso de la carte d'identité, de pièces justifiant le régime fiscal à appliquer, de documents relatifs au compte bancaire du bénéficiaire, d'une preuve de vie ou de décès, etc.

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

L'assureur ne peut être tenu de verser le capital décès à un quelconque bénéficiaire ayant intentionnellement causé le décès de l'affilié ou ayant incité quelqu'un d'autre à le faire. Dans ce cas, l'assureur peut agir comme si cette personne n'était pas bénéficiaire.

L'assureur ne paie aucun intérêt en cas de retard de versement dû à toute circonstance indépendante de sa volonté, telle que la non-revendication des prestations, des documents incomplets ou n'étant pas en ordre, etc.

8.4 **Notifications et preuves**

Sauf si les dispositions précitées ou si des dispositions contraignantes l'indiquaient autrement, toute notification à l'assureur peut se faire par courrier ordinaire. L'assureur peut, sans pour autant y être contraint, considérer comme valable toute notification fournie au format électronique (par exemple, par e-mail, etc.).

Sauf si les dispositions précitées ou si des dispositions contraignantes l'indiquaient autrement, toute notification de l'assureur à une partie ou à tout autre tiers peut se faire par courrier ordinaire ou par la voie électronique.

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

L'envoi d'un courrier recommandé peut être prouvé par présentation du récépissé de la poste. L'existence et le contenu de tout document et de toute notification se prouvent en produisant l'original ou, à défaut, sa copie dans les dossiers de l'assureur.

8.5 **Communications par l'affilié**

Outre les autres données qu'il doit fournir à l'assureur en vertu des présentes Conditions Générales (voir entre autres 3.4.1, 4.2. et 6.2), l'affilié doit, plus globalement, transmettre à l'assureur toutes les informations pertinentes relatives à son contrat (par exemple : tout changement d'adresse, toute modification d'état civil, etc.).

8.6 **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 d'éventuelles restrictions contraignantes en la matière, dans les limites de la bonne foi et sans porter atteinte aux caractéristiques essentielles du (des) contrat(s). L'assureur en informe l'affilié par écrit, en mentionnant la nature et les raisons des modifications apportées, ainsi que la date à laquelle les nouvelles Conditions Générales entrent en vigueur.

8.7 **Clauses non valables**

Toute clause éventuellement contraire à une disposition contraignante n'affecte pas la validité du (des) contrat(s). La clause en question est alors remplacée par la disposition contraignante méconnue, qui sera censée avoir été établie dès la conclusion du (des) contrat(s) conformément à cette disposition contraignante.

8.8 **Régime fiscal applicable**

En ce qui concerne le régime fiscal applicable, il est renvoyé à la fiche fiscale et/ou à la fiche d'information financière remise(s) à l'affilié avant la conclusion du contrat. Les intéressés peuvent s'adresser à l'assureur pour de plus amples renseignements concernant le régime fiscal applicable. 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 gravait les primes, les réserves, le rendement de celles-ci ou les versements.

8.9 **Protection de la vie privée**

Dans le cadre de l'exécution du (des) contrat(s), l'assureur dispose d'un certain nombre de données à caractère personnel relatives aux personnes concernées (affilié, bénéficiaires, etc.). L'assureur traite ces données à caractère personnel en vertu

du contrat conclu et des dispositions du Règlement général sur la protection des données 2016/679 (ci-après dénommé RGPD).

Cela sous-entend entre autres que :

- l'assureur garantit le traitement confidentiel des données et leur seule utilisation dans le cadre de l'exécution du contrat ;
- l'accès aux données à caractère personnel est strictement limité aux personnes qui en ont besoin dans l'exercice de tâches inhérentes au contrat. Ces personnes sont soumises contractuellement à une obligation légale de confidentialité ;
- les données à caractère personnel ne peuvent être conservées que tant que cela est légalement requis dans le cadre du contrat ;
- les personnes dont les données à caractère personnel sont traitées peuvent faire valoir leurs droits, tels qu'ils sont prévus par le RGPD, dont le droit à la consultation et à la rectification, en prenant contact avec l'assureur.

En dehors de l'exécution précitée du contrat, les données à caractère personnel peuvent également être traitées et affectées à d'autres objectifs spécifiques ou transmises à d'autres organisations, mais uniquement moyennant le consentement exprès de (des) intéressé(s).

L'assureur prend toutes les mesures techniques, physiques et organisationnelles de sécurisation, en tenant compte de l'évolution des technologies, afin de préserver les données à caractère personnel de toute perte accidentelle ou destruction involontaire ou illégale, modification involontaire ou publication ou tout accès non autorisé(e).

La politique relative à la vie privée de l'assureur peut être consultée sur le site Internet www.xerius.be.

8.10 Conflits d'intérêts

L'assureur est susceptible d'être confronté à des conflits d'intérêts. Une politique en matière de conflits d'intérêts a été élaborée afin de mettre en œuvre tout ce qui est raisonnablement possible pour identifier, prévenir ou, le cas échéant, gérer ces conflits d'intérêts de sorte à préserver les intérêts du client. En vertu de cette politique :

- les éventuels conflits d'intérêts sont identifiés à l'aide d'une liste non exhaustive de situations pouvant potentiellement engendrer un conflit d'intérêts ;
- les conflits d'intérêts qui ne peuvent être évités sont gérés au moyen de mesures organisationnelles ;
- l'affilié est informé de façon transparente de la possible survenue d'un conflit d'intérêts et des mesures de gestion prises en la matière ;
- les conflits d'intérêts concrets survenus et qui comportent le risque significatif que les intérêts d'un ou plusieurs affilié(s) aient subi un préjudice sont consignés dans un registre ;
- la politique élaborée en matière de conflits d'intérêts est régulièrement contrôlée et évaluée.

La politique en matière de conflits d'intérêts intégrale peut être obtenue auprès du département Assurances à l'adresse assurances@xerius.be. Une version abrégée de cette politique est également disponible sur le site Internet de l'assureur (voir www.xerius.be/fr).

8.11 Plaintes et litiges

Si une personne concernée devait se montrer insatisfaite des services, produits, procédures ou collaborateurs de l'assureur, la démarche possible en première instance est l'introduction d'une plainte à ce sujet auprès de l'assureur. Les coordonnées de celui-ci sont :

Xerius AAM
À l'attention du département Assurances
Brouwersvliet 4 boîte 4
2000 Anvers
Téléphone (pension complémentaire) : 03 221 09 72
Téléphone (incapacité de travail) : 03 221 09 91
Adresse e-mail : assurances@xerius.be

Afin de garantir le traitement rapide et efficace de votre plainte, l'assureur vous prie de toujours introduire celle-ci par écrit.

Si la personne concernée estime que l'assureur n'a pas traité sa plainte de façon adéquate ou que sa réponse est insatisfaisante, elle peut, en seconde instance, soumettre sa plainte à l'Ombudsman des Assurances. Les coordonnées de l'Ombudsman des Assurances sont :

Ombudsman des Assurances
Square de Meeûs 35

1000 Bruxelles
Téléphone : 02 547 58 71
Adresse e-mail : info@ombudsman.as
Site Internet : www.ombudsman.as

L'intégralité de la politique de gestion des plaintes peut être demandée auprès du département Assurances (voir ci-dessus pour les coordonnées). Une version abrégée de cette politique est également disponible sur le site Internet de l'assureur (voir www.xerius.be/fr).

L'intéressé conserve aussi la possibilité d'entamer une procédure judiciaire. Les litiges entre les parties relèvent de la compétence des tribunaux belges.

Les litiges d'ordre médical peuvent également, pour autant que les parties marquent explicitement leur accord écrit à ce sujet au plus tôt au moment où le litige apparaît, être tranchés par expertise médicale à l'amiable (arbitrage), au cours de laquelle les parties désignent chacune un médecin. À défaut d'accord entre ces médecins, ceux-ci ou, en cas de désaccord, le Président du tribunal de première instance compétent désigne(nt) un médecin « tiers ». Le collège ainsi formé décide par majorité des voix et sa décision est sans appel. Sous peine de nullité de leur décision, les médecins ne peuvent cependant s'écarter des dispositions des Conditions Générales. Chaque partie règle les honoraires du médecin qu'elle a désigné. Les honoraires de l'éventuel médecin « tiers » sont à charge des parties, par parts égales.

8.12 Avertissement

Toute escroquerie ou tentative d'escroquerie de l'assureur n'engendre pas uniquement la résiliation voire la nullité du contrat d'assurance, mais fera également l'objet de poursuites judiciaires en vertu de l'article 496 du Code pénal.