

## 1. DÉFINITIONS

**Annexe** : toute modification des Conditions Particulières est confirmée par l'Assureur au moyen d'un document joint au Contrat, intitulé Annexe, qui fait partie intégrante du Contrat.

**L'Assuré** : la personne sur la tête de laquelle l'assurance est souscrite. Au moment de la conclusion du Contrat, cette personne doit être âgée de 18 à 70 ans, remplir toutes les conditions d'inscription et avoir sa résidence habituelle en Belgique. Exception spécifique à la garantie «Invalidité» : l'âge maximum à la date de fin est de 60 ans et l'âge maximum de souscription est de 50 ans.

**L'Assureur** : Patronale Life SA – 33 Blvd. Bischoffsheim – 1000 Bruxelles – tel : 02/511.60.06 – fax : 02/513.27.38 – info@patronale-life.be – www.patronale-life.be – RPR 0403.288.089 – Compagnie d'assurance vie Belge autorisée sous le code 1642 sous la surveillance de la BNB – Compte : IBAN BE05 7330 1720 2675.

**Bénéficiaire Acceptant** : la ou les personnes en faveur desquelles la prestation d'assurance est stipulée et qui acceptent également cette prestation. Le Preneur d'Assurance ne peut modifier le Contrat sans l'accord écrit du Bénéficiaire Acceptant.

**Bénéficiaire** : la ou les personnes en faveur desquelles la prestation d'assurance est stipulée.

**Conditions Générales** : ce sont les conditions, droits et obligations qui s'appliquent à tous les assurés et preneurs d'assurance ayant le même produit d'assurance.

**Conditions Particulières** : il s'agit des conditions spécifiques de du présent Contrat (prime, capital assuré, durée, données personnelles, date de début du contrat, date d'effet de la couverture...).

**Contrat d'assurance (Contrat)** : Le Contrat «Short Term Cover» peut être conclue pour couvrir le remboursement d'un crédit à la consommation ou pour assurer une protection générale contre le décès. En outre, l'invalidité peut également être assurée.

Ce Contrat protège une seule personne qui est réputée être à la fois le Preneur d'Assurance et l'assuré. Cette personne souscrit toujours à la garantie principale «Décès» et peut également opter pour la garantie complémentaire «Invalidité».

L'accord comprend les Conditions Générales, les Conditions Particulières et les Annexes.

**L'Événement Assuré/L'Assurance** :

- Décès (garantie principale) ;
- Invalidité complète et permanente (couverture complémentaire).

**Le Preneur d'Assurance** : la personne qui conclut le Contrat avec l'Assureur et qui a sa résidence habituelle en Belgique au moment de la souscription.

**Valeur de Rachat Théorique** : La Valeur de Rachat Théorique est la réserve constituée auprès de l'Assureur (par capitalisation de la prime payée), après déduction des frais et taxes et des montants déjà dépensés pour couvrir le risque.

## 2. FONCTIONNEMENT GÉNÉRAL DE L'ACCORD

### 2.1. Entrée en vigueur, durée et paiement des primes

#### 2.1.1. Entrée en vigueur

Le Contrat prend effet à la date indiquée dans les Conditions Particulières. La couverture d'assurance prend effet au plus tôt le jour de la signature des Conditions

Particulières par les deux parties, la prime unique convenue est perçue sur le compte de l'Assureur et les Conditions Particulières signées sont reçues par l'Assureur.

L'Assuré peut renoncer au Contrat s'il en avise l'Assureur dans les 30 jours de son entrée en vigueur, ou dans les 30 jours après avoir été informé que le crédit demandé n'a pas été accordé, par lettre recommandée avec accusé de réception. Dans ce cas, l'Assureur remboursera la prime payée, déduction faite de la part de prime déjà utilisée pour couvrir le risque. L'Assureur peut également annuler le Contrat dans les 30 jours suivant la réception du Contrat. Dans ce cas, l'Assureur remboursera la totalité de la prime.

#### 2.1.2. Durée

Le Contrat a une durée prédéterminée, qui est généralement égale à la durée du crédit qu'elle garantit. La durée minimale du Contrat est de 6 mois. La durée maximale du Contrat est de 12 ans. L'âge minimum au début du Contrat est de 18 ans. L'âge maximum à la date de fin du Contrat est de 75 ans pour la garantie générale et de 60 ans pour la couverture complémentaire. L'âge maximum de souscription est de 70 ans pour la garantie principale et de 50 ans pour la couverture complémentaire. Le Contrat est automatiquement résilié en cas de décès de l'Assurée ou en cas de rachat du Contrat par le Preneur d'Assurance.

#### 2.1.3. Paiement des primes

Le Preneur d'Assurance paie la prime unique telle que déterminée dans les Conditions Particulières. Le montant de la prime est précisé pour chaque garantie.

**Le paiement de la prime n'est pas obligatoire. Si le Preneur d'assurance ne paie pas la prime dans les 30 jours suivant la date d'effet indiquée dans les Conditions Particulières, l'Assureur résiliera le contrat.**

## 3. COUVERTURES

Contre paiement de la prime unique, l'Assureur garantit, pour couvrir un crédit souscrit par le Preneur d'Assurance, le paiement des prestations assurées tel que prévu aux Conditions Particulières et Générales du Contrat :

- En cas de décès de l'Assuré, un capital correspondant au capital assuré (**formule Capital Décès Fixe**) ou un capital correspondant au montant (la somme) des charges mensuelles non échues (**formule Capital Décès Dégressif**) ;
- Ou au moment de la déclaration d'invalidité totale et permanente de l'Assuré, un capital égal au montant (la somme) des charges mensuelles non échues **si la couverture invalidité est comprise dans la prime unique.**
- La couverture invalidité ne peut être souscrite qu'à titre de garantie complémentaire.

Pour la formule Capital Décès Dégressif de la garantie décès et invalidité, le montant de la charge mensuelle non échue est égal au capital assuré mentionné dans les Conditions Particulières divisé par la durée en mois mentionnée dans les Conditions Particulières.

### 3.1. Paiement des montants assurés en cas de décès

L'Assureur paiera, en fonction des dispositions contenues dans les Conditions Particulières, le capital assuré ou le total des charges mensuelles non échues au moment du décès de l'Assuré. Les montants dus par l'Assureur seront versés au Bénéficiaire après remise des documents suivants :

- Le Contrat d'assurance ainsi que les éventuelles annexes ;
- Un extrait de l'acte de décès de l'Assuré ;
- Un certificat médical du médecin traitant indiquant l'origine, la durée et la nature de la maladie ou de l'accident ayant causé le décès. Cette attestation est établie aux frais du Bénéficiaire sur un document fourni par l'Assureur.

La dette résultant du Contrat est indivisible de la part de l'Assureur. En conséquence, l'Assureur est valablement soulagé par le versement au Bénéficiaire indiqué dans les Conditions Particulières.

S'il est établi au moment du paiement que la date de naissance de l'Assuré a été incorrectement indiquée, les garanties seront corrigées en fonction de la date de naissance correcte.

### 3.2. Paiement des montants assurés en cas d'invalidité totale et permanente

L'Assureur paie, conformément aux dispositions des Conditions Particulières, le total des charges mensuelles non échues au moment de l'invalidité complète et permanente de l'Assuré, si la couverture invalidité est incluse dans la prime unique. La dette résultant du Contrat est indivisible de la part de l'Assureur. En conséquence, l'Assureur est valablement soulagé par le versement au Bénéficiaire indiqué dans les Conditions Particulières. Les montants dus par l'Assureur seront versés au Bénéficiaire lors de la délivrance d'un certificat médical du médecin traitant confirmant l'invalidité complète et permanente résultant d'un accident ou d'une maladie. Ce handicap est complet et permanent si le handicap physique ou économique dépasse 66% de l'échelle légale retenue dans la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles.

### 3.3. Risques exclus

**Au cas où l'invalidité totale et permanente est couverte, il faut lire « invalidité totale et permanente » en lieu et place de « décès ».**

Le risque de décès est couvert partout dans le monde. Cependant, l'Assureur n'intervient pas si, au moment du sinistre, l'Assuré a sa résidence habituelle ou se rend dans un pays ou une région pour laquelle le Service Public Fédéral Affaires étrangères (ou le service public compétent à ce moment) a donné un conseil de voyage négatif et le la réclamation a lieu dans ce pays ou cette région.

Si l'Assuré décède à la suite d'un risque figurant sur la liste des exclusions, l'Assureur paiera la valeur de rachat théorique (limitée au capital assuré) calculée le jour du décès. Le Bénéficiaire désigné recevra le montant, sauf si le décès de l'Assuré est le résultat de son acte volontaire.

L'Assureur n'assure pas la couverture de la «garantie principale» ou de la «garantie complémentaire», et limite donc le paiement à la réserve constituée à la date de survenance de l'Événement Assuré, lorsque celle-ci résulte directement ou indirectement des cas prochains:

- L'Assuré, au moment de la signature des Conditions Particulières, n'a pas été en mesure de donner une réponse favorable à l'une des déclarations de santé mentionnées dans les Conditions Particulières;
- Suicide au cours de la première année suivant l'entrée en vigueur ou, selon le cas, après le rétablissement de la couverture. La même période de 1 an s'applique à toute augmentation du montant nominal assuré de la

couverture, au titre de cette augmentation, à compter de son entrée en vigueur ;

- Un acte intentionnel, ou une incitation envers, de l'Assuré ou du Bénéficiaire;
- Une erreur intentionnelle d'une gravité exceptionnelle exposant la personne qui l'a commise sans raison valable à un danger dont elle aurait dû avoir connaissance;
- Un crime intentionnel ou un délit commis par l'Assuré ou le Bénéficiaire en tant qu'auteur ou coauteur;
- Un état d'intoxication ou sous l'influence d'une intoxication alcoolique, de stupéfiants ou stimulants, de drogues ou d'hallucinogènes de la part de l'Assuré;
- L'abus d'alcool comme facteur important dans le processus de création de l'Événement Assuré;
- Des conditions qui existaient déjà au début du Contrat ou lors de l'augmentation des garanties contractuelles, sauf si ces conditions ont été signalées lors de l'accomplissement des formalités médicales lors de la souscription du Contrat;
- Un duel ou l'exécution d'une condamnation judiciaire à mort contre l'Assuré;
- Guerre ou tout événement similaire et guerre civile (sauf après approbation par l'autorité de contrôle par convention spéciale). Si le décès de l'Assuré survient dans un pays étranger où des hostilités sont en cours, une distinction est faite entre deux cas :
  - Si le conflit (armé) éclate pendant le séjour de l'Assuré, la garantie s'applique dans la mesure où l'Assuré ne participe pas activement aux hostilités;
  - Si l'Assuré se rend dans un pays où un conflit (armé) est en cours, la couverture ne peut être fournie que sous réserve du paiement d'une surtaxe, de l'accord écrit de l'Assureur et dans la mesure où l'Assuré ne se conforme pas activement aux hostilités de conflit (armé);
- Un accident de l'Assuré avec un aéronef, sauf stipulation contraire des Conditions Particulières, si l'aéronef est utilisé pour des compétitions, des démonstrations, des tests de vitesse, des frappes aériennes, des vols d'entraînement ou des tentatives de record ou s'il s'agit d'un prototype ou d'un aéronef militaire non destiné pour le transport;
- Un accident résultant de la participation à des paris ou des challenges.

### 3.4. Membres du personnel de la Défense

Cette disposition n'est d'application que lorsqu'il est satisfait à l'ensemble des conditions suivantes lors de la souscription ou l'adaptation de la présente police :

- L'Assuré ou un des Assurés est un membre du personnel de la Défense.
- L'assurance sur la vie garantit le remboursement du capital d'un crédit hypothécaire contracté pour la construction, la transformation ou l'acquisition d'une habitation dont le membre du personnel de la Défense est (co)propriétaire.
- Le membre du personnel de la Défense utilise l'habitation comme résidence principale dans les deux ans à compter de la souscription de la présente assurance ou à partir de l'adaptation de la présente assurance à la convention conclue entre Assuralia et l'État belge telle que mentionnée ci-dessous.

Les risques qu'un membre du personnel de la Défense encourt dans le cadre de l'exercice de sa fonction professionnelle sont régis par la « Convention relative à la

couverture du risque de décès des membres du personnel de la Défense » du 15 décembre 2020 conclue entre Assuralia et l'État belge à laquelle l'Assureur a adhéré. Cette convention est par conséquent d'application lorsque le décès survient dans des circonstances décrites dans la susdite convention. L'Assureur ne prévoit ainsi aucune intervention dans les situations suivantes :

- lorsque le décès résulte d'un risque pour lequel la convention prévoit le versement d'une indemnité par la Défense ;
- en cas de décès par suicide dans l'année qui suit l'entrée en vigueur de la présente assurance ;
- en cas de décès consécutif à un crime ou un délit, commis intentionnellement par l'assuré en tant qu'auteur ou coauteur et dont il a pu prévoir les conséquences.

Pour les décès qui ne surviennent pas dans les circonstances décrites dans la convention, les conditions contractuelles de la présente assurance demeurent en vigueur. Cette convention peut être consultée via <https://www.assuralia.be/fr/infos-secteur/conventions/994-convention-militaires-2021>

Cette convention cesse de produire ses effets dès que l'Assuré ne fait plus partie du personnel de la Défense ou dès que l'habitation pour laquelle le crédit hypothécaire a été contracté n'est plus la résidence principale du membre du personnel de la Défense (sauf la situation dans laquelle ce dernier séjourne temporairement ailleurs pour des raisons professionnelles légitimes). Il est demandé à l'Assuré qui est un membre du personnel de la Défense lors de la souscription de la présente assurance ou qui devient un membre du personnel de la Défense pendant la durée de la présente assurance de le signaler à l'Assureur respectivement avant la signature de la présente assurance ou dans les six mois qui suivent son entrée en service auprès de la Défense.

### **3.5. Bonne foi / incontestabilité**

Le Contrat est conclu de bonne foi sur la base des informations fournies par le Preneur d'Assurance et l'Assuré. L'accord est incontestable à compter de 1 an après la date de signature des Conditions Particulières par le Preneur d'Assurance. A partir de cette date, la nullité pour déclarations incorrectes ou incomplètes ne pourra plus être invoquée par l'Assureur, sauf en cas de dissimulation, de déclaration(s) incomplète(s) ou erronée(s) du Preneur d'Assurance ou de l'Assuré dans l'intention de tromper l'Assureur dans l'évaluation du risque de l'engagement souscrit par l'Assureur. Dans ce cas, les primes déjà payées reviennent à l'Assureur.

Le Contrat est soumis aux dispositions légales et réglementaires relatives à l'assurance-vie.

### **3.6. Confidentialité médecin-patient**

L'Assuré autorise expressément chaque médecin à fournir au médecin-conseil de l'Assureur une déclaration dûment remplie - selon le modèle établi par l'Assureur - concernant la cause du décès.

### **3.7. Temps d'attente**

Il s'agit de la période de validité de la garantie, mais sans que les réclamations survenant pendant cette période soient couvertes. Cette période est unique et commence à la date d'effet comme indiqué dans les Conditions Particulières.

Il n'y a pas de délai d'attente pour la couverture principale «Décès» et pour la couverture complémentaire «Invalidité». En cas d'invalidité, l'assureur doit se voir présenter dans les meilleurs délais le certificat médical du médecin traitant confirmant l'invalidité complète et permanente résultant d'un accident ou d'une maladie. Ce handicap est complet et permanent si le handicap physique ou économique dépasse 66% de l'échelle légale retenue dans la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles.

### **3.8. Réclamer un sinistre**

Toute réclamation doit être signalée à l'Assureur dans un délai de 30 jours après sa survenance. Si le sinistre n'est pas signalé à temps en raison d'un cas de force majeure mais que les intérêts de l'Assureur ne sont pas lésés du fait de cette déclaration tardive, l'Assureur est tenu de traiter le sinistre. L'Assureur envoie un formulaire de déclaration au Bénéficiaire ou à l'ayant droit. Ce dernier remplit dûment le formulaire selon les instructions et le renvoie signé et daté à l'Assureur. L'Assuré ou le plus proche survivant s'engage à fournir toutes les informations utiles à l'Assureur et à répondre aux questions posées pour déterminer les circonstances et l'étendue du sinistre. Voir également 3.5 ci-dessus. Si l'Assuré ou le proche survivant ne respecte pas cette obligation et qu'un dommage est causé à l'Assureur, ce dernier peut réduire son intervention du dommage subi. L'Assureur ne peut refuser d'intervenir que si l'Assuré ou le proche survivant ne se conforme pas à cette obligation avec une intention frauduleuse.

## **4. DROITS DU PRENEUR D'ASSURANCE**

### **4.1. Résiliation le Contrat**

Le Preneur d'Assurance peut résilier le Contrat s'il le fait dans un délai de 30 jours après l'entrée en vigueur du Contrat et par lettre recommandée à l'Assureur. Si le Contrat a été conclu pour couvrir un crédit, le Preneur d'Assurance peut également résilier le Contrat en adressant une lettre recommandée à l'Assureur et dans un délai de 30 jours, soit à partir du moment où il est informé que le crédit demandé n'a pas été approuvé ou à partir du moment où le Preneur d'Assurance informe la société de crédit qu'il annulera le contrat de crédit pendant la période de rétractation. La résiliation prend effet au moment où l'Assureur en prend connaissance. L'Assureur remboursera la prime payée après déduction de la prime déjà payée pour couvrir le risque.

L'Assureur peut résilier le Contrat s'il le fait dans un délai de 30 jours après réception des Conditions Particulières signées. Cette annulation prend effet le huitième jour après sa notification au Preneur d'Assurance. L'Assureur remboursera alors la totalité de la prime.

Le Contrat est incontestable à partir d'un an après la date de signature.

### **4.2. Désignation et modification du Bénéficiaire**

Le Preneur d'Assurance nomme le Bénéficiaire et peut changer le Bénéficiaire initialement désigné si le Bénéficiaire n'a pas encore accepté ou avec le consentement exprès du Bénéficiaire Acceptant. Le changement de Bénéficiaire doit être inclus dans un document daté et signé. Pour être opposable à l'Assureur, ce document doit lui être soumis et accepté. L'acceptation du changement par l'Assureur ressortira de la pièce jointe que l'assureur préparera.

### 4.3. Rachat et réduction

Le Preneur d'Assurance peut demander le rachat de son contrat en matière de couverture décès. Le rachat de la garantie principale entraîne l'annulation de la couverture invalidité supplémentaire.

Pour demander le rachat du Contrat, le Preneur d'Assurance adresse une lettre signée et datée à l'Assureur, accompagnée d'une copie de sa carte d'identité et d'une copie de sa carte bancaire ou d'un relevé de compte bancaire sur lequel le numéro de compte est mentionné et, le cas échéant, de l'accord écrit du Bénéficiaire Acceptant.

La valeur de rachat est égale à la Valeur de Rachat Théorique, calculée à la date de la demande de rachat, diminuée des frais de rachat s'élevant à 5% de la Valeur de Rachat Théorique avec un minimum de 75 € indexé sur l'indice santé. Au cours des 5 dernières années du Contrat, les frais de rachat diminuent de 1% par an.

Le Contrat ne peut pas être réduite.

## 5. DROITS DU BENEFICIAIRE

Le Bénéficiaire a les droits suivants :

- Droit aux prestations telles que définies au point 3;
- Le droit d'accepter les prestations précitées déjà avant leur exigibilité au moyen d'un Annexe aux Conditions Particulières signé par lui (eux), le Preneur d'Assurance et l'Assureur.

L'acceptation du bénéficiaire a, sauf dans les cas où la loi autorise la révocation, comme conséquence que, entre autres, l'annulation, la révocation et la modification du bénéficiaire, le rachat, le retrait d'une avance, le gage et le transfert de droits sont uniquement possibles avec le consentement écrit du Bénéficiaire Acceptant.

## 6. AUTRES DISPOSITIONS

### 6.1. Coûts et taxes

Si le Preneur d'Assurance demande une modification technique de son Contrat ou si une Annexe au Contrat doit être rédigée pour toute autre raison, ou si l'Assuré demande un duplicata de son Contrat, l'Assureur pourra facturer 40 EUR à ce titre, indexés sur la base de l'indice de santé (1988 = 100)

### 6.2. Participation bénéficiaire

L'Assureur n'accorde pas de participation aux bénéfices sur le Contrat Short Term Cover.

### 6.3. Conditions Particulières (Certificat Personnel)

Sans préjudice de la possibilité pour l'Assureur de modifier la structure des coûts et des tarifs (telle que prévue à l'article 6.6 des présentes Conditions Générales), les frais et primes de risque pendant la durée du Contrat sont calculés et facturés selon la même structure que ceux utilisés dans les Conditions Particulières si un tableau des valeurs de rachat a été établi. Les Conditions Particulières donnent un aperçu des données les plus importantes (montant de la prime, couverture, etc.) du Contrat.

### 6.4. Prestations

L'Assureur peut effectuer toute prestation (y compris l'annulation et le rachat) sous réserve de la présentation des documents qu'il juge nécessaires.

L'Assureur paiera les montants dues, le cas échéant après application d'une correction de valeur courante et après prise en compte des déductions légales, frais, indemnités et autres sommes qui seraient encore dues à l'Assureur ou à des tiers (tel qu'un créancier gagiste), dans un délai de

30 jours suivant la réception des documents demandés et, sur demande, d'une décharge de règlement dûment remplie et signée. Lorsqu'un paiement est dû à plusieurs personnes, l'Assureur peut exiger qu'une personne soit dotée de pouvoirs certifiés suffisants par les personnes concernées pour percevoir le paiement conjointement en leur nom. L'Assureur ne paiera pas d'intérêts pour un retard de paiement dû à une circonstance indépendante de sa volonté.

### 6.5. Correspondance et preuve

Sauf indication contraire des dispositions ci-dessus ou des dispositions impératives, toute notification d'une partie à l'autre peut être faite par courrier ordinaire ou par courrier électronique.

Toute notification et correspondance entre les parties à lieu à la dernière adresse (correspondance) ou e-mail communiquée mutuellement. S'il y a deux titulaires de convention, l'assureur peut valablement adresser tout avis aux deux titulaires de convention ensemble, à l'adresse de correspondance indiquée sur la proposition. Si aucune adresse de correspondance spécifique n'est indiquée sur la proposition, l'Assureur peut utiliser l'adresse du «premier Preneur d'Assurance» mentionnée dans les Conditions Particulières comme seule adresse de correspondance. Dès que l'Assureur prend connaissance du fait qu'aucun des Assurés ne réside toujours à l'adresse de correspondance initialement indiquée, il peut utiliser la (nouvelle) adresse du «premier Preneur d'Assurance» mentionnée dans les Conditions Particulières comme unique adresse de correspondance. Si l'adresse de correspondance est l'adresse de l'un des Assurés et que celui-ci décède par la suite, l'Assureur peut, à partir du moment où il prend connaissance du décès, utiliser l'adresse de l'autre Preneur comme unique adresse de correspondance. Les Assurés ont toujours la possibilité de faire changer la seule adresse de correspondance au moyen d'une notification écrite à l'Assureur, datée et signée par les deux.

L'envoi d'une lettre recommandée est matérialisé par la présentation du récépissé du courrier. L'existence et le contenu de tout document et correspondance sont attestés par la présentation de l'original ou, à défaut, d'une copie de celui-ci dans les dossiers de l'Assureur.

### 6.6. Modifications des Conditions Générales

L'Assureur peut, pour des raisons légitimes qui ne dépendent pas uniquement de sa volonté (par exemple dans le cadre d'un changement de législation ou de réglementation), dans les limites de la bonne foi et sans préjudice des caractéristiques essentielles du Contrat, modifier les Conditions Générales. L'Assureur en informera le Preneur d'Assurance par écrit, en indiquant la nature et les raisons du ou des changements effectués, ainsi que la date à laquelle les nouvelles Conditions Générales entreront en vigueur. Si le Preneur d'Assurance n'accepte pas ces modifications, il peut résilier le Contrat sans frais dans les 30 jours suivant la notification écrite du changement. Si l'Assureur ne reçoit pas cette annulation à temps, les modifications seront réputées avoir été acceptées par le Preneur d'Assurance.

### 6.7. Cadre juridique

#### 6.7.1. Lois applicables

Le Contrat est soumis à la législation et à la réglementation belges en matière d'assurance vie individuelle. Si le Preneur d'Assurance est établi hors de Belgique, les parties

opteront explicitement pour l'application de la loi belge si la loi le permet.

#### 6.7.2. Régime fiscal applicable

En ce qui concerne le régime fiscal applicable, il est fait référence au formulaire fiscal qui a été fourni au Preneur d'Assurance avant la conclusion du Contrat. Pour plus d'informations sur le régime fiscal applicable, le Preneur d'Assurance peut contacter l'Assureur. Cependant, l'Assureur ne peut en aucun cas être tenu responsable si certains avantages fiscaux attendus ne pouvaient pas être obtenus ou si le Contrat est soumis à des pressions (para) fiscales inattendues.

#### 6.7.3. Lois anti-blanchiment et procédures internes

Le Contrat est soumis à la réglementation belge sur la prévention du blanchiment d'argent et du financement du terrorisme et aux procédures déterminées par l'Assureur à cet égard.

Sans préjudice de l'article 2.1 des présentes Conditions Générales, le Contrat ne peut entrer en vigueur que si toutes les obligations de prévention du blanchiment d'argent et du financement du terrorisme ont été remplies.

#### 6.7.4. Embargo financier

Le présent Contrat ne fournit aucune couverture ou performance dans la mesure où cette couverture, performance ou élément sous-jacent viole une loi ou réglementation applicable des Nations Unies, de l'Union européenne ou de toute autre loi ou réglementation concernant les sanctions économiques ou commerciales.

#### 6.7.5. Les conflits d'intérêts

L'Assureur a l'obligation de protéger les intérêts de l'assurance. Sur le site Internet de l'Assureur, vous trouverez des informations complémentaires sur la politique d'indemnisation et la politique sur les conflits d'intérêts.

#### 6.7.6. Critères de segmentation

La prime que le Preneur d'Assurance doit payer pour être couvert repose sur un certain nombre de critères. Plus d'informations sur la politique de segmentation peuvent être trouvées sur le site Internet de l'Assureur.

### 6.8. Protection des données à caractère personnel

Le présent Contrat est soumis au règlement européen (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des données à caractère personnel (GDPR ou RGPD) depuis le 25 mai 2018.

On entend par « données à caractère personnel » toute information concernant une personne physique identifiée ou identifiable (« personne concernée »); est réputée identifiable une personne physique qui peut être identifiée, directement ou indirectement, notamment par référence à un identifiant, tel qu'un nom, un numéro d'identification, des données de localisation, un identifiant en ligne, ou à un ou plusieurs éléments spécifiques propres à son identité physique, physiologique, génétique, psychique, économique, culturelle ou sociale. La traitement porte sur des données à caractère personnel que l'Assureur obtient directement du courtier ainsi que sur des données à caractère personnel liées au Preneur d'assurance.

Les données à caractère personnel ne seront traitées que dans la mesure où il existe une finalité qui rend leur traitement nécessaire et si elles sont nécessaires pour la finalité poursuivie.

#### 6.8.1. Finalités

L'Assureur traitera des données à caractère personnel pour les finalités suivantes :

- l'exécution de contrats conclus avec l'Assureur, et notamment la gestion de dossiers des clients, l'offre et la gestion d'assurances de personnes, l'exécution d'ordres de paiement et d'opérations en rapport avec des instruments financiers ;
- la gestion interne de l'entreprise, comme des finalités d'information interne, un fonctionnement administratif optimal, la protection, la gestion des litiges ou la gestion des risques par des analyses ou des modèles, la gestion de l'infrastructure informatique interne, comme l'assistance au bon fonctionnement des réseaux.
- communications de marketing direct adressées au courtier, par e-mail, mailings, informations sur les services offerts par l'Assureur, les produits financiers et d'assurance, les promotions et événements organisés par l'Assureur.
- les obligations légales :
  - la gestion des risques et des finalités de contrôle, notamment dans le cadre de la surveillance de la lutte contre le blanchiment d'argent ; la détection et/ou le traitement approprié et/ou la prévention d'irrégularités, de violations de dispositions légales ou contractuelles et d'actes frauduleux commis par l'Assureur, ses courtiers, ses intermédiaires ou des tiers. Cela inclut également les rapports émanant de ou adressés à des autorités de contrôle, à la Cellule de traitement des informations financières (CTIF) et l'échange de données avec des administrations belges et étrangères dans le cadre du CRS, de l'AEIOI, du FATCA ou d'autres obligations légales.
  - Point de contact central (PCC) : contribution à la liste de tous les comptes et contrats financiers existants en Belgique, qui est mise à la disposition de certaines autorités, personnes et organismes. Les données stockées dans le PCC peuvent être utilisées notamment dans le cadre d'une enquête fiscale, de la détection d'infractions punissables et de la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et de la grande criminalité. Le preneur d'assurance a le droit de consulter les données enregistrées à son nom. Pour ce faire, il suffit d'envoyer une demande écrite, datée et signée au PCC (cap.pcc@nbb.be, PCC Banque Nationale de Belgique, Boulevard de Berlaimont 14, 1000 Bruxelles). Les données sont conservées dans le PCC jusqu'à 10 ans après la fin de la relation contractuelle. Ensuite, elles sont irrévocablement supprimées.

#### 6.8.2. Base juridique

Les données à caractère personnel ne seront traitées que dans les trois situations suivantes :

- se conformer aux obligations légales incombant à l'assureur;
- si la personne concernée a donné son consentement (explicite) à cet effet, notamment pour le traitement des données de santé ou, si la loi l'exige, pour recevoir du marketing direct;
- à la suite de la conclusion, de l'exécution et de la gestion de l'Accord;

- en raison de la défense d'intérêts légitimes, et en particulier de l'intérêt légitime de l'assureur à garantir des opérations commerciales fluides et sûres, à gérer le contrat de manière fluide et efficace, à envoyer aux clients existants du marketing direct par courrier électronique et à garantir le respect des garanties la législation et les réglementations non européennes.

### 6.8.3. Catégories de données personnelles

En particulier, l'Assureur traitera les catégories de données personnelles suivantes dans le cadre du Contrat:

- Données d'identification;
- Détails du contact;
- Données de santé;
- Informations financières générales;
- Données professionnelles.

### 6.8.4. Partage des données à caractère personnel

Dans le cadre des finalités susmentionnées, les données à caractère personnel peuvent être communiquées à des sociétés liées à l'Assureur, à des prestataires de services externes qui traitent des données à caractère personnel dans le cadre de l'exécution de contrats, ainsi qu'à d'autres tiers concernés, tels qu'un établissement de crédit ou un (ré)assureur, une autorité publique compétente, un avocat ou un médiateur dans le cadre d'un règlement de litiges.

### 6.8.5. Confidentialité

Les parties ont pris les mesures techniques et organisationnelles nécessaires pour assurer la confidentialité et la sécurité des données à caractère personnel. Seuls les collaborateurs qui traitent les données à caractère personnel à des fins professionnelles ou qui doivent le faire auront accès à ces données.

### 6.8.6. Conservation des données traitées

Les données à caractère personnel ne seront pas conservées plus longtemps que ce qui est strictement nécessaire pour réaliser la finalité, compte tenu des délais de prescription ou des périodes de conservation imposés par la législation ou la réglementation.

### 6.8.7. Droits de la personne concernée

La personne concernée dont les données à caractère personnel sont traitées peut :

- demander d'avoir accès à ces données ;
- demander que les données incorrectes soient corrigées ;
- demander la suppression de données ;
- obtenir une limitation du traitement ;
- obtenir et/ou faire transférer des données à un autre responsable du traitement ;
- s'opposer au traitement.

Pour connaître l'étendue et la portée des droits susmentionnés, il est renvoyé à la politique de confidentialité sur le site web de l'Assureur.

La personne concernée peut toujours s'opposer à l'utilisation de ses données à caractère personnel à des fins de marketing direct.

Toute question relative aux droits susmentionnés peut être adressée :

- Par courrier à l'Assureur : Patronale Life, Service Protection des données à caractère personnel, Boulevard Bischoffsheim 33, B-1000 Bruxelles
- Par e-mail à l'Assureur : [privacy@patronale-life.be](mailto:privacy@patronale-life.be)

Toute réclamation concernant le traitement des données à caractère personnel peut être adressée à [privacy@patronale-life.be](mailto:privacy@patronale-life.be) ou à l'Autorité de protection des données.

## 6.9. Réclamations et litiges

### 6.9.1. Réclamations en rapport avec le Contrat

Si vous avez une réclamation à formuler concernant votre Contrat, vous pouvez contacter l'Assureur comme suit :

1. Via le formulaire de contact sur le site web.
2. En envoyant un e-mail à [klachten@patronale-life.be](mailto:klachten@patronale-life.be).
3. Par téléphone au numéro 02 511 60 06
4. Par courrier adressé à Patronale Life, Gestion des plaintes, Boulevard Bischoffsheim 33, B-1000 Bruxelles

Si vous n'avez pas obtenu de solution satisfaisante, vous pouvez vous adresser à l'Ombudsman des assurances, Square De Meeûs 35, 1000 Bruxelles (e-mail : [info@ombudsman.as](mailto:info@ombudsman.as)), sans préjudice de la possibilité d'intenter une action en justice.

Les litiges entre les parties relèvent de la compétence des tribunaux belges. Le droit belge s'applique au présent Contrat (voir point 6.8.1. des présentes Conditions générales).

### 6.9.2. Réclamations relatives à des questions médicales

Les litiges concernant des questions médicales peuvent également, pour autant que les parties marquent explicitement leur accord par écrit à ce sujet au plus tôt au moment où le litige naît, être tranchés par une expertise médicale à l'amiable (arbitrage), où les parties désignent chacune un médecin. À défaut d'accord entre les médecins, un médecin « tiers » est désigné par eux ou, à défaut d'accord, par le Président du Tribunal de première instance compétent. Le collège ainsi formé décide à la majorité des voix et la décision est irrévocable. Sous peine de nullité de leur décision, les médecins ne peuvent toutefois déroger aux dispositions des Conditions générales. Chaque partie règle les honoraires du médecin qu'elle a désigné. Les honoraires de l'éventuel médecin « tiers » sont pris en charge à parts égales par les parties.

Coordonnées

Vous pouvez obtenir de plus amples informations en envoyant un courrier à : Patronale Life, Boulevard Bischoffsheim 33, B-1000 Bruxelles ; ou par e-mail à [info@patronale-life.be](mailto:info@patronale-life.be).