Allianz Xclusive Horizon

Conditions générales

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE I - DEFINITIONS 4

CHAPITRE II - OBJET DE L'ASSURANCE 6

1. Objet du contrat 6
2. Conclusion du contrat 6
3. Certificat Personnel 6
4. Prise d'effet du contrat 6
5. Bases sur lesquelles le contrat est établi 7
6. Garantie des bases techniques 7
7. Modification du contrat 7
8. Durée du contrat 8

CHAPITRE III – VERSEMENTS 8

9. Versements et modalités 8

CHAPITRE IV – EPARGNE 8

10. Constitution de l'épargne 8

CHAPITRE V – OPTIONS DE GESTION 9

11. Choix des options de gestion 9

11.1 Option « Switch périodique » (Transfert progressif de l'épargne) 9

11.2 Option « Limitation de risque dynamique » (Limitation relative du risque) 9

11.3 Option « Switch périodique du profit » (Gestion active des plus-values) 10

CHAPITRE VI – PRESTATIONS 11

12. Prestations assurées 11
13. Paiement des prestations 11

13.1 Paiement en cas de vie de l'assuré 11

13.2 Paiement en cas de décès de l'assuré 11

CHAPITRE VII – DROITS DU PRENEUR D'ASSURANCE 12

14. Désignation du (ou des) bénéficiaire(s) 12
15. Mise en gage 12
16. Résiliation 12
17. Rachat total 12
18. Rachat partiel 13
19. Procédure de demande de rachat partiel 13
20. Switch (Arbitrages non programmés) 13
21. Information au preneur d'assurance 14
22. Information fiscale 14

22.1 Taxe sur les opérations d'assurance 14

22.2 Impôts sur les revenus 14

22.3 Droits de succession 14

22.4 Echange d'information fiscale 14

CHAPITRE VIII - GARANTIE DECES 15

23. Garantie décès standard 15
24. Garantie décès complémentaire 15
25. Détermination de la prime d'assurance de la garantie décès complémentaire 15

CHAPITRE IX – ETENDUE DE LA GARANTIE EN CAS DE DECES 16

26. Garantie mondiale– Terrorisme – Risques nucléaires 16
27. Suicide de l'assuré 16
28. Fait intentionnel 16
29. Navigation aérienne 16
30. Emeutes 16
31. Guerre 17
32. Risques exclus 17

CHAPITRE X – NOTIFICATIONS – JURIDICTION – LOI APPLICABLE – INFORMATION MEDICALE 18
33. Notifications 18
33.1 Notifications Digitales 18
33.2 Notifications par la poste 18
34. Juridiction - Loi applicable 18
35. Information médicale 18
36. Sanctions économiques et commerciales 18
37. Communication au point de contact central 18
38. Protection des données personnelles 19
39. Consentements spécifiques 21
40. Litiges – loi applicable – Autorité de contrôle 21
41. Traitement des plaintes 21
42. Non-application des règles de responsabilité extracontractuelle 21

CHAPITRE I - DEFINITIONS

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

L'assureur :	Allianz Benelux SA, ayant son siège social à 1000 Bruxelles, Boulevard du Roi Albert II 32 ; Numéro d'entreprise : BE 0403.258.197
Le preneur d'assurance :	la (les) personne(s) physique(s) ou morale(s) qui conclu(en)t le contrat avec l'assureur.
L'assuré :	la personne physique sur la tête de laquelle l'assurance est conclue.
Le bénéficiaire :	la (les) personne(s) physique(s) ou morale(s) en faveur de laquelle est stipulée la prestation d'assurance.
La Branche 23 :	Le contrat d'assurance-vie lié à des fonds d'investissement et dans le cadre duquel, le preneur d'assurance supporte entièrement le risque financier.
Le contrat d'assurance :	le contrat d'assurance-vie individuelle souscrit par le preneur d'assurance et qui se matérialise par la Demande de souscription, le Certificat Personnel et les Conditions Générales
La Demande de souscription :	le document complété et signé par le preneur d'assurance par lequel il demande à l'assureur de conclure un contrat.
Le Certificat Personnel :	le document émis par l'assureur et qui constitue la copie du contrat destinée au preneur d'assurance.
Le dossier complet :	ensemble des documents et informations précontractuels nécessaires pour la conclusion du contrat telles que requises. Il comprend des exigences documentaires, informatives et préalables à l'acceptation et l'établissement du contrat telles qu'elles sont requises notamment par la réglementation relative au contrat d'assurance et, à la prévention de l'utilisation du système financier aux fins de blanchiment de capitaux et de financement du terrorisme (y inclus la réception d'une copie recto verso de la carte d'identité du preneur d'assurance).
Les suppléments :	toutes les taxes et autres charges frappant le contrat ou qui viendraient à le frapper, lesquelles sont à charge du preneur d'assurance et doivent être payés en même temps que la prime.
Les investissements :	les versements de primes diminués des suppléments et droits d'entrée, ainsi que, les montants switchés en provenance d'autres fonds d'investissement.
Les désinvestissements :	les retraits partiels, les éventuelles primes nécessaires pour couvrir les prestations assurées en cas de décès et les montants switchés vers d'autres fonds d'investissement.
Les réinvestissements :	les montants switchés en provenance d'autres fonds d'investissement.
L'unité :	une part unitaire dans un fonds d'investissement
La valeur d'inventaire :	la valeur d'une unité.
Le jour d'évaluation :	pour autant que la valeur d'inventaire soit disponible, le jour ouvrable auquel la valeur d'inventaire de l'unité est valorisé. Sinon, la valorisation se fera le jour auquel la première valeur d'inventaire suivante sera disponible.
L'année d'assurance :	année calendrier qui prend court à la date du premier versement de prime.
Le terrorisme :	par acte de terrorisme, on entend l'action ou menace d'action organisée dans la clandestinité à des fins idéologiques, politiques, ethniques ou religieuses exécutées individuellement ou en groupe, et attentant à des personnes ou détruisant partiellement ou économiquement la valeur économique d'un bien matériel ou immatériel, soit en vue d'impressionner le public, de créer un climat d'insécurité ou de faire pression sur les autorités, soit d'entraver la circulation et le fonctionnement normal d'un service ou d'une entreprise.
Le mode de placement :	par mode de placement, on comprend les différents support financiers possibles. Dans le cadre du présent produit, ces modes de placement prennent la forme de fonds d'investissement de la Branche 23.

La classe de risque :	aussi appelé indicateur synthétique de risque : permet d'apprécier le niveau de risque d'un mode de placement par rapport à d'autres. La classe de risque indique la probabilité que le mode de placement enregistre des pertes en cas de mouvements sur les marchés. Cette donnée est historique et ne constitue pas une indication fiable pour le futur.
Le switch :	un switch est un changement de mode de placement de la branche 23 au sein d'un même contrat d'assurance.
Les chargements :	les frais supportés par le preneur d'assurance.

CHAPITRE II - OBJET DE L'ASSURANCE

1. Objet du contrat

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

Le contrat est nominatif.

Le contrat est lié à un ou plusieurs fonds d'investissement de la Branche 23 (modes de placement) sans garantie de rendement et sans protection de capital. Leurs dénominations, dates de constitution, conditions et modalités de modifications, ainsi que leurs objectifs d'investissement sont précisés dans le règlements de gestion des fonds d'investissements internes.

Le nombre d'unités de fonds au sein du contrat est garanti, la valeur d'inventaire de ces unités ne l'est pas.

2. Conclusion du contrat

Le preneur d'assurance soumet son souhait de souscrire à un contrat d'assurance-vie individuelle à travers la signature d'une Demande de souscription. La Demande de souscription est remise à l'assureur par voie digitale.

En cas d'acceptation, l'assureur émet un Certificat Personnel. L'émission de ce document par l'assureur confirme l'acceptation par l'assureur de la demande du preneur d'assurance matérialisée par la Demande de souscription. Le Certificat Personnel représente la copie du contrat destinée au preneur d'assurance. Dans ce cas, la Demande de souscription soumise par le preneur d'assurance devient la copie du contrat destinée à l'assureur.

Les différentes couvertures et les différents modes de placement s'appliquent s'il ressort du Certificat Personnel qu'ils ont effectivement été souscrits. Les Conditions Générales s'appliquent dès lors qu'elles ont été acceptées par le preneur d'assurance.

3. Certificat Personnel

L'assureur établit lors de l'entrée en vigueur et lors de toute modification du contrat 'assurance individuelle' un Certificat Personnel (actualisé) qu'il remet au preneur d'assurance (le dernier certificat délivré annule et remplace toujours le précédent). Le preneur d'assurance est supposé marquer intégralement son accord sur le contenu de son Certificat Personnel par le paiement de la prime.

4. Prise d'effet du contrat

Le contrat entre en vigueur à la date indiquée dans le Certificat Personnel. Les garanties ne sont acquises qu'après réception du versement de la première prime. La date de paiement d'une prime est la date valeur de cette prime sur le compte bancaire de l'assureur. Le paiement de prime se fait directement sur le compte bancaire indiqué par l'assureur avec mention des références communiquées ou par domiciliation, selon ce qui a été convenu.

L'acceptation du contrat pas le biais de l'émission du Certificat Personnel est également subordonnée à la réception d'une copie recto verso de la carte d'identité du preneur d'assurance.

Si le preneur d'assurance est une personne morale, l'acceptation du contrat est subordonnée à la réception d'une copie des derniers statuts de la société, une copie de la liste des administrateurs et la publication de la nomination des administrateurs au Moniteur Belge, une copie de la dernière publication au Moniteur Belge des pouvoirs de représentation ainsi qu'une copie des cartes d'identité des personnes qui ont le pouvoir de représenter la société.

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

Le preneur d'assurance-personne morale transmettra à l'assureur la liste de ses actionnaires-personnes physiques détenant au moins 25% des actions, des droits de vote ou des biens de la société qui conclut le contrat. S'il n'y a pas d'actionnaire – personne physique détenant une telle participation ou s'il n'y a pas d'actionnariat, il conviendra de transmettre la liste des personnes qui exercent le pouvoir ou le contrôle sur cette personne morale, qui y occupent la position de dirigeant principal, ou sont membre de son organe de gestion, ou la liste des personnes habilitées à représenter la personne morale s'il s'agit d'une fondation ou d'une ASBL.

Si l'actionnaire principal du preneur d'assurance est une personne morale, la liste des actionnaires-personnes physiques de cette société sera jointe à la Demande de Souscription Si les titres de la société sont au porteur ou dématérialisés, l'actionnaire détenant au moins 25% des actions doit conformément à l'article 7.83 du code des sociétés et des associations, communiquer au preneur d'assurance l'état de sa participation. La même liste est requise en cas de rachat.

En cas de non-versement de prime dans le contrat d'assurance, le contrant n'entre pas en vigueur et ne pourra donner lieu à aucune prestation de la part de l'assureur.

5. Bases sur lesquelles le contrat est établi

Le contrat est soumis aux dispositions légales et réglementaires régissant l'assurance sur la vie. Il est établi sur base des renseignements fournis sincèrement et sans réticence par le preneur d'assurance et l'assuré, en vue d'informer l'assureur sur les risques qu'elle prend en charge.

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

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

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

6. Garantie des bases techniques

Les bases techniques (ensemble des chargements et des lois de survenance intervenant dans la détermination du tarif ou dans la constitution des réserves) sont celles en vigueur le jour qui suit le jour de la réception de la prime par l'assureur, mais au plus tôt après l'émission du Certificat Personnel.

Les bases techniques peuvent être modifiées à tout moment par l'assureur conformément à l'article 7 ci-dessous. Dans cette hypothèse, l'assureur en fait part au preneur d'assurance qui aura le droit de résilier son contrat.

Chargements standards :

Outre les éventuels chargements d'entrée, l'assureur peut également imputer sur certains modes de placement (voir Règlement de gestion) des chargements pour la gestion du (des) contrat(s) et, le cas échéant, pour rémunérer l'intermédiaire. L'assureur ne peut modifier ces chargements en cours de contrat que dans la mesure où il s'agit d'une indexation de montants forfaitaires intégrés dans le tarif ou, de manière raisonnable et justifiée, dans le cadre d'une révision générale (de la structure) des chargements pour la catégorie d'assurances dont relève le contrat concerné. Le preneur d'assurance peut demander à l'assureur un aperçu détaillé (de la structure) des chargements.

Chargements particuliers :

L'assureur peut, en sus des chargements standards, réclamer des frais en raison de dépenses particulières occasionnées par le preneur d'assurance, l'assuré (les assurés) ou le(s) bénéficiaire(s). L'assureur applique ces chargements de manière raisonnable et justifiée. L'assureur ne peut imputer des chargements particuliers non spécifiquement prévus dans les Conditions Générales ou dans un quelconque autre document que moyennant avis préalable à l'intéressé (aux intéressés). Sans préjudice de l'indexation éventuellement prévue, l'assureur ne peut, en cours de contrat, relever les montants des chargements particuliers convenus que de manière raisonnable et justifiée et dans le cadre d'une révision générale de ceux-ci pour la catégorie d'assurances dont relève le contrat concerné.

7. Modification du contrat

L'assureur ne peut apporter unilatéralement aucune modification aux conditions générales sauf pour des raisons justifiées (par exemple dans le cadre d'une modification de la législation ou des bases techniques au sens de l'article 6 comme précisé ci-haut). Le cas échéant, la modification se fait moyennant le respect des éventuelles restrictions impératives en la matière, dans les limites de la bonne foi et sans porter atteinte aux caractéristiques essentielles du contrat. L'assureur en informe le preneur d'assurance par écrit et lui communique la nature et les raisons des modifications apportées, ainsi que la date à laquelle les nouvelles Conditions Générales prennent effet. Dans ce cas, le preneur d'assurance a le droit de résilier le contrat.

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

Le preneur d'assurance peut à tout moment demander une adaptation du contrat par l'établissement d'une Demande de Modification ; toutefois, l'augmentation des risques assurés est soumise aux conditions en vigueur au moment de l'adaptation, notamment au point de vue de l'acceptation médicale.

Si la modification demandée a pour effet de diminuer les prestations qui sont assurées par les versements déjà effectués au moment de la modification et stipulées au profit du (des) bénéficiaire(s) acceptant(s) éventuel(s), le preneur d'assurance doit fournir l'accord écrit de celui-ci (ceux-ci).

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

8. Durée du contrat

Le contrat d'assurance-vie peut être à durée déterminée, avec un minimum de 5 ans, ou à durée indéterminée. La durée du contrat est mentionnée dans le Certificat Personnel.

CHAPITRE III – VERSEMENTS

9. Versements et modalités

Les versements de primes en assurance vie individuelle sont facultatifs. Elles sont payables suivant les modalités indiquées dans le Certificat Personnel.

Les versements sont fixés librement par le preneur d'assurance. Toutefois, le versement initial sur le contrat doit être au moins égal à 100.000 euros. Des versements complémentaires sont possibles à partir de 25.000 euros.

Des droits d'entrée de maximum 2% sont perçus sur les versements.

Les droits d'entrée ainsi que tous les suppléments sont indiqués dans le document « Extrait de contrat » s'il s'agit de la première prime et dans le document « Confirmation de réception d'un versement libre » pour les versements complémentaires.

Les versements diminués des Suppléments (à savoir les chargements, les taxes et les droits d'entrée) sont affectés au contrat. et répartis entre les fonds d'investissement de la Branche 23 selon les pourcentages définis dans le Certificat Personnel.

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

Le paiement de prime est réputé avoir été fait à la date valeur de la prime sur le compte bancaire de l'assureur ou au plus tôt comme mentionné sur le Certificat Personnel.

Toutefois, si le paiement de prime s'effectue d'une autre manière que celle indiquée par l'assureur, la date d'effet du paiement sera la date - éventuellement ultérieure - à laquelle l'assureur identifie la destination du paiement de prime.

Les versements sont convertis en unités des fonds d'investissement.

Le nombre d'unités affectées est fonction de la valeur des unités.

Si le dossier complet a été accepté par l'assureur, la conversion de montants monétaires en unités liées à un mode de placement de la branche 23 s'opère au plus tard à la date d'évaluation du 4ième jour ouvrable qui suit la réception du versement de la prime sur le compte bancaire de l'assureur.

Si le dossier n'a pas encore été accepté, la conversion de montants monétaires en unités liées à un mode de placement de la branche 23 s'opère au plus tard à la date d'évaluation du 4ième jour ouvrable qui suit l'acceptation du dossier complet.

Primes bonus

L'assureur accorde une prime bonus de 2% sur les versements diminués de la taxe sur les primes. Cette prime bonus est convertie en unités des fonds d'investissement. Le nombre d'unités affectées est fonction de la valeur des unités.

CHAPITRE IV – EPARGNE

10. Constitution de l'épargne

L'épargne du contrat est constituée par l'ensemble des investissements et des désinvestissements intervenus sur le contrat. La valeur de l'épargne correspond à la valeur totale des unités des fonds d'investissement affectées au contrat.

CHAPITRE V – OPTIONS DE GESTION

11. Choix des options de gestion

Le preneur d'assurance peut à tout moment choisir d'instaurer une ou plusieurs option(s) sur son contrat. Le choix peut s'opérer à la date d'effet du contrat ou en cours de contrat par l'établissement d'un nouveau Certificat Personnel.

Les désinvestissements ainsi que les réinvestissements consécutifs aux switches sont effectués sur base de la valeur des unités de compte, telle que calculée au plus tard à la date d'évaluation du 4ème jour ouvrable qui suit le déclenchement du switch automatique. Ces switches automatiques sont effectués sans frais. Tous les autres switches s'effectuent selon les modalités définies à l'article 20 « Switch (Arbitrage non programmés) ».

Le preneur d'assurance a le choix entre les options suivantes :

- Option 1 : « Switch périodique » (Transfert progressif de l'épargne)
- Option 2 : « Limitation de risque dynamique » (Limitation relative du risque)
- Option 3 : « Switch périodique du profit » (Gestion active des plus-values)

11.1 Option « Switch périodique » (Transfert progressif de l'épargne)

Le preneur d'assurance peut choisir l'option lui permettant de switcher automatiquement des unités d'un fonds d'investissement, appelé « fonds source », afin de les transférer progressivement, vers un ou plusieurs fonds d'investissement éligible(s) à cette option, appelé(s) « fonds cible(s) ». Ces fonds sont défini(s) dans le Certificat Personnel.

Le preneur d'assurance peut opter pour des switches périodiques mensuels, trimestriels, semestriels ou annuels. Ces périodicités s'appliquent à compter de la date d'effet de l'option. Les switches s'effectueront à partir de la « Date premier switch » jusqu'à la « Date dernier switch ».

Le switch porte, au choix du preneur d'assurance sur :

- un montant fixe en euros ;
- ou un pourcentage fixe de la réserve ;
- ou un pourcentage variable de la réserve afin de transférer l'entièreté de la réserve du fonds source à la date du dernier switch.

Le premier switch s'effectue à la « Date premier switch ». Lorsque le montant à switcher est supérieur à l'épargne du fonds source, le switch est limité à celle-ci. A la fin du dernier switch, il est mis fin à l'option.

Il est possible de cumuler plusieurs options « Switch périodique » au sein du contrat.

Un « fonds cible » choisi dans le cadre de l'option « Switch périodique » peut être le « fonds source » d'une autre option.

L'option « Switch périodique » ne peut par contre pas être cumulée avec une autre option au sein d'un « fonds source ».

11.2 Option « Limitation de risque dynamique » (Limitation relative du risque)

Le preneur d'assurance peut choisir l'option lui permettant de switcher automatiquement l'épargne constituée d'un fonds d'investissement, appelé « fonds source », vers un fonds d'investissement éligible à cette option, et défini dans le Certificat Personnel, appelé « fonds cible», lorsque le « fonds source » présente une moins-value supérieure à un pourcentage de dépréciation prédéfini. Le preneur d'assurance fixe librement pour chaque fonds source ce pourcentage de dépréciation, lequel est repris dans le Certificat Personnel. Ainsi, chaque jour, la valeur des unités du « fonds source » auquel est attaché ce pourcentage de dépréciation est comparé avec la valeur la plus élevée de cette unité, observée depuis une certaine date. Cette date correspond :

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

Si le rapport entre la valeur de l'unité du « fonds source » et la valeur la plus élevée observée de cette unité est inférieur à 1 diminué du pourcentage de dépréciation, l'épargne constituée dudit fonds est switchée automatiquement dans le « fonds cible ». L'option « Limitation de risque dynamique » reste active sur le contrat tant que le preneur d'assurance ne décide pas de la désactiver.

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

Un « fonds cible » choisi dans le cadre de l'option « Limitation de risque dynamique » peut être le « fonds source » d'une autre option.

L'option « Limitation de risque dynamique » ne peut par contre pas être cumulée avec une autre option au sein d'un « fonds source ».

11.3 **Option « Switch périodique du profit » (Gestion active des plus-values)**

Le preneur d'assurance peut décider de Switcher automatiquement une fraction des plus-values constituées dans un fonds d'investissement, appelé « fonds source », par Switch d'unités, vers un ou plusieurs fonds d'investissement, appelés « fonds cibles », éligibles à cette option et définis dans le Certificat Personnel.

Le preneur d'assurance peut opter pour des Switches mensuels, trimestriels, semestriels ou annuels à compter de la date d'effet de la mise en place de cette option.

La fraction des plus-values constituées à Switcher est définie par le preneur d'assurance.

Les plus-values constituées sont égales à la différence entre la valeur de l'épargne constituée à la date d'évaluation du Switch et la valeur de l'épargne à la date d'effet de la mise en place de l'option.

Afin de considérer uniquement les plus-values constituées dans le fonds source, les plus-values obtenus ci-dessus à considérer dans le cadre de l'option sont diminuées des flux entrants (investissements et Switches provenant d'autres modes de placement et majorées des flux sortants (retraits partiels et des Switches non programmés vers d'autres modes de placement) effectués au sein du fonds source entre la date d'évaluation du Switch et la date d'effet de la mise en place de l'option.

La fraction à Switcher définie par le preneur d'assurance ne sera transférée vers le (s) fonds sélectionné (s) que si les plus-values obtenues après les ajustements mentionnés ci-dessus sont positives.

Il est possible de cumuler plusieurs options « Switch périodique du profit » au sein du même contrat.

Les Switches automatiques liés à cette option sont effectués sans frais.

CHAPITRE VI – PRESTATIONS

12. Prestations assurées

Les prestations assurées sont indiquées dans le Certificat Personnel.

13. Paiement des prestations

Les prestations dues par l'assureur sont payées au(x) bénéficiaire(s) désignés. L'assureur se réserve le droit de demander le contrat après et les avenants éventuels avant d'effectuer le paiement.

13.1 Paiement en cas de vie de l'assuré

Au terme du contrat, si l'assuré est en vie, le paiement sera effectué si les documents suivants sont fournis :

- un certificat de vie à la date de l'échéance mentionnant la date de naissance de l'assuré ;
- une copie recto verso de la carte d'identité de chacun des bénéficiaires (en ce compris les bénéficiaires effectifs au sens de la loi du 18/09/2017) ou si le preneur d'assurance est une personne morale, une copie des statuts de la société ainsi qu'une copie des cartes d'identité des personnes qui ont le pouvoir de représenter la société.

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

Les prestations à verser sont exprimées en unités. Lors du paiement des prestations, les sommes sont converties en euros sur base de la valeur atteinte par l'unité au plus tard à la date d'évaluation du 4ème jour ouvrable qui suit le jour de la réception par l'assureur des documents précités.

Pour les contrats souscrits conformément à l'article 6,2° de l'A.R. du 14 novembre 2003, en couverture ou en reconstitution d'un crédit hypothécaire, la valeur de l'unité est calculée au plus tard à la date d'évaluation du 7ème jour ouvrable qui suit la date de la réception par l'assureur de la demande de résiliation dûment complétée, signée et des éventuels autres documents réclamés par l'assureur

Le preneur d'assurance ne bénéficie d'aucune garantie de rendement de son contrat, sauf dérogation éventuelle indiquée dans le Certificat Personnel.

13.2 Paiement en cas de décès de l'assuré

En cas de décès de l'assuré, les documents suivants doivent être fournis :

- un extrait de l'acte de décès mentionnant la date de naissance de l'assuré ;
- un certificat établi par le médecin traitant de l'assuré et transmis au médecin-conseil de l'assureur, établissant la cause du décès ; Les prestations à verser sont exprimées en unités qui sont converties en euros sur base de la valeur atteinte par l'unité au plus tard à la date d'évaluation du 4ème jour ouvrable qui suit le jour de la réception par l'assureur des documents précités.

Pour les contrats souscrits conformément à l'article 6,2° de l'A.R. du 14 novembre 2003, en couverture ou en reconstitution d'un crédit hypothécaire, la valeur de l'unité est calculée au plus tard à la date d'évaluation du 7ème jour ouvrable qui suit la date de la réception par l'assureur de la demande de résiliation dûment complétée, signée et des éventuels autres documents réclamés par l'assureur

Les sommes converties en euros sont versées aux bénéficiaires après réception par l'assureur des documents suivants :

- une copie recto verso de la carte d'identité de chacun des bénéficiaires (en ce compris les bénéficiaires effectifs au sens de la loi du 18/09/2017) ou si le preneur d'assurance est une personne morale, une copie des statuts de la société ainsi qu'une copie des cartes d'identité des personnes qui ont le pouvoir de représenter la société ;
- un certificat de vie au nom de chacun des bénéficiaires ;
- un acte d'hérédité.

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

Le preneur d'assurance ne bénéficie d'aucune garantie de rendement de son contrat, sauf dérogation éventuelle indiquée dans le Certificat Personnel.

CHAPITRE VII – DROITS DU PRENEUR D'ASSURANCE

En cas de demande de résiliation, de retrait partiel ou de rachat total ou encore de switchs telles que visées aux articles 16 à 18 ci-dessous, l'assureur se réserve le droit de demander tout document nécessaire et utile à la gestion du contrat d'assurance (par exemple une mise à jour des pièces d'identité, documents requis par la réglementation anti-blanchiment, etc.). Dans ce cas, la demande en question ne sera réputée dûment complétée et signée qu'à la date de réception et d'acceptation par l'assureur des documents demandés.

14. Désignation du (ou des) bénéficiaire(s)

Le preneur d'assurance à le droit de désigner et modifier le(s) bénéficiaire(s) des couvertures en cas de décès et de vie ou modifier cette désignation. Pour être opposable à l'assureur, cette modification doit lui être notifiée par un écrit signé par le preneur d'assurance.

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

- le preneur d'assurance est en vie : par une demande d'acceptation du bénéfice (document « Acceptation de bénéfice ») du contrat signée par le bénéficiaire, le preneur d'assurance et l'assureur ;
- après le décès du preneur d'assurance : par une demande d'acceptation du bénéfice envoyée par écrit par le bénéficiaire à l'assureur.

En cas d'acceptation, la désignation d'un nouveau bénéficiaire est soumise à l'autorisation écrite du bénéficiaire ayant déjà accepté.

15. Mise en gage

Le preneur a le droit de mettre en gage les prestations assurées. Les modalités sont fixées dans l'avenant de mise en gage.

16. Résiliation

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

La demande de résiliation doit être communiquée à l'assureur par lettre recommandée ou par remise d'une lettre de résiliation contre récépissé. Dans ce cas, l'assureur rembourse la valeur des unités attribuées augmentée des droits d'entrée, déduction faite des sommes consommées pour la couverture du risque décès prévue dans le Certificat Personnel. La valeur des unités est celle calculée au plus tard à la date d'évaluation du 4ème jour ouvrable qui suit le jour de la réception par l'assureur de la demande de résiliation dûment complétée et signée.

Pour les contrats souscrits conformément à l'article 6,2° de l'A.R. du 14 novembre 2003, en couverture ou en reconstitution d'un crédit hypothécaire, la valeur de l'unité est calculée au plus tard à la date d'évaluation du 7ème jour ouvrable qui suit la date de la réception par l'assureur de la demande de résiliation dûment complétée, signée et des éventuels autres documents réclamés par l'assureur.

17. Rachat total

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

Le rachat sort ses effets à la date de réception par l'assureur de la quittance de rachat ou tout autre document équivalent dûment complété et signé pour accord par le preneur d'assurance.

La valeur de rachat est égale à l'épargne constituée diminuée le cas échéant de l'indemnité de rachat décrite ci-après :

- En cas de rachat au cours des 5 années suivant le paiement de la prime initiale dans le contrat, il est prélevé une indemnité de 3,5% de l'épargne constituée ;
- En cas de rachat au-delà des 5 années suivant le paiement de la prime initiale dans le contrat, il est prélevé une indemnité de 2% sur l'épargne constituée par les versements complémentaires effectués depuis moins de 5 ans.

En cas de rachat, l'assureur verse au preneur d'assurance la valeur des unités attribuées déduction faite des sommes consommées pour la couverture du risque décès prévue dans le Certificat Personnel et, le cas échéant, déduction faite de l'indemnité décrite ci-dessus. La valeur des unités est celle calculée au plus tard à la date d'évaluation du 4ème jour ouvrable qui suit le jour de la réception par l'assureur de la demande de résiliation dûment complétée et signée.

Pour les contrats souscrits conformément à l'article 6,2° de l'A.R. du 14 novembre 2003, en couverture ou en reconstitution d'un crédit sollicité par le preneur d'assurance, la valeur de l'unité est calculée au plus tard à la date d'évaluation du 7ème jour ouvrable qui suit la date de la réception par l'assureur de la demande de résiliation dûment complétée, signée et des éventuels

autres documents jugés nécessaire.

Pour obtenir la valeur de rachat, le preneur d'assurance doit restituer le Certificat Personnel et produire l'accord écrit du (des) bénéficiaire(s) qui a (ont) accepté le bénéfice du contrat. Le preneur d'assurance y ajoutera une copie de sa carte d'identité ou si le preneur d'assurance est une personne morale, une copie des derniers statuts de la société, une copie de la liste des administrateurs et la publication de la nomination des administrateurs au Moniteur Belge, une copie de la dernière publication au Moniteur Belge des pouvoirs de représentation ainsi qu'une copie des cartes d'identité des personnes qui ont le pouvoir de représenter la société.

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

Dans certains cas, l'exercice du droit au rachat peut être limité. Ainsi, le preneur ne peut pas racheter son contrat s'il l'a transféré ou mis en gage le droit au rachat à une tierce personne. Si le bénéficiaire a accepté le bénéfice du contrat, le preneur doit disposer de l'accord écrit de ce bénéficiaire pour exercer son droit au rachat.

18. Rachat partiel

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

Le preneur d'assurance peut à tout moment effectuer des retraits partiels de 1.000 euros minimum chacun et à condition que le solde de l'épargne constituée ne soit pas, après rachat partiel, inférieur à 5.000 euros.

Les prestations assurées en cas de décès seront adaptées en fonction des rachat.

Les modalités de retraits partiels sont définies sur l'ensemble des fonds.

Une fois par an, dès la deuxième année d'assurance qui suit le paiement de la prime initiale, le preneur d'assurance peut, sans indemnité, racheter 10% maximum des montants nets investis, avec un minimum de 1.000 euros et à condition que le solde de l'épargne constituée ne soit pas, après rachat partiel, inférieur à 5.000 euros.

Dans les autres cas, une indemnité de rachat peut être prélevée du montant retiré selon les modalités suivantes :

L'éventuelle indemnité de rachat est déterminé en fonction du moment du retrait partiel et les épargnes constitués impactés par celui-ci. Le retrait partiel s'applique dans l'ordre chronologique sur l'épargne constituée par chaque prime versée.

- En cas de rachat partiel au cours des 5 années suivant le paiement de la prime initiale dans le contrat, il est prélevé une indemnité de rachat de 3,5% sur le montant racheté.
- En cas de rachat partiel au-delà des 5 années suivant le paiement de la prime initiale dans le contrat, il est prélevé une indemnité de rachat correspondant à 2% du montant rachteté sur l'épargne constituée par des versements complémentaires effectués depuis moins de 5 ans. Aucune indemnité n'est due sur le montant racheté sur l'épargne constituée par des versements complémentaires effectués depuis plus de 5 ans.

Des unités sont prélevées sur le contrat et sont converties en euros en suivant le processus décrit à l'article 17 « Rachat total ».

19. Procédure de demande de rachat partiel

Pour procéder à des rachats partiels, le preneur d'assurance doit produire l'accord écrit du (des) bénéficiaire(s) qui a (ont) accepté le bénéfice du contrat. Le preneur d'assurance y ajoutera une copie recto verso de sa carte d'identité ou si le preneur d'assurance est une personne morale, une copie des derniers statuts de la société, une copie de la liste des administrateurs et la publication de la nomination des administrateurs au Moniteur Belge, une copie de la dernière publication au Moniteur Belge des pouvoirs de représentation ainsi qu'une copie des cartes d'identité des personnes qui ont le pouvoir de représenter la société.

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

20. Switch (Arbitrages non programmés)

Le preneur d'assurance a le droit d'effectuer des switches entre les fonds d'investissement.

Les modalités de switches sont définies sur l'ensemble des fonds.

A partir du treizième mois qui suit le premier investissement, le preneur d'assurance a la possibilité d'effectuer ce switch gratuitement une fois par année d'assurance. Si au cours d'une même année d'assurance d'autres switches sont réalisés, l'assureur se réserve le droit de prélever des frais de switch de 0,50% du montant à switcher avec un maximum de 100 euros indexé.

Lors de la première année qui suit le premier investissement, le preneur d'assurance a également la possibilité d'effectuer ce switch et l'assureur se réserve le droit de prélever des frais de switch de 0,50% du montant à switcher avec un maximum de 100 euros.

Les désinvestissements sont effectués sur base de la valeur des unités calculées au plus tard à la date d'évaluation du 4ème jour ouvrable qui suit le jour de la réception de la demande de switch par l'assureur. Les réinvestissements sont réalisés sur base de la valeur des unités calculées au plus tard à la date d'évaluation du 4ème jour ouvrable qui suit le jour de la réception de la demande de switch par l'assureur.

21. Information au preneur d'assurance

Lors de chaque opération, l'épargne est calculée et communiquée par l'assureur au moyen d'un document intitulé « confirmation d'opération ».

Une fois par an, un extrait sera envoyé au preneur d'assurance, lui notifiant l'épargne du contrat (valeur de rachat théorique) et la valeur de l'unité des fonds.

22. Information fiscale

Les impôts, taxes et droits qui existent ou qui seraient établis sous une dénomination quelconque après la conclusion du contrat d'assurance-vie individuelle et qui sont ou seraient dus du fait de la conclusion ou de l'exécution du contrat, sont à votre charge, à charge des ayants droit ou du (des) bénéficiaire(s) suivant le cas.

Ces informations sont basées sur la législation fiscale belge en vigueur au 5/6/2026 et peuvent changer dans le futur. Le traitement fiscal dépend de la situation personnelle du contribuable. Ces informations sont communiquées dans l'hypothèse où le preneur (personne physique ou personne morale) a sa résidence fiscale/siège social en Belgique. Vous pouvez toujours vous adresser à votre intermédiaire d'assurance pour obtenir une information fiscale plus détaillée et actualisée.

22.1 Taxe sur les opérations d'assurance

La prime est soumise à une taxe de 2% si le preneur d'assurance est une personne physique et de 4,40% si le preneur d'assurance est une personne morale.

22.2 Impôts sur les revenus

Lorsque le preneur d'assurance est une personne physique ou une personne morale non soumise à l'impôt des sociétés, la plus-value réalisée sur le contrat peut, sous certaines conditions, être soumise à la taxation des plus-values sur actifs financiers. Cette taxation a en principe lieu en cas de rachats (partiels) ou de liquidation en cas de vie.

Lorsque le preneur d'assurance est une personne morale soumise à l'impôt des sociétés, la partie de plus-value comprise dans la prestation versée en cas de vie (en ce compris les rachats) ou en cas de décès est taxée dès qu'elle est comptabilisée en bénéfice.

Il est conseillé au preneur d'assurance de consulter son conseiller fiscal.

22.3 Droits de succession

Des droits de succession peuvent être dus.

Il est conseillé au bénéficiaire de consulter son conseiller fiscal ou son notaire.

22.4 Echange d'information fiscale

Conformément à ses obligations légales, Allianz Benelux SA fournira les informations nécessaires aux autorités compétentes.

CHAPITRE VIII - GARANTIE DECES

23. Garantie décès standard

Le contrat garantit à tout moment une prestation en cas de décès égale à la valeur de l'épargne constituée.

24. Garantie décès complémentaire

Le preneur d'assurance peut choisir d'ajouter une garantie décès complémentaire au contrat d'assurance-vie de la Branche 23 afin de prémunir son/ses bénéficiaire(s) contre les pertes éventuelles subies sur son contrat.

Si le preneur d'assurance a opté pour cette garantie complémentaire, le(s) bénéficiaire(s) percevra(ont) en cas de décès du preneur d'assurance, le plus élevé des montants suivants :

- la valeur de l'épargne constituée ou;
- le montant spécifié dan le Certificat Personnel.

25. Détermination de la prime d'assurance de la garantie décès complémentaire

Les primes nécessaires pour couvrir les prestations complémentaires en cas de décès de l'assuré avant le terme de la garantie décès complémentaire, sont calculées et prélevées mensuellement sur l'épargne constituée, par le biais d'un rachat automatique des unités de compte requises à leur valorisation au moment de l'opération.

Afin de déterminer si une prime doit être prélevée, l'assureur comparera chaque mois la valeur de l'épargne constituée en début de mois et le montant spécifié dans le Certificat Personnel

Si cette différence est positive une prime d'assurance sera retenue de l'épargne constituée, selon les modalités reprises ci-dessus.

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

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

CHAPITRE IX – ETENDUE DE LA GARANTIE EN CAS DE DECES

26. Garantie mondiale– Terrorisme – Risques nucléaires

Le risque de décès est couvert dans le monde entier, quelle qu'en soit la cause, sous réserve des limitations prévues dans le présent article et les dispositions des articles 26 à 32 du présent contrat.

- **Terrorisme**

Les prestations dues en cas de décès concernant des dommages causés par le terrorisme sont couvertes dans les termes, limites et délais prévus par la loi du 1er avril 2007 relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme étant entendu qu'Allianz Benelux SA est membre de l'ASBL TRIP, personne morale constituée en exécution des dispositions de cette loi pour autant que l'assuré n'ait pas pris part à l'acte de terrorisme.

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

- **Risques nucléaires**

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

27. Suicide de l'assuré

Le suicide de l'assuré n'est couvert que s'il se produit après la première année qui suit la date de prise de cours du contrat, de sa remise en vigueur ou de l'émission d'un certificat Personnel résultant de l'augmentation des avantages assurés en cas de décès.

28. Fait intentionnel

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

De plus, n'est pas couvert, le décès de l'assuré qui a pour cause immédiate et directe un crime ou un délit intentionnel dont l'assuré est auteur ou coauteur et dont il a pu prévoir les conséquences.

29. Navigation aérienne

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

- non autorisé au transport de personnes ou de choses ;
- transportant des produits contribuant à maintenir ou promouvoir des situations conflictuelles dans des régions en état de belligérance ou d'insurrection;
- se préparant ou participant à une épreuve sportive, une compétition, une démonstration, un record ou une tentative de record ;
- effectuant un vol (des vols) d'essai ;
- du type "ultra léger motorisé" ;
- du type vol à voile, planeur, deltaplane, parapente ou parachute ;
- militaire ou utilisé par des militaires ou à des fins militaires, sauf si l'appareil est affecté au moment de l'accident au transport de personnes en dehors de zones d'hostilités .

30. Emeutes

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

31. Guerre

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

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

Toutefois, si les circonstances le justifient, et moyennant l'accord de la Financial Services and Markets Authority (FSMA), ces risques peuvent être couverts par une convention particulière.

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

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

Dans les deux cas, le(s) bénéficiaire(s) doit (doivent) apporter la preuve que l'assuré ne participait pas activement aux hostilités.

32. Risques exclus

N'est pas couvert le décès consécutif à une maladie contractée ou un accident survenu avant la prise d'effet de la présente assurance pour autant que l'une des deux conditions suivantes soit remplie :

- l'assuré doit en avoir eu connaissance au moment de la souscription ou au moment de l'augmentation des garanties contractuelles et l'avoir déclaré à l'assureur. La maladie ou l'accident déclaré n'est exclu(e) que s'il est fait mention de cette exclusion dans le Certificat Personnel ;
- si l'assuré n'a pas déclaré la maladie ou l'accident survenu avant la prise d'effet de l'assurance, l'assureur doit apporter la preuve que l'assuré en avait connaissance au moment de la souscription ou au moment de l'augmentation des garanties contractuelles.

CHAPITRE X – NOTIFICATIONS – JURIDICTION – LOI APPLICABLE – INFORMATION MEDICALE

33. Notifications

33.1 Notifications Digitales

Pour être valables, les notifications digitales destinées à l'assureur doivent être faites par la plateforme informatique régissant les rapports entre l'assureur et l'intermédiaire d'assurance. La notification est censée être faite à la date de l'introduction de celle-ci - dûment complétée et, le cas échéant, dûment signée – au sein de la plateforme mentionnée.

Les notifications destinées au preneur d'assurance sont valablement faites par e-mail à l'adresse indiquée dans le Certificat Personnel.

Toute notification est censée faite à la date d'envoi de l'e-mail.

33.2 Notifications par la poste

Pour être valables, les notifications destinées à l'assureur doivent être faites à son siège social en Belgique.

Les notifications destinées au preneur d'assurance sont valablement faites à l'adresse indiquée par celui-ci dans le Certificat Personnel.

Toute notification est censée faite à la date du cachet de la poste.

34. Juridiction - Loi applicable

Les contestations entre parties relatives à l'interprétation ou à l'exécution du contrat relèvent de la compétence des tribunaux belges. La loi applicable au contrat est la loi belge.

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

35. Information médicale

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

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

36. Sanctions économiques et commerciales

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

37. Communication au point de contact central

A. Objet

Allianz Benelux SA a l'obligation légale de fournir plusieurs de vos informations personnelles au «Point de contact central pour les comptes et contrats financiers établi auprès de la Banque nationale de Belgique» (aussi dénommé le «PCC»).

Cette obligation de communication vise toutes les polices d'assurances vie ayant un but d'épargne ou d'investissement sans immunisation de la prime.

B. Quelles informations sont transmises au PCC?

Données d'identification

Si le preneur est une personne physique : le numéro d'identification au Registre national des personnes physiques ou, à défaut, le numéro d'identification à la Banque Carrefour de la sécurité sociale, ou, à défaut, les nom, prénom, date et lieu de naissance (ou, à défaut le pays natal).

Données propres au contrat

L'existence de la relation contractuelle avec Allianz Benelux. La date du début de la relation contractuelle.

La date de fin de votre relation contractuelle lors de la résiliation du dernier contrat relevant de l'obligation de communication.

La valeur globale à la fin de chaque année de tous les contrats dont le preneur est titulaire et qui font l'objet d'une déclaration.

Toute nouvelle donnée future dont la loi imposerait la déclaration au PCC.

C. Pour quelles finalités les données personnelles sont-elles transmises et enregistrées au PCC?

Le PCC a pour objectif de rassembler les informations relatives aux contrats financiers existant en Belgique dans une base de données structurée et unique afin de fournir rapidement les informations qui sont nécessaires aux autorités, personnes et organismes que le législateur a habilités par le biais de législations spécifiques, à demander ces informations pour la réalisation de leurs missions d'intérêt général.

Les données personnelles enregistrées dans le PCC peuvent entre autres être utilisées dans le cadre d'une enquête fiscale, de la recherche d'infractions pénalement sanctionnables, de la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, et de la grande criminalité, dans le respect des conditions imposées par la loi.

D. Quels sont les droits du preneur en lien avec ses données personnelles communiquées au PCC?

Le preneur d'assurance peut obtenir gratuitement un relevé des données enregistrées à son nom dans le PCC en adressant une demande écrite, datée et signée au PCC établi auprès de la Banque nationale de Belgique. Toute personne peut en outre demander à Allianz Benelux la rectification ou la suppression des données inexactes enregistrées à son nom. Allianz Benelux sera tenu de rectifier ou de supprimer les données inexactes dans ses propres fichiers et de communiquer sans retard ces modifications au PCC.

E. Quel est le délai de conservation ?

Le PCC collecte l'ensemble des données du preneur d'assurance dans une base de données et les stocke pendant 10 ans après la fin de la relation contractuelle. A l'expiration du délai de conservation précité, les données échues sont irrévocablement supprimées de la base de données du PCC.

F. Comment contacter le PCC?

Par e-mail : cap.pcc@nbb.be

Par courrier: CAP-Banque nationale de Belgique, Boulevard de Berlaimont 14, 1000 Bruxelles

Par téléphone : +32 2 221 30 08

38. Protection des données personnelles

Allianz Benelux SA : qui sommes-nous ?

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

Pourquoi utilisons-nous vos données personnelles ?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Profilage et décision automatisée.

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

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

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

Conservation de vos données personnelles.

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

Questions, exercices de vos droits et plaintes.

Vous pouvez nous adresser vos questions concernant le traitement de vos données personnelles soit par courriel à l'adresse privacy@allianz.be, soit par courrier postal à l'adresse : Allianz Benelux SA, Service juridique et compliance/Protection des données, Boulevard du Roi Albert II 32 à 1000 Bruxelles, Belgique. Veuillez aussi nous transmettre une copie de votre carte

d'identité recto verso. Nous vous répondrons personnellement. Toute plainte concernant le traitement de vos données personnelles peut être adressée aux adresses postales et de courriel mentionnées ci-dessus ou encore à l'Autorité de Protection des Données Personnelles, rue de la Presse 35, 1000 Bruxelles, www.privacycommission.be.

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

39. Consentements spécifiques

Traitement de données relatives à la santé.

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

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

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

40. Litiges – loi applicable – Autorité de contrôle

La loi belge est applicable au contrat d'assurance.

Tous les litiges relatifs à ce contrat sont exclusivement du ressort des tribunaux belges.

Allianz Benelux SA est soumises au contrôle prudentiel de la Banque nationale de Belgique, Boulevard de Berlaimont 14, 1000 Bruxelles et au contrôle de l'Autorité des services et marchés financiers (FSMA), rue du Congrès 12-14, 1000 Bruxelles en matière de protection des investisseurs et des consommateurs.

41. Traitement des plaintes

Lorsque vous avez une question concernant votre contrat, vous pouvez toujours prendre contact avec votre intermédiaire.

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

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

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

42. Non-application des règles de responsabilité extracontractuelle

En cas de litige entre vous et nous (et de dommages causés) suite à l'exécution défectueuse ou l'inexécution d'une obligation contractuelle prévue dans le présent contrat d'assurance, les dispositions légales de responsabilité civile extracontractuelle, telles qu'elles sont prévues dans le Livre 6 du Code civil, ne seront pas applicables, sauf en cas de dommage résultant d'une atteinte à l'intégrité physique ou psychique ou d'une faute commise avec l'intention de causer un dommage tel que l'article 6.3, §1, 2e alinéa du Code civil le prévoit.

Ces règles du Code civil ne seront pas non plus applicables à l'égard de nos auxiliaires (employés ou dirigeants par exemple) en cas de faute commise par l'un d'eux dans le cadre de l'exécution du présent contrat d'assurance.

Le présent article ne porte cependant pas préjudice à la possibilité, que vous conservez, d'intenter une action en justice sur base contractuelle à l'encontre d'Allianz Benelux SA en cas de faute commise par l'un de nos auxiliaires dans le cadre de l'exécution du présent contrat d'assurance.

Allianz Benelux SA, Blvd du Roi Albert II 32, 1000 Bruxelles, tél. : +32 2 214.61.11, www.allianz.be
BE 0403.258.197, RPM Bruxelles, IBAN : BE74 3100 1407 6507, BIC : BBRUBEBB
Entreprise d'assurances agréée par la BNB (Banque Nationale de Belgique) et identifiée sous le numéro 0403.258.197 pour pratiquer les branches "Vie" et "non Vie", BNB : Blvd de Berlaimont 14, 1000 Bruxelles, www.nbb.be
Editeur responsable : Paul Möller, Blvd du Roi Albert II 32, 1000 Bruxelles, tél. : +32 2 214.61.11 - V1110FR - Ed. 06/26

Votre Courtier
Votre meilleure Assurance