



SOMMAIRE

1. DEFINITIONS	3
2. ENTREE EN VIGUEUR ET PAIEMENT DES PRIMES	3
3. COUVERTURES	3
3.1 COUVERTURES EN CAS DE DECES	3
3.2 DISPOSITIONS GENERALES	6
4. DROITS DU PRENEUR D'ASSURANCE	8
4.1 DISPOSITIONS GENERALES	8
4.2 RESILIATION	8
4.3 DESIGNATION ET CHANGEMENT DE BENEFICIAIRES	9
4.4 RACHAT	9
4.5 AVANCE / MISE EN GAGE ET ANNEXION	9
5. DROITS DU (DES) BENEFICIAIRE(S)	10
6. DISPOSITIONS DIVERSES	10
6.1 NATURE JURIDIQUE DES COUVERTURES	10
6.2 JONCTION	10
6.3 IMPOTS	10
6.4 COUTS SPECIFIQUES	11
6.5 CERTIFICAT PERSONNEL	11
6.6 CONSTITUTION DE LA RESERVE / SOUSTRACTION DES PRIMES DE RISQUE / ADAPTATIONS TARIFAIRES	11
6.7 NON-PAIEMENT DES PRIMES / EPUISEMENT DES RESERVES	12
6.8 REMISE EN VIGUEUR	13
6.9 VERSEMENTS	13
6.10 CORRESPONDANCE ET PREUVE	13
6.11 MODIFICATION DES CONDITIONS GENERALES	13
6.12 CADRE LEGAL	14
6.13 PROTECTION DE LA VIE PRIVEE	14
6.14 PLAINTES ET LITIGES	14
6.15 AVERTISSEMENT	14

1. DEFINITIONS

assureur	SA Crelan Insurance., ayant son siège social à 1070 BRUXELLES, avenue Sylvain Dupuis 251
contrat	l'assurance de solde restant dû / l'assurance temporaire décès, comprenant les présentes Conditions Générales, le Certificat Personnel et d'éventuels autres documents, qui doivent être lus conjointement et forment un ensemble
preneur d'assurance	la personne qui conclut le contrat avec l'assureur; s'il y a deux preneurs d'assurance, le terme 'preneur d'assurance' vise, selon le contexte, conjointement les deux preneurs d'assurance ou chaque preneur d'assurance séparément
assuré(s)	la (les) personne(s) physique(s) sur la tête de laquelle (desquelles) la (les) couverture(s) prévue(s) dans le contrat est (sont) conclue(s)
bénéficiaire(s)	la (les) personne(s) à qui revien(nen)t les versements prévus dans le contrat
Certificat Personnel	le document le plus récemment émis par l'assureur sous la dénomination de 'Certificat Personnel', qui recense les caractéristiques spécifiques du contrat

2. ENTREE EN VIGUEUR ET PAIEMENT DES PRIMES

Le contrat entre en vigueur à la date indiquée dans le Certificat Personnel. La date de paiement d'une prime est la date valeur de cette prime sur le compte bancaire de l'assureur. Même si la première prime ou la prime unique était payée avant la date d'entrée en vigueur indiquée dans le Certificat Personnel, le contrat n'entre en vigueur qu'à la date d'entrée en vigueur indiquée dans le Certificat Personnel.

Le paiement des primes se fait sur le compte bancaire indiqué par l'assureur avec mention des références communiquées. Le paiement des primes n'est pas obligatoire (voir cependant 6.7), sauf si le preneur d'assurance s'y est obligé par un autre engagement que le contrat (comme un prêt ou un crédit).

3. COUVERTURES

3.1 Couvertures en cas de décès

3.1.1 Description des couvertures en cas de décès

3.1.1.1 Assurance principale 'capital-décès'

3.1.1.1.1 Evénement assuré

Si l'assuré vient à décéder pendant la période de couverture (voir 3.1.2.1), l'assureur verse le capital convenu au(x) bénéficiaire(s) et le contrat prend fin. S'il y a deux assurés, 'le décès de l'assuré' doit s'entendre comme le décès d'un des deux assurés ('premier décès de deux'; en cas de décès simultané, il n'y a pas de 'double versement').

3.1.1.1.2 Montant du capital-décès

Le capital à verser est le montant assuré à la date de survenance de l'événement assuré. Il n'y a pas de participation bénéficiaire en cas de décès.

3.1.1.2 Assurance principale additionnelle 'capital en cas de décès successif (dans les 12 mois)', à conclure séparément

3.1.1.2.1 Evénement assuré

Si les assurés viennent tous deux à décéder soit simultanément, soit successivement dans une période de 12 mois, l'assureur verse le capital convenu au(x) bénéficiaire(s). Il y a couverture si le premier décès survient pendant la période de couverture (voir 3.1.2.1) et si le second décès survient au plus tard 12 mois après le premier décès.

3.1.1.2.2 Montant du capital en cas de décès successif

Le capital à verser est le montant assuré à la date du premier décès. Il n'y a pas de participation bénéficiaire en cas de décès.

3.1.1.3 Assurance complémentaire 'capital-décès par accident'

3.1.1.3.1 Evénement assuré

Si l'assuré vient à décéder dans les 180 jours après et en conséquence directe d'un accident et si tant l'accident que le décès surviennent pendant la période de couverture (voir 3.1.2.1), l'assureur verse le capital convenu au(x) bénéficiaire(s). S'il y a deux assurés, 'le décès de l'assuré' doit s'entendre comme le décès d'un des deux assurés ('premier décès de deux'; en cas de décès simultané, il n'y a pas de 'double versement').

Un accident est une action soudaine d'une force extérieure sur l'organisme de l'assuré, indépendante de sa volonté, qui occasionne une atteinte à son intégrité physique.

Ne sont pas considérés comme accident:

- le suicide;
- les maladies et leurs conséquences, les attaques d'accident vasculaire (cérébrales ou autres), quelle qu'en soit la cause;
- les contaminations, intoxications et empoisonnements, à l'exception d'une septicémie (mais uniquement s'il y a eu une blessure externe et si la septicémie a eu lieu en même temps que la blessure).

Par extension, sont cependant considérées comme accident:

- les conséquences d'interventions chirurgicales nécessitées par un accident;
- l'inhalation involontaire de gaz ou de vapeurs et l'absorption par erreur de substances toxiques;
- la noyade;
- les morsures d'animaux et les piqûres d'insectes;
- la foudre.

3.1.1.3.2 Montant du capital-décès par accident

Le capital à verser est le montant assuré à la date de survenance de l'événement assuré. Il n'y a pas de participation bénéficiaire en cas de décès.

Si le Certificat Personnel fait une distinction entre le capital-décès 'par maladie' et 'par accident', seule la différence positive entre le montant assuré 'par accident' et le montant assuré 'par maladie' relève des dispositions concernant la couverture 'capital-décès par accident'. Le montant assuré 'par maladie' forme conjointement avec le montant assuré correspondant 'par accident' la couverture 'capital-décès' (voir 3.1.1.1).

3.1.2 Etendue des couvertures en cas de décès

3.1.2.1 Période de couverture

La date du début et la date (ultime) d'expiration de la période de couverture sont indiquées dans le Certificat Personnel. La période de couverture débute cependant toujours au plus tôt à la date de paiement de la première prime ou de la prime unique. Même si la première prime ou la prime unique était payée avant la date du début de la période de couverture telle qu'indiquée dans le Certificat Personnel, la période de couverture ne débute qu'à partir de la date du début de la période de couverture telle

qu'indiquée dans le Certificat Personnel. La période de couverture expire toujours au plus tard à la date à laquelle le contrat prend fin.

3.1.2.2 Risques exclus concernant l'assurance principale 'capital-décès' et l'assurance principale additionnelle 'capital en cas de décès successif (dans les 12 mois)', à conclure séparément

L'assureur n'accorde pas de couverture pour le risque de décès dans le cadre des couvertures 'capital-décès' (voir 3.1.1.1) et 'capital en cas de décès successif (dans les 12 mois)' (voir 3.1.1.2) si le décès est la conséquence directe ou indirecte:

- du suicide au cours de la première année qui suit le début de la période de couverture ou la remise en vigueur de la couverture concernée; le même délai d'un an vaut pour toute augmentation du montant assuré nominal des couvertures, en ce qui concerne cette augmentation et à compter de sa prise d'effet;
- de l'exécution d'une condamnation judiciaire à la peine de mort;
- d'un crime ou d'un délit intentionnel commis par l'assuré en tant qu'auteur ou coauteur;
- d'un accident d'aéronef sur lequel l'assuré a embarqué comme passager ou comme membre d'équipage, sauf s'il s'agit d'un vol de ligne régulier ou charter à caractère non militaire;
- d'une émeute et de tout acte de violence collectif à caractère politique, idéologique ou social, accompagné(e) ou non de rébellion contre les autorités, si l'assureur peut démontrer que l'assuré y a d'une quelconque manière pris part;
- d'une guerre ou de tout fait analogue et une guerre civile; si le décès de l'assuré survient dans un pays étranger où des hostilités sont en cours, il faut distinguer deux cas:
 - si le conflit éclate durant le séjour de l'assuré, la couverture est accordée pour autant que l'assuré ne participe pas activement aux hostilités;
 - si l'assuré se rend dans un pays où un conflit armé est en cours, la couverture ne peut être accordée que moyennant le paiement d'un supplément de prime et l'accord écrit de l'assureur et pour autant que l'assuré ne participe pas activement aux hostilités;
- de tout fait ou toute succession de faits de même cause qui résulte ou est la conséquence de sources de radiations ionisantes, de combustibles nucléaires ou de produits ou déchets radioactifs, à l'exception d'irradiations médicales;
- d'un acte de terrorisme au sens de la loi du 1^{er} avril 2007 relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme (cette exclusion ne vaut toutefois que si le décès dans ce cadre est causé par des armes ou des engins destinés à exploser par une modification du noyau atomique).

Dans le cadre de la couverture 'capital en cas de décès successif (dans les 12 mois)', il est question d'un risque exclu si au moins un des deux assurés décède suite à un des risques exclus précités.

3.1.2.3 Risques exclus supplémentaires concernant l'assurance complémentaire 'capital-décès par accident'

L'assureur n'accorde pas de couverture dans le cadre de la couverture 'capital-décès par accident' (voir 3.1.1.3) à la suite d'un risque qui serait exclu dans le cadre des autres couvertures en cas de décès (voir 3.1.2.2), appliqué tant au décès qu'à l'accident, ou si le décès est causé par un accident qui est lui-même la conséquence directe ou indirecte d'une des circonstances suivantes dans laquelle l'assuré se trouve au moment de l'accident:

- la participation à des méfaits, rixes ou disputes (sauf en cas de légitime défense) et des actes notoirement téméraires (sauf en cas de sauvetage de personnes ou de biens);
- la pratique de sports de combat en club ou en compétition, la participation à des concours de vitesse organisés (y compris en cours d'entraînement pour ceux-ci) et la participation à des paris et défis;
- un état d'ivresse, d'intoxication alcoolique ou d'intoxication analogue résultant de l'utilisation de drogues ou de substances hallucinogènes.

3.1.2.4 Prestations en cas de décès suite à un risque exclu

En cas de survenance d'un événement assuré suite à un risque exclu, seules les éventuelles réserves constituées dans le cadre des couvertures 'capital-décès' et 'capital en cas de décès successif (dans les 12 mois)' (voir 6.6) sont versées au(x) bénéficiaire(s) de ces couvertures.

3.2 Dispositions générales

3.2.1 Communication de renseignements corrects

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

Même si après la signature du formulaire de souscription, ou après la signature du formulaire de modification concernant l'augmentation du capital de risque, ou après remise des documents médicaux, mais avant l'émission du Certificat Personnel, le(s) preneur(s) d'assurance et/ou l'assuré (les assurés) prend (prennent) connaissance de nouvelles données qui peuvent avoir une incidence sur l'évaluation des risques par l'assureur, ces nouvelles données doivent être communiquées à l'assureur.

En cas de communication inexacte de la date de naissance de l'assuré (d'un assuré), l'assureur peut adapter les primes de risque et/ou les prestations d'assurance (le cas échéant, rétroactivement) sur la base des éléments tarifaires en fonction de la date de naissance exacte. En cas d'omissions involontaires ou de déclarations inexactes involontaires autres que celle portant sur la date de naissance, les dispositions légales y relatives s'appliquent durant la première année après la conclusion du contrat en ce qui concerne les couvertures 'capital-décès' (voir 3.1.1.1) et 'capital en cas de décès successif (dans les 12 mois)' (voir 3.1.1.2) et, sauf disposition impérative contraire, pendant toute la durée du contrat en ce qui concerne la couverture 'capital-décès par accident' (assurance complémentaire; voir 3.1.1.3 et 6.1).

Toute fraude, omission intentionnelle ou déclaration inexacte intentionnelle entraîne la nullité de la (des) couverture(s) concernée(s). Les éventuelles réserves constituées dans le cadre des couvertures 'capital-décès' et 'capital en cas de décès successif (dans les 12 mois)' (voir 6.6) sont alors versées au(x) bénéficiaire(s) de ces couvertures. La loi prévoit aussi des sanctions en cas d'omissions ou déclarations inexactes involontaires qui, selon les circonstances, peuvent mener jusqu'au refus de l'assureur d'accorder son intervention.

Il peut encore être souligné que les primes de certaines assurances de solde restant dû bénéficient d'un taux réduit de taxe sur primes. C'est, en vertu de l'article 175³, alinéa 2 du Code des droits et taxes divers, le cas pour "*les opérations d'assurances temporaires au décès à capital décroissant qui servent à la garantie d'un emprunt hypothécaire conclu pour acquérir ou conserver un bien immobilier, lorsqu'elles sont conclues par des personnes physiques*". Si des déclarations fautives du preneur d'assurance et/ou de l'assuré (des assurés) impliquent que l'assureur a erronément imputé la taxe sur primes réduite, l'assureur est en droit de se faire indemniser par le(s) preneur(s) d'assurance et/ou l'assuré (les assurés) de tout dommage qui en résulte directement ou indirectement pour lui.

3.2.2 Acceptation des couvertures par l'assureur et maladies et affections préexistantes

Sans préjudice de l'application de restrictions légales et réglementaires impératives en la matière, les couvertures et toute augmentation de leur montant assuré nominal sont soumises aux critères d'acceptation généraux que l'assureur applique. Les couvertures ne sont assurées que si elles sont mentionnées sur le Certificat Personnel ou si l'assureur en a donné confirmation écrite sous une autre forme.

Si des déclarations du (des) preneur(s) d'assurance ou de l'assuré (des assurés), des formalités médicales et/ou des examens médicaux à l'occasion de la conclusion, l'entrée en vigueur d'une augmentation non prévue initialement (en ce qui concerne cette augmentation) ou la remise en vigueur des couvertures mentionnent, révèlent ou rendent sur la base de symptômes probable une maladie ou affection existante, celle-ci est couverte, sauf contre-avis de l'assureur avec mention de la maladie ou affection pour laquelle la couverture ou l'augmentation de la couverture n'est pas accordée.

Si l'assureur refuse totalement ou partiellement (par exemple pour une maladie ou affection déterminée) l'acceptation d'une couverture ou l'augmentation de son montant nominal pour des raisons médi-

cales ou s'il n'accepte le risque que moyennant imputation d'une surprime, cette surprime et/ou ce refus s'applique(nt) également à toute augmentation ultérieure de la (des) couverture(s) concernée(s), sauf s'il en est convenu autrement.

L'attention est attirée sur le fait que le législateur a décrété une série de dispositions visant à faciliter l'accès à l'assurance de solde restant dû pour les assurés présentant un risque de santé accru. Il en est ainsi lorsque cette assurance garantit le remboursement du capital d'un crédit hypothécaire contracté en vue de la construction, de la transformation ou de l'acquisition de l'habitation propre et en principe unique du preneur d'assurance (cf. art. 212-224 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances et l'arrêté royal du 10 avril 2014 réglementant certains contrats d'assurance visant à garantir le remboursement du capital d'un crédit hypothécaire). Ces dispositions légales peuvent entre autres impliquer que, dans certains cas, une partie des surprimes soit prise en charge par le 'Caisse de compensation' visée par cette législation.

3.2.3 Modification du degré de risque

Si un document quelconque laisse apparaître que, lors de l'acceptation d'une couverture par l'assureur ou pour le calcul du tarif d'une couverture, il a été tenu compte de certaines caractéristiques de l'assuré, aussi appelées 'critères de segmentation' (tabagisme, activité professionnelle, statut social, sports pratiqués, domicile, etc.), toute modification de ces éléments doit être signalée spontanément par écrit dans les 30 jours à l'assureur. L'assureur est aussi habilité à interroger le(s) preneur(s) d'assurance et/ou l'assuré (les assurés) sur les éventuelles modifications intervenues dans les caractéristiques particulières susvisées de l'assuré (des assurés), auquel cas celui-ci (ceux-ci) est (sont) tenu(s) d'y répondre dans les délais impartis. Pour une information plus complète concernant la politique de segmentation menée par l'assureur, il est renvoyé au site internet de l'assureur sous le lien <https://www.crelan.be/fr/particulier/produit/assurance-solde-restant-du>.

Si l'aggravation ou la diminution du risque concerné résultant d'une modification intervenue dans les critères de segmentation précités était de telle nature que l'assureur aurait accordé cette couverture sous d'autres conditions, il propose, dans le mois à compter de l'avis précité, d'adapter les conditions de la couverture avec effet à la date de l'aggravation du risque ou à la date à laquelle l'assureur a eu connaissance de la diminution du risque. L'assureur présente sa proposition au(x) preneur(s) d'assurance par écrit, de manière expresse et motivée. Si, en cas d'aggravation du risque, la proposition motivée de l'assureur est refusée ou n'est pas acceptée dans un délai d'un mois à compter de la réception de cette proposition, l'assureur peut résilier la couverture concernée par lettre recommandée dans les 15 jours.

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

Si un sinistre survenait avant qu'une modification intervenue dans un ou plusieurs critères de segmentation entraînant l'aggravation du risque n'ait été communiquée à l'assureur, le versement, si le fait de ne pas avoir spontanément communiqué à l'assureur la modification en question peut être reproché ou si la modification en question n'a pas été renseignée à l'assureur à l'occasion d'une interrogation en ce sens par ce dernier, est réglé sur la base des prestations qui auraient été assurées avec la prime réellement payée, en tenant compte des caractéristiques modifiées du risque. Si, cependant, l'assureur peut fournir la preuve qu'il n'aurait pas accordé la couverture dans les circonstances modifiées, il peut limiter la prestation au remboursement de toutes les primes payées pour le risque concerné. Si le fait de ne pas avoir spontanément communiqué à l'assureur une modification intervenue dans un ou plusieurs critères de segmentation entraînant l'aggravation du risque ou le fait de ne pas avoir renseigné une telle modification à l'assureur à l'occasion d'une interrogation en ce sens par ce dernier relève d'une intention frauduleuse, l'assureur peut refuser toute prestation. Dans ce cas, tout au plus les éventuelles réserves constituées dans le cadre des couvertures 'capital-décès' et 'capital en cas de décès successif (dans les 12 mois)' (voir 6.6) sont versées au(x) bénéficiaire(s) de ces couvertures.

Les dispositions du présent point ne s'appliquent pas au changement de l'état de santé de l'assuré (des assurés).

3.2.4 Déclaration de sinistre

Tout sinistre (décès ou accident à issue mortelle dans le chef d'un assuré) doit être déclaré à l'assureur au plus tard dans les 30 jours au moyen du formulaire destiné à cet effet. En cas de déclaration tardive, l'assureur peut réduire son intervention du montant du préjudice qu'il a subi, sauf s'il est dûment dé-

montré que la déclaration de sinistre a été remise aussi rapidement qu'il était raisonnablement possible de le faire.

La déclaration doit être accompagnée de tous les documents, certificats et rapports originaux qui peuvent démontrer l'existence et la gravité du sinistre. L'assureur peut exiger tout document complémentaire à cette fin. En cas de décès, il faut aussi joindre une attestation médicale - selon le modèle dûment complété de l'assureur - qui indique la cause du décès. Tous les intéressés à l'intervention de l'assureur sont tenus d'apporter toute collaboration possible afin que les examens et les contrôles jugés utiles par l'assureur puissent être effectués le plus rapidement possible, sont tenus d'autoriser et de demander à tous les médecins qui administrent ou qui ont administré des soins à l'assuré de leur communiquer tous les renseignements que l'assureur sollicite et sont tenus de remettre sans délai les renseignements ainsi obtenus au médecin-conseil de l'assureur. Si une de ces obligations n'est pas remplie et dans la mesure où il en découle un préjudice pour l'assureur, ce dernier peut refuser totalement ou partiellement son intervention.

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

4. DROITS DU PRENEUR D'ASSURANCE

4.1 Dispositions générales

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

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

En présence de deux preneurs d'assurance, toute demande d'exercice d'un droit et, de manière plus générale, tout acte ou toute opération dans le cadre du contrat qui requiert l'accord (écrit) du preneur d'assurance, requiert l'accord (écrit) des deux preneurs d'assurance.

4.2 Résiliation

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

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

En cas de résiliation, l'assureur rembourse au(x) preneur(s) d'assurance les primes versées, diminuées des primes de risque déjà consommées et, dans la première hypothèse susvisée de résiliation, également diminuées des frais d'examens médicaux. Si, cependant, la Caisse de compensation visée au dernier alinéa du point 3.2.2 est intervenue dans le paiement d'une partie de la prime, l'assureur rembourse à la Caisse de compensation – et non pas au(x) preneur(s) d'assurance – la partie de la prime payée par celle-ci, ici aussi diminuée des primes de risque déjà consommées et, le cas échéant, d'un prorata des frais d'examens médicaux.

En cas de résiliation, le contrat prend fin et toutes les couvertures prennent ainsi également fin.

4.3 Désignation et changement de bénéficiaires

Le preneur d'assurance désigne le(s) bénéficiaire(s) et peut changer le(s) bénéficiaire(s) qu'il a initialement désigné(s) (voir aussi 5). Le changement des bénéficiaires doit être contenu dans un écrit daté et signé. Pour être opposable à l'assureur, cet écrit doit lui être communiqué.

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

Sur le plan légal, la couverture 'capital-décès par accident' (voir 3.1.1.3) n'est, contrairement aux autres couvertures en cas de décès, pas une assurance-vie mais une 'assurance complémentaire' (voir aussi 6.1). En ce qui concerne la clause bénéficiaire, ceci peut entraîner des complications, en ce sens que la législation des assurances avance une série de règles et de précisions concernant l'application et la portée de la clause bénéficiaire qui ne s'appliquent qu'aux seules assurances-vie et donc pas à la couverture 'capital-décès par accident'. Afin d'éviter ces complications et d'assurer une lecture et une application homogènes d'une même clause bénéficiaire pour l'ensemble des couvertures en cas de décès, l'application de toutes les dispositions du droit des assurances afférentes à la clause bénéficiaire d'une assurance-vie est, sauf indication contraire dans la clause bénéficiaire même, conventionnellement étendue par la présente disposition à la clause bénéficiaire dans le cadre de la couverture 'capital-décès par accident'.

4.4 Rachat

Le droit de rachat ne vaut que si le Certificat Personnel l'indique explicitement ainsi. A défaut d'une telle disposition explicite, le droit de rachat n'existe pas. S'il y a droit de rachat, les réserves du contrat visées au point 6.6 peuvent être rachetées, auquel cas le contrat et toutes les couvertures prennent fin.

Le rachat s'opère en complétant, signant et datant une 'demande de rachat' que l'assureur met à disposition du preneur d'assurance sur simple demande. Le rachat sortit ses effets à la date à laquelle la quittance de rachat ou tout autre document équivalent est signé pour accord par le(s) preneur(s) d'assurance.

En cas de rachat, il est porté en compte une indemnité de rachat, qui est égale au maximum de:

- 75,00 EUR (ce montant est indexé selon l'indice-santé des prix à la consommation (base 1988 = 100); l'indice pris en compte est celui du 2^{ème} mois du trimestre qui précède la date de rachat)
- et
- le minimum de:
 - 5% du montant de la réserve brute rachetée
 - et
 - si le contrat a un terme, 1% de la réserve brute rachetée multiplié par la durée du contrat - exprimée en années - qui reste à courir jusqu'à son terme.

Si la Caisse de compensation visée au dernier alinéa du point 3.2.2 est intervenue dans le paiement d'une partie de la prime, la partie de la valeur de rachat financée par la Caisse de compensation est versée à la Caisse de compensation, et non pas au(x) preneur(s) d'assurance.

4.5 Avance / mise en gage et annexion

Le preneur d'assurance ne bénéficie pas du droit d'avance sur les prestations d'assurance prévues, mais peut bien mettre les droits qui découlent du contrat en gage ou annexer le contrat à un crédit.

5. DROITS DU (DES) BENEFICIAIRE(S)

Le(s) bénéficiaire(s) a (ont) les droits suivants:

- le droit aux prestations d'assurance visées au point 3 (sans préjudice des droits que peuvent faire valoir des tiers sur les prestations d'assurance, notamment en cas de mise en gage ou d'annexion du contrat à un crédit);
- le droit d'accepter le bénéfice de ces prestations d'assurance dès avant leur exigibilité, moyennant un avenant au Certificat Personnel signé par lui (eux), le(s) preneur(s) d'assurance et l'assureur (l'acceptation du bénéfice a, sauf dans les cas où la législation autorise la révocation, entre autres pour effet que la résiliation, la révocation et le changement de la désignation bénéficiaire, le rachat et la mise en gage ou l'annexion du contrat requièrent l'accord écrit du (des) bénéficiaire(s) acceptant(s)).

6. DISPOSITIONS DIVERSES

6.1 Nature juridique des couvertures

La couverture 'capital-décès' (voir 3.1.1.1) et l'éventuelle couverture 'capital en cas de décès successif (dans les 12 mois)' (voir 3.1.1.2) du contrat (ou des contrats conjoints; voir 6.2) forment ensemble le contrat principal. La couverture 'capital-décès par accident' (voir 3.1.1.3) est une assurance complémentaire au contrat principal. Ceci implique entre autres que:

- le preneur d'assurance a, dans ses rapports avec l'assureur, le droit de mettre fin à l'assurance complémentaire à tout moment et indépendamment du sort du contrat principal;
- les dispositions des Conditions Générales relatives au contrat principal s'appliquent également à l'assurance complémentaire, sauf s'il y est dérogé ou si le contexte laisse apparaître qu'elles ne s'appliquent qu'au seul contrat principal;
- la résiliation ou le rachat du contrat principal entraîne de plein droit la cessation de l'assurance complémentaire;
- la cessation de paiement des primes pour le contrat principal implique de plein droit la cessation de paiement des primes pour l'assurance complémentaire.

L'assurance complémentaire n'a ni valeur de rachat ni valeur de réduction ou de conversion.

En cas de survenance de l'événement assuré dans le cadre de la couverture 'capital-décès', toutes les couvertures (et donc également le contrat proprement dit) prennent automatiquement fin, sauf éventuellement la couverture 'capital en cas de décès successif (dans les 12 mois)' (voir 3.1.1.2).

6.2 Jonction

Il se peut que plusieurs contrats soient, moyennant l'accord de l'assureur, 'conjoints'. La jonction résulte du fait que les contrats concernés figurent sur le même Certificat Personnel. La jonction implique que les contrats concernés, bien qu'ils restent distincts d'un point de vue juridique et fiscal, sont considérés comme un ensemble sur le plan de la technique d'assurance. Ceci implique, entre autres, que les couvertures assurées valent pour l'ensemble des contrats conjoints et que le caractère complémentaire de l'assurance complémentaire (voir 6.1) s'apprécie par rapport à l'ensemble des contrats conjoints.

6.3 Impôts

L'assureur peut mettre à charge du (des) preneur(s) d'assurance ou du (des) bénéficiaire(s) tous impôts ou charges analogues de quelque nature ou sous quelque dénomination que ce soit qui peuvent grever les primes, les réserves ou tout versement.

6.4 Coûts spécifiques

L'assureur peut imputer un coût spécifique au preneur d'assurance qui demande une modification de la mise en gage ou de l'annexion du contrat à un crédit. Ce coût est de 15,00 EUR par modification (ce montant est indexé selon l'indice-santé des prix à la consommation (base = indice de janvier 2008); l'indice pris en compte est celui du 2^{ème} mois du trimestre qui précède la date de modification du contrat).

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

6.5 Certificat Personnel

L'assureur établit lors de l'entrée en vigueur et lors de toute modification du contrat un Certificat Personnel qu'il remet au preneur d'assurance. Le preneur d'assurance est supposé marquer intégralement son accord sur le contenu de son Certificat Personnel et de ses versions ultérieures, sauf s'il a communiqué par écrit ses remarques à l'assureur dans les 30 jours après que l'assureur l'ait délivré. Le dernier Certificat Personnel délivré remplace toujours le précédent.

6.6 Constitution de la réserve / soustraction des primes de risque / adaptations tarifaires

Si le Certificat Personnel indique que le droit de rachat existe (voir 4.4), la prime nette, c.-à-d. après retenue d'éventuels frais (d'entrée), impôts et primes de risque pour la couverture 'capital-décès par accident' (voir 3.1.1.3), est affectée à la constitution de réserves. Il est fait une distinction entre:

- les réserves de pension, qui sont constituées par les primes affectées au financement de la couverture 'capital-décès' (voir 3.1.1.1);
- les réserves-décès successif, qui sont constituées par les primes affectées au financement de la couverture 'capital en cas de décès successif (dans les 12 mois)' (voir 3.1.1.2).

L'assureur peut, pour autant qu'il n'y ait pas d'obstacles juridiques, fiscaux ou de gestion, 'fusionner' ces deux types de réserves ou les transférer d'une affectation vers une autre. Les primes de risque pour les couvertures 'capital-décès par accident' font l'objet d'une retenue directe sur les primes versées (voir ci-dessus). L'assureur soustrait des réserves qui y sont affectées (voir ci-dessus), les primes de risque pour les autres couvertures. Ces primes de risque sont les primes requises pour assurer les couvertures concernées pour une période de chaque fois un mois. Elles sont en principe soustraites au début de chaque mois. En cas de jonction de différents contrats (voir 6.2), cette soustraction se fait, sous réserve d'éventuelles restrictions ou obligations fiscales, juridiques et autres, proportionnellement avec les réserves constituées à la date de soustraction (qui sont affectées aux couvertures respectives) des différents contrats conjoints.

Si le Certificat Personnel n'indique pas que le droit de rachat existe (voir 4.4), il est également constitué des réserves comme indiqué ci-dessus, si ce n'est qu'elles ne sont ni rachetables ni cessibles et qu'elles ne donnent pas droit à réduction ou conversion (voir aussi 6.7.2).

Sans préjudice de l'éventuelle application de surprimes pour des risques aggravés (voir 3.2.2), les tarifs utilisés pour le calcul des primes sont ceux que l'assureur a déposés auprès de la Banque Nationale de Belgique. Outre les majorations de primes individuelles dans le cadre d'une modification du degré de risque (voir 3.2.3), l'assureur peut, dans le respect des éventuelles restrictions impératives en la matière, pour des raisons justifiées et de manière raisonnable et proportionnée, moyennant avis préalable au preneur d'assurance et uniquement pour l'avenir, augmenter les tarifs pour le calcul des primes à tout moment en cours de contrat dans le cadre d'une révision générale pour la catégorie d'assurances dont relève le contrat. Une éventuelle hausse tarifaire peut se traduire en une durée prolongée du paiement des primes et/ou en primes futures relevées ou supplémentaires. Les raisons justifiées précitées ne peuvent avoir trait qu'à des circonstances sur lesquelles l'assureur n'a pas d'emprise et qu'il ne pouvait raisonnablement pas prévoir au moment de la conclusion du contrat, ainsi entre autres:

- si l'assureur y est obligé en vertu de dispositions légales ou réglementaires ou par une quelconque intervention des autorités de contrôle ou une quelconque intervention similaire d'une instance officielle, étant entendu que l'adaptation tarifaire se fera en concordance avec les éventuelles conditions et modalités posées dans ce cadre;

- si une quelconque modification de dispositions légales ou réglementaires, une quelconque intervention des autorités de contrôle, une jurisprudence faisant autorité ou une quelconque intervention similaire d'une instance officielle étendait de manière significative la portée de la (des) couverture(s) ou les obligations de l'assureur;
- si l'équilibre financier du portefeuille d'assurances de l'assureur est, de manière démontrable, mis en péril par une quelconque modification des dispositions légales ou réglementaires, par une quelconque intervention des autorités de contrôle, par une jurisprudence faisant autorité ou par une quelconque intervention similaire d'une instance officielle;
- en cas d'accroissement significatif du taux de mortalité au sein de la population du marché de l'assurance belge, et en particulier si des dispositions légales ou réglementaires imposaient des restrictions dans l'utilisation de certaines tables de mortalité (d'expérience);
- si une quelconque modification de dispositions légales ou réglementaires, une quelconque intervention des autorités de contrôle, une jurisprudence faisant autorité ou une quelconque intervention similaire d'une instance officielle interdisait certains critères de segmentation;
- si le coût de gestion des contrats a augmenté de manière démontrable et significative depuis la conclusion du contrat, et ce pour des raisons autres qu'internes (et donc pour des raisons étrangères à l'organisation interne de l'assureur);
- si le taux d'intérêt appliqué n'est plus conforme aux taux du marché;
- en présence de circonstances qui, selon les dispositions légales ou réglementaires, une quelconque intervention des autorités de contrôle ou une quelconque intervention similaire d'une instance officielle, autorisent l'assureur de procéder à une adaptation tarifaire, étant entendu que l'adaptation tarifaire se fera en concordance avec les éventuelles conditions et modalités posées dans ce cadre.

Dans le contexte spécifique du régime fiscal de l'épargne-pension, une augmentation tarifaire peut, dans la mesure où elle entraîne un dépassement de la prime maximale qui peut être affectée à l'épargne-pension, avoir comme conséquence que l'assureur soit amené à intégrer totalement ou partiellement l'augmentation tarifaire dans un autre contrat sous un autre régime juridico-fiscal.

6.7 Non-paiement des primes / épuisement des réserves

6.7.1 Hypothèse 1: le droit de rachat existe

Si le Certificat Personnel indique que le droit de rachat existe (voir 4.4), les primes de risque nécessaires au maintien des couvertures 'capital-décès' et 'capital en cas de décès successif (dans les 12 mois)' (voir 3.1.1.1 et 3.1.1.2) continuent, dès la première échéance impayée, d'être soustraites des réserves concernées du (des) contrat(s) (conjoint) jusqu'à épuisement respectif de celles-ci. Après épuisement des réserves concernées, il est mis fin aux couvertures concernées, mais au plus tôt 30 jours après que l'assureur en ait informé le preneur d'assurance par lettre recommandée. Il est mis fin à la couverture 'capital-décès par accident' (voir 3.1.1.3) 30 jours après que l'assureur en ait informé le preneur d'assurance par lettre recommandée (comme indiqué au point 6.1, cette couverture n'a pas de valeur de réduction).

Le preneur d'assurance peut également, sur demande écrite à l'assureur, obtenir la conversion du contrat dans sa combinaison initiale. Si les droits liés au contrat ont été mis en gage ou ont été annexés dans le cadre d'un crédit, cette opération requiert l'accord du créancier gagiste ou de l'organisme de crédit. La baisse du capital-décès assuré en raison de la conversion du contrat prend effet à la date de la demande de conversion précitée.

Si, quelle qu'en soit la raison, l'assureur constate que les réserves sont devenues insuffisantes pour continuer de soustraire les primes de risque nécessaires pour la (les) couverture(s) concernée(s), il peut mettre fin prématurément à cette (ces) couverture(s). Cette cessation anticipée intervient cependant au plus tôt 30 jours après que l'assureur en ait informé le preneur d'assurance par lettre recommandée.

6.7.2 Hypothèse 2: le droit de rachat n'existe pas

Si le Certificat Personnel n'indique pas que le droit de rachat existe (voir 4.4), le preneur d'assurance est averti, en cas de non-paiement des primes prévues, des conséquences du non-paiement par une lettre recommandée. Si les primes sont toujours impayées 30 jours après l'envoi de cette lettre recommandée, il est mis automatiquement fin à ce moment au contrat et toutes les couvertures prennent ainsi également fin. Le preneur d'assurance ne bénéficie dans ce cas pas davantage des droits de réduction et de conversion.

6.8 Remise en vigueur

S'il est mis fin au paiement des primes pour le contrat, le preneur d'assurance peut en demander la remise en vigueur sur demande écrite dans les trois ans. Ceci vaut également en cas de rachat (voir 4.4), si ce n'est que dans ce cas le délai est ramené à trois mois et que les réserves rachetées doivent en outre être reversées (sans nouveaux frais d'entrée) à l'assureur. L'assureur subordonne la remise en vigueur des couvertures à ses critères d'acceptation (voir 3.2.2). La remise en vigueur prend effet à la date mentionnée sur le nouveau Certificat Personnel.

6.9 Versements

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

L'assureur verse les sommes dues, après imputation d'éventuel(le)s retenues légales, frais, indemnités et autres sommes qui seraient encore du(e)s à l'assureur ou à des tiers (comme un créancier gagiste), dans les 30 jours après réception des documents demandés et, si la demande en est faite, après réception d'une quittance de règlement dûment complétée et signée.

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

L'assureur ne bonifie pas d'intérêts pour un retard de paiement suite à une circonstance indépendante de sa volonté, comme lorsque les prestations ne sont pas réclamées, les documents sont incomplets ou ne sont pas en ordre, etc.

6.10 Correspondance et preuve

Sauf si les dispositions qui précèdent ou si des dispositions impératives l'indiquaient autrement, tout avis d'une partie à l'autre peut se faire par lettre ordinaire. L'assureur peut, sans pour autant y être obligé, considérer comme valable tout avis formulé d'une autre manière (télécopie, courriel, ...).

Tout avis et toute correspondance entre parties se fait valablement à la dernière adresse (de correspondance) qu'elles se sont mutuellement communiquée. S'il y a deux preneurs d'assurance, l'assureur peut valablement envoyer tout avis au preneur d'assurance conjointement aux deux preneurs d'assurance et ce, à l'adresse de correspondance mentionnée sur le formulaire de souscription. A défaut de mention d'adresse de correspondance spécifique sur le formulaire de souscription, l'assureur peut utiliser l'adresse du 'premier preneur d'assurance' figurant sur le Certificat Personnel comme adresse de correspondance unique. Dès que l'assureur a connaissance du fait qu'aucun des deux preneurs d'assurance n'habite encore à l'adresse de correspondance communiquée initialement, il peut utiliser l'adresse (nouvelle) du 'premier preneur d'assurance' figurant sur le Certificat Personnel comme adresse de correspondance unique. Si l'adresse de correspondance est l'adresse d'un des preneurs d'assurance et si ce preneur d'assurance décède, l'assureur peut, dès qu'il a connaissance du décès, utiliser l'adresse de l'autre preneur d'assurance comme adresse de correspondance unique. Les preneurs d'assurance ont toujours la possibilité de faire changer l'adresse de correspondance unique moyennant avis écrit à l'assureur, daté et signé par eux deux.

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

6.11 Modification des Conditions Générales

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

6.12 Cadre légal

6.12.1 Législation applicable

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

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

6.12.2 Régime fiscal applicable

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

6.13 Protection de la vie privée

L'assureur accorde une grande importance à la vie privée et à la protection des données à caractère personnel. L'assureur traite les données à caractère personnel du client conformément au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données).

La protection et le traitement des données à caractère personnel sont explicités dans la déclaration relative à la protection de la vie privée que le client reçoit. Cette déclaration est aussi disponible sur le site internet de l'assureur sous le lien <https://www.crelan.be/fr/particuliers/article/privacy-documents>. La déclaration relative à la protection de la vie privée fait partie de la relation contractuelle avec le client.

6.14 Plaintes et litiges

Si un intéressé a une plainte relative au contrat, il peut s'adresser au Service Plaintes de Crelan, Avenue Sylvain Dupuis 251 à 1070 Bruxelles, tél. 02/558.74.71, ou par e-mail: Complaints@crelan.be. Si l'intéressé n'obtient pas satisfaction, il peut s'adresser à l'Ombudsman des Assurances, Square de Meeûs 35 à 1000 Bruxelles (www.ombudsman.be; e-mail: info@ombudsman.as). L'intéressé conserve aussi la possibilité d'entamer une procédure judiciaire. Les litiges entre les parties relèvent de la compétence des tribunaux belges.

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

6.15 Avertissement

Toute escroquerie ou tentative d'escroquerie à l'encontre de l'assureur entraîne non seulement la résiliation voire même la nullité du contrat d'assurance, mais fait également l'objet de poursuites pénales sur base de l'article 496 du Code pénal.