

Conditions Générales Vie Version TFS-04/2014

Article 1 : Définitions

Dans les présentes Conditions Générales et dans les Conditions Particulières, il y a lieu d'entendre par:

Contrat (d'assurance)

L'assurance convenue, telle que décrite de manière générale dans les présentes Conditions Générales et, concernant la (les) couverture(s) souscrite(s), telle que décrite plus spécifiquement dans les Conditions Particulières. Ces deux documents doivent être lus conjointement.

Société

ZA Assurances S.A., Jan Van Rijswijcklaan 162, 2020 Antwerpen (Anvers).

Preneur (d'assurance)

La personne (morale) qui a souscrit l'assurance.

Assuré(s)

La (les) personne(s) physique(s) sur la tête de laquelle la couverture prévue par le contrat est conclue.

Bénéficiaire(s)

La (les) personne(s) mentionnée(s) dans les Conditions Particulières à qui revient (reviennent) les prestations d'assurance prévues dans le contrat d'assurance.

Prime

Le prix demandé par la Société pour assurer les prestations choisies. A cette prime s'ajoutent les taxes prévues par la législation belge.

Valeur de rachat théorique

La réserve qui résulte de la capitalisation des primes versées et de la retenue des frais et impôts éventuels ainsi que du coût de risque déjà consommé.

Résiliation (par le preneur d'assurance)

La résiliation du contrat implique la fin du contrat avec remboursement des primes versées en retenant les frais et impôts éventuels ainsi que le coût de risque déjà consommé.

Rachat (par le preneur d'assurance)

Opération consistant à mettre fin au contrat, avant le terme prévu.

Réduction (par le preneur d'assurance)

Consiste à mettre fin au paiement des primes en maintenant les capitaux assurés. La valeur de rachat théorique sera utilisée pour maintenir les capitaux assurés jusqu'à son épuisement.

Agent d'assurances non lié

Un agent d'assurances non-lié est un agent d'assurances qui, en raison de plusieurs conventions, exerce une activité d'intermédiation en assurances au nom et pour compte de plusieurs entreprises d'assurances sans être pour autant soumis à une obligation contractuelle de travailler exclusivement avec celles-ci. Il offre dès lors librement les divers produits de ces différentes compagnies. Il agit sous sa propre responsabilité pour ce qui concerne la mise en œuvre des règles MIFID. Dans ce même cadre, il assume également la responsabilité entière et inconditionnelle de toute action effectuée ou toute omission commise par ses sous-agents d'assurances lorsqu'ils agissent pour son compte. En tant qu'agent d'assurances non-lié, son conseil est indépendant.

Agent d'assurances lié

Un agent d'assurances lié est un agent d'assurances qui, en raison d'une ou de plusieurs conventions, exerce une activité d'intermédiation en assurances au nom et pour compte d'une ou de plusieurs entreprises d'assurances. Il a une obligation contractuelle de travailler exclusivement avec une seule entreprise d'assurances ou avec plusieurs entreprises d'assurances pour des contrats d'assurance non concurrents entre eux. L'agent d'assurance lié (et ses éventuels des sous-agents d'assurance agissant pour son compte) agit sous la responsabilité de la ou les entreprises d'assurances avec laquelle (lesquelles) il est lié. En tant qu'agent d'assurances lié, son conseil n'est pas indépendant.

Courtier d'assurances

Un courtier est un intermédiaire en assurances qui n'est pas tenu par le choix de la compagnie d'assurances. Il a la liberté d'offrir divers produits de différentes compagnies. Il agit sous sa propre responsabilité. Il assume la responsabilité entière et inconditionnelle de toute action effectuée ou toute omission commise par ses sous-agents d'assurances lorsqu'ils agissent pour compte dudit courtier. Son conseil est indépendant.

Intermédiaires d'assurances

Les intermédiaires d'assurances inscrits dans le registre de la FSMA peuvent avoir l'un des statuts suivants : courtier d'assurances, agent d'assurances (lié ou non-lié) ou sous-agent d'assurances. Le statut de l'intermédiaire aura notamment une influence sur la responsabilité assumée par celui-ci et sur son lien de dépendance éventuel avec une ou plusieurs compagnies d'assurances.

Article 2 : Description de la couverture

Cette assurance est une assurance en cas de décès, avec ou sans assurances complémentaires. Si un assuré vient à décéder avant le terme du contrat, mentionné dans les Conditions Particulières, la Société verse le capital assuré au moment du décès au(x) bénéficiaire(s) après déduction des éventuels retenues légales, frais, indemnités et autres sommes qui seraient encore dues à la Société ou à des tiers.

Cette assurance ne participe pas aux bénéfices de la Société.

Article 3 : Communication de renseignements corrects

Le contrat d'assurance est conclu de bonne foi sur la base des renseignements fournis par le preneur d'assurance et l'assuré. Lors de la conclusion, l'augmentation ou la remise en vigueur des couvertures, le preneur d'assurance et l'assuré doivent communiquer à la Société, 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 la Société. La Société peut exiger tous les renseignements qu'elle juge nécessaires.

En cas de communication inexacte de la date de naissance d'un assuré, la Société peut adapter les capitaux assurés (ou le versement si un assuré est décédé) 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 (voir ci-dessus) durant la première année après la conclusion du contrat (ou la remise en vigueur ou l'entrée en vigueur d'une augmentation en ce qui concerne cette augmentation), la Société peut réduire les capitaux assurés (ou le versement si un assuré est décédé) au pro rata de la surprime que la Société aurait appliquée, si elle avait connaissance des informations exactes. Si la Société avait refusé l'assurance, si elle avait connaissance des informations exactes, elle peut réduire les capitaux assurés (ou le versement si un assuré est décédé) à zéro. Dans ce cas, les primes déjà payées seront remboursées au preneur d'assurance.

Toute fraude, omission volontaire ou déclaration volontairement inexacte entraîne la nullité de la (des) couverture(s) concernée(s). Les primes échues au moment où la Société en prend connaissance lui reviennent.

Article 4 : Territorialité et exclusions

L'assurance est valable dans le monde entier. La Société n'accorde pas de couverture pour le risque de décès si celui-ci est causé par, favorisé par ou lié à :

- a. un suicide durant la première année suivant:
 - la date d'entrée en vigueur du contrat ou sa date d'émission si celle-ci est postérieure à la date d'entrée en vigueur.
 - la date de prise d'effet d'une éventuelle remise en vigueur ou la date d'émission de l'avenant de remise en vigueur si cette date d'émission est postérieure.
 Ce même délai est applicable à toute augmentation des garanties; il commence à courir à la date d'entrée en vigueur ou de prise d'effet de l'augmentation.
- b. un fait intentionnel du preneur d'assurance ou d'un bénéficiaire ou à leur instigation.
- c. une condamnation judiciaire, un duel, un crime ou un délit à caractère intentionnel, commis par l'assuré.
- d. un fait de guerre (sauf après accord de la part des Autorités de Contrôle et moyennant une convention particulière).
 Cette exclusion est applicable à tout décès, quelle qu'en soit la cause, lorsque l'assuré participe activement aux hostilités. Le décès dû à un fait de guerre se produisant pendant un séjour à l'étranger est couvert:
 - si le conflit, imprévisible, éclate pendant le séjour de l'assuré: pour autant que le bénéficiaire apporte la preuve que l'assuré ne participait pas activement aux hostilités;
 - si l'assuré se rend dans un pays où il y a un conflit armé: moyennant mention expresse dans les Conditions Particulières et pour autant que le bénéficiaire apporte la preuve que l'assuré ne participait pas activement aux hostilités. Dans ce cas, la Société percevra un supplément de prime.
- e. un accident d'aéronef (sauf convention contraire):
 - lorsque l'appareil est utilisé à l'occasion de compétitions, exhibitions, essais de vitesse, raids aériens, vols d'entraînement ou d'essai, records ou tentatives de records;
 - lorsque l'appareil est un prototype ou un appareil militaire autre que de transport;

Si le décès d'un assuré résulte d'un des risques non couverts, la Société paiera la valeur de rachat théorique du contrat. Ces prestations sont versées au(x) bénéficiaire(s) désigné(s), à l'exclusion cependant de celui dont le fait intentionnel ou l'instigation serait la cause du décès de l'assuré.

Article 5 : Acceptation et prise d'effet de la couverture

Les couvertures et toute augmentation de leur montant assuré nominal sont soumises aux critères d'acceptation généraux que la Société applique pour des raisons juridiques et fiscales et de technique des assurances (résultat favorable de formalités médicales et/ou d'examen médicaux, caractère complémentaire de certaines couvertures, couvertures maximales, limitations fiscales, disposition des éléments de calcul nécessaires, etc.).

Les couvertures ne sont assurées que si elles sont explicitement reprises dans les Conditions Particulières et ce, pour les montants et selon les modalités qui y sont explicitement repris. Les couvertures prennent cours à la date d'effet du contrat d'assurance, mais au plus tôt à la date de paiement de la première prime (y compris l'éventuelle prime unique) et après la signature du contrat par les deux parties.

Si cependant une préassurance gratuite est explicitement reprise dans les Conditions Particulières, la condition de paiement de la première prime n'est bien évidemment pas exigée pendant la période de préassurance mentionnée aux Conditions Particulières mais le devient à la fin de cette période, date de la première échéance.

En cas d'augmentation ou de remise en vigueur d'une ou plusieurs couvertures, l'augmentation ou la remise en vigueur intervient à la date indiquée dans les nouvelles Conditions Particulières (ou dans un avenant à celles-ci qui confirme l'augmentation ou la remise en vigueur), mais au plus tôt à la date de paiement de la (première) prime majorée (y compris l'éventuelle prime unique).

Article 6 : Paiement de la prime

Les primes sont payables anticipativement, taxes comprises, pour la durée stipulée dans le contrat et tant que celui-ci reste en vigueur. Le paiement de la prime est facultatif. En cas de non-paiement de la prime ou d'une fraction de la prime, la Société applique la procédure et les conséquences figurant aux présentes Conditions Générales. Le paiement des primes se fait en principe directement sur le compte bancaire indiqué par la Société avec mention des références communiquées. La Société peut refuser tout autre mode de paiement. Le paiement des primes à un intermédiaire n'a pas d'effet libératoire vis-à-vis de la Société.

Article 7 : Bénéficiaires

Le versement du montant assuré s'effectue aux bénéficiaires selon l'ordre indiqué avec exclusion des derniers cités par rapport aux premiers cités. Une quittance de paiement collective est adressée aux bénéficiaires d'un même ordre. Si plusieurs bénéficiaires d'un même ordre sont mentionnés, les héritiers d'un bénéficiaire décédé prennent sa place. Les bénéficiaires d'un ordre inférieur deviennent ayants droit lorsque tous les bénéficiaires d'ordre supérieur sont décédés.

Lorsque le bénéficiaire accepte l'avantage du contrat, il acquiert par principe un droit irrévocable sur les prestations qu'il sera appelé à recevoir. Ce droit irrévocable a pour conséquence que le preneur d'assurance ne peut plus demander la valeur de rachat, modifier la clause bénéficiaire ou en céder le bénéfice en garantie d'une dette sans l'accord exprès du bénéficiaire acceptant. La Société ne reconnaît que l'acceptation que le bénéficiaire a notifiée par écrit à la Société.

Article 8 : Déclaration de sinistre et versements

Le décès d'un assuré doit être déclaré à la Société au plus tard dans les 30 jours. En cas de déclaration tardive, la Société peut réduire son intervention du montant du préjudice qu'elle a subi, sauf s'il est dûment démontré que la déclaration de sinistre a été remise aussi rapidement qu'il était raisonnablement possible de le faire. La déclaration doit mentionner le lieu, la date et l'heure du décès ainsi que les circonstances dans lesquelles il est survenu.

A coté de la déclaration, les documents suivants doivent être remis à la Société:

- un certificat de décès ;
- un certificat médical rédigé sur formulaire délivré par la Société et mentionnant la cause du décès ;

La Société peut réclamer toutes autres pièces justificatives qui lui seraient nécessaires pour l'appréciation des obligations et l'identification du (des) bénéficiaire(s) (telles que l'exemplaire original du contrat et ses avenants éventuels, la preuve du paiement de la dernière prime, un acte de notoriété ou tout autre document qui identifie le (les) bénéficiaire(s), etc. ...).

Tous les intéressés à l'intervention de la Société sont tenus d'autoriser et de demander à tous les médecins qui ont administré des soins au défunt de communiquer au médecin-conseil de la Société tous les renseignements qu'elle sollicite. Si une de ces obligations n'est pas remplie, la Société peut refuser son intervention.

Après déclaration du sinistre et sur la base des renseignements fournis et des résultats d'examen éventuels, ZA Assurances confirme si son intervention est accordée et elle communique sa position au(x) bénéficiaire(s). Elle est censée être acceptée si le(s) bénéficiaire(s) n'a (n'ont) pas signalé à ZA Assurances par lettre recommandée, dans les 30 jours après cet avis, qu'il(s) n'est (ne sont) pas d'accord.

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

La Société verse les sommes dues, après imputation des éventuels retenues légales, frais, indemnités et autres sommes qui seraient encore dues à la Société ou à des tiers (comme un créancier gagiste), dans les 30 jours après réception des documents sollicités et après réception d'une quittance de règlement dûment complétée et signée. Lorsqu'un montant est dû à plusieurs personnes, la Société peut exiger que les intéressés désignent une personne pourvue de procurations dûment authentifiées l'autorisant à recevoir le versement conjointement en leur nom.

La Société 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.

Article 9 : Résiliation, rachat et réduction par le preneur d'assurance

Le preneur d'assurance a le droit de résilier le contrat dans les 30 jours à compter de sa prise d'effet ou, s'il est mentionné sur la proposition d'assurance que le contrat sert à couvrir un crédit, dans les 30 jours à compter du moment où il a connaissance que le crédit sollicité n'est pas accordé. La demande de résiliation se fait par lettre recommandée en ajoutant la preuve de paiement de la prime.

Sauf pour les contrats à primes périodiques payables pendant une période supérieure à la moitié de la durée du contrat ou si certaines dispositions légales ou réglementaires l'interdisent, le preneur d'assurance a le droit de racheter le contrat. Dans ce cas la Société versera la valeur de rachat théorique en retenant une indemnité de rachat. Cette indemnité de rachat est égale à 5% de la valeur de rachat théorique, avec un minimum de EUR 75,00 (indexés à l'indice de santé ; base 1998 = 100). Le pourcentage de 5% diminue de 1% par an pendant les 5 dernières années pour atteindre 0% au terme du contrat. Le rachat doit être demandé par le preneur d'assurance et adressé à l'intermédiaire d'assurances de celui-ci par le biais d'une requête écrite, datée et signée, et accompagnée d'une copie recto/verso de sa carte d'identité, et le cas échéant de l'accord du bénéficiaire acceptant et/ou du cessionnaire. En cas de rachat total, cet écrit doit être accompagné de la police originale et de tous les avenants.

La date d'effet du rachat est la date suivante à la date de réception par la Société de cette lettre recommandée. Le rachat implique, dès sa date d'effet, la cessation de toutes les couvertures.

Sauf pour les contrats à primes périodiques payables pendant une période supérieure au la moitié de la durée du contrat ou si certaines dispositions légales ou réglementaires l'interdisent, le preneur d'assurance a le droit de réduire le contrat. La réduction se fait en maintenant les capitaux assurés et en utilisant la valeur de rachat théorique jusqu'à son épuisement et en retenant une indemnité de réduction de EUR 75,00 (indexés à l'indice de santé ; base 1998 = 100). La réduction doit être demandé par le preneur d'assurance et adressé à l'intermédiaire d'assurances de celui-ci par le biais d'une requête écrite, datée et signée, et accompagnée d'une copie recto/verso de sa carte d'identité. Il est automatiquement mis fin à toutes les couvertures complémentaires dès le lendemain de la date de réception de cette lettre recommandée par la Société.

Le preneur d'assurance a le droit de remettre en vigueur un contrat racheté ou réduit pour les prestations assurées à la date de la réduction ou du rachat. La Société se réserve le droit de subordonner cette remise en vigueur aux résultats favorables de sa procédure d'acceptation dont les frais éventuels sont à la charge du preneur d'assurance. La société restaure l'assurance dans sa forme originelle à la demande du preneur d'assurance, qui envoie un écrit à l'intermédiaire d'assurances de celui, à condition qu'au cours des 3 mois suivant le rachat:

- la demande écrite de remise en vigueur ait été transmise à la Société;
- toutes les primes arriérées, majorées des intérêts et des frais administratifs aient été payées;
- la valeur de rachat ait été remboursée à la Société.

En cas de réduction, la remise en vigueur peut intervenir dans les trois ans, moyennant une adaptation de la prime, compte tenu de l'âge de l'assuré à cette date.

Pour certains types de contrats payés par prime unique, la Société permet au preneur d'assurance de faire le choix de renoncer à son droit au rachat en échange d'une réduction sur la prime de l'assurance principale (voir article 14). Le preneur acte son renoncement en transmettant à la société avant l'émission de la police le document « Réduction Client Fidèle » dument signé.

Le renoncement au droit au rachat est irrévocable et est explicitement mentionné dans les conditions particulières. Il n'est pas opposable à la société de crédit à qui le droit au rachat a éventuellement été transféré.

Article 10 : Non-paiement d'une prime

En cas de non-paiement d'une prime, ou d'une fraction de prime, et après l'échéance de cette prime, la Société envoie une lettre recommandée au preneur d'assurance pour lui rappeler les conséquences d'un non-paiement. Si la prime n'est pas payée dans les 30 jours suivant cette lettre recommandée, le contrat sera réduit, ou si le contrat ne donne pas droit à la réduction, résilié.

Une déclaration écrite du preneur d'assurance qu'il cesse le paiement des primes ou qu'il demande le rachat ou la réduction, dispense la Société de l'envoi de la lettre recommandée et interrompt le délai à la date de cette lettre.

Article 11 : Frais exceptionnels causés par le preneur

Lorsque la Société doit envoyer une lettre recommandée à cause du non paiement d'une prime (voir supra), la Société se réserve le droit de faire participer le preneur d'assurance aux frais à concurrence d'un montant de EUR 10,00 (indexé à l'indice de santé; base 1998 = 100).

Lorsqu'il est explicitement demandé par le preneur d'assurance d'adapter le contrat, la Société se réserve le droit de faire participer le preneur d'assurance aux frais à concurrence d'un montant de EUR 40,00 (indexé à l'indice de santé; base 1998 = 100).

Lorsqu'une prime est inférieure à EUR 50,00 (indexés à l'indice de santé; base 1998 = 100) et qu'elle n'est pas payée par domiciliation, la Société se réserve le droit de faire participer le preneur d'assurance aux frais à concurrence d'un montant de EUR 1,00 (indexé à l'indice de santé; base 1998 = 100).

Ces frais devront être en principe payés sur le compte de la Société par le preneur d'assurance. La Société se réserve cependant le droit de déduire ces frais directement de la valeur de rachat théorique du contrat.

Article 12 : Conditions spécifiques pour les assurances sur 2 têtes

- a. En cas d'une assurance sur 2 têtes, dans laquelle le capital assuré est payé lors du premier décès d'un des deux assurés (pour autant que cet assuré décède avant le terme du contrat et pour autant que toutes les conditions de ce contrat soient respectées), les deux assurés sont mentionnés dans les Conditions Particulières.
- b. Le contrat d'assurance prend immédiatement fin lors du premier décès d'un des deux assurés. En aucun cas, un capital est versé au moment du décès de l'autre assuré. En cas de décès simultané des deux assurés, il sera considéré que l'assuré le plus âgé est décédé en premier lieu.

- c. Les couvertures prévues dans un contrat sur 2 têtes auquel il a été mis fin avant le terme pour toute autre cause qu'un décès, peuvent être poursuivies (par un des deux ou les deux assurés) à titre individuel en souscrivant un nouveau contrat aux conditions tarifaires appliquées par la Société à ce moment. Pour autant que les couvertures assurées et la date terme de ces couvertures soient identiques au contrat original et que la demande se fasse par écrit dans les 30 jours à dater de la prise de fin du contrat original, la Société n'exigera pas de nouvelles formalités médicales.

Article 13 : Spécifications du tarif

- §1. La Société garantit les bases tarifaires pendant toute la durée du contrat, sauf si les Conditions Particulières font explicitement référence au §2 du présent article.
- §2. Pour certains produits, le tarif de la Société se base sur des statistiques de mortalité récemment observés. Pour les contrats relatifs à ces produits, la Société se réserve le droit d'adapter le tarif pendant la durée du contrat. Cette adaptation ne pourra cependant être effectuée qu'à un niveau collectif - pour tous les contrats d'un même tarif - et uniquement pour des raisons objectives, c'est à dire si la législation ou les autorités de contrôle compétentes rendaient cette révision obligatoire ou si les statistiques de mortalité ou les taux de placement réels divergeaient sensiblement de ceux qui ont servi de base à la détermination du tarif.

La révision du tarif peut avoir un impact positif ou négatif sur celui-ci. Le preneur d'assurance sera averti par écrit dans le cas où cette révision entraînerait une augmentation de la prime ou une diminution des garanties assurées. La Société considérera que le preneur d'assurance accepte l'adaptation tarifaire s'il n'a pas réagi dans les 30 jours. Dans le cas où ce paragraphe (§2) est d'application, les Conditions Particulières y font explicitement référence.

Article 14: Réductions et participations aux frais spéciales

- §1. Réduction "Donneur d'organe"

Une réduction de 5% est accordée sur la prime de l'assurance principale des contrats auxquels ces Conditions Générales sont d'application si toutes les conditions précisées ci-après sont remplies.

Cette remise ne s'applique en aucune manière sur les garanties additionnelles. Ces conditions sont :

- Le contrat a une durée d'au moins 10 ans ;
- Le capital décès initialement assuré s'élève au moins à € 100.000 ;
- L'assuré procure à la Société avant l'émission du contrat une attestation délivrée par la commune confirmant que l'assuré est enregistré en tant que donneur d'organe.

Dans le cas d'une assurance sur 2 têtes, cette attestation doit être fournie pour les deux assurés.

Toutefois, l'assuré doit avertir la Société s'il modifie cette volonté et n'est donc plus enregistré en tant que donneur d'organe, auquel cas la réduction n'est plus octroyée pour toutes primes futures.

En outre la Société se réserve le droit de demander à l'assuré la confirmation de son enregistrement avant chaque paiement de prime.

S'il apparaît lors du décès de l'assuré que celui-ci n'était plus enregistré en tant que donneur d'organe, le capital versé par la Société sera diminué de 5%.

- §2. Chèques santé

La Société participe aux frais d'examen médicaux effectués par l'assuré en versant sur son compte bancaire une indemnité de 30 EUR si toutes les conditions ci-dessous sont remplies :

- Le contrat auquel s'appliquent ces Conditions Générales a une durée d'au moins 10 ans ;
- Le capital décès initialement assuré s'élève au moins à € 100.000 ;
- L'assuré a procuré à la Société un document, dont le modèle est fourni par la Société, complété et signé par un médecin par lequel ce dernier déclare avoir fait subir à l'assuré un ou plusieurs des examens préventifs reconnus par la Société. Les résultats de cet (ou ces) examen(s) ne doivent pas être communiqués à la Société.

Ce document a été transmis à la Société dans les 3 mois de l'examen (des examens);

- Au moment de l'examen (des examens) le contrat est toujours pleinement en vigueur et n'a pas connu de diminution;
- À la date de l'examen (ou des examens), un an au moins s'est écoulé depuis la date d'effet du contrat.

L'indemnité s'élève à 30 EUR par période de 3 ans. La première période de 3 ans commence au 40^{ème} anniversaire de l'assuré.

Si l'assuré n'a subi aucun examen préventif au cours d'une certaine période ou qu'il n'a pas pu procurer le document exigé (dans les temps), le droit à toute indemnité expire dans cette période.

L'indemnité est déterminée par assuré. Ceci implique que si une personne est assurée via plusieurs contrats auprès de la Société, l'indemnité ne pourra être accordée que sur base d'au maximum un seul contrat.

Dans le cas d'assurance sur 2 têtes, l'indemnité peut être accordée aux deux assurés.

Toutes charges fiscales ou parafiscales qui pourraient éventuellement être d'application sur cette indemnité sont à charge de l'assuré.

- §3. Réduction client fidèle

Si le preneur d'assurance a renoncé à son droit au rachat (voir article 9), une réduction de 5% sera appliquée à la prime unique de l'assurance principale. Aucune réduction n'est octroyée sur les primes des garanties complémentaires éventuelles.

Article 15 : Législation applicable et dispositions fiscales

Le contrat d'assurance est régi par les dispositions légales et réglementaires belges relatives aux assurances-vie et aux assurances complémentaires en général et aux assurances relatives à un engagement individuel (de pension) en particulier. 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.

Le régime fiscal applicable est le suivant:

- en ce qui concerne les taxes sur primes, la législation belge et/ou la législation du pays de résidence du preneur d'assurance;
- en ce qui concerne l'attribution d'avantages fiscaux sur les primes, la législation du pays de résidence du preneur d'assurance et/ou de l'assuré; dans certains cas, la législation du pays où des revenus imposables sont perçus s'applique;
- en ce qui concerne les prestations d'assurance, la législation belge et/ou la législation du pays de résidence du bénéficiaire;
- en ce qui concerne les droits de succession, la législation du pays de résidence du défunt et/ou du bénéficiaire.

La Société peut mettre à charge du preneur d'assurance ou du (des) bénéficiaire(s) tous impôts, cotisations et charges de quelle nature que ce soit qui peuvent grever les primes, la réserve, le rendement sur la réserve ou tout versement.

La Société considère toujours que le preneur d'assurance a, lors de l'instauration, de l'application, de l'exécution, de la modification ou de la cessation du contrat d'assurance, respecté toutes les conditions, formalités et procédures légales y afférentes dans ses rapports avec l'assuré et les tiers. De manière plus générale, la Société peut se faire indemniser par le preneur d'assurance de toute forme de dommage et de tous les frais qu'elle encourt pour cause de non-respect de la législation applicable par le preneur d'assurance.

Article 16 : Correspondance et preuve

Sauf mentions contraires ou dispositions (légales) impératives, tout avis d'une partie à l'autre peut se faire par lettre ordinaire, e-mail ou fax. Tout avis et toute correspondance entre parties se fait valablement à la dernière adresse (de correspondance) qu'elles se sont mutuellement communiquée. L'envoi d'une lettre recommandée peut être avéré par la production du récépissé de la poste. L'existence et le contenu de tout document et de toute correspondance sera prouvé par la production de l'original ou, à défaut, de sa copie dans les dossiers de la Société.

Article 17 : Modification des Conditions Générales

La Société peut modifier les Conditions Générales pour des raisons justifiées (par exemple dans le cadre d'une modification de la législation) et dans les limites de la bonne foi. La Société en informe par écrit le preneur d'assurance et lui communique la date à laquelle les nouvelles Conditions Générales prennent effet.

Article 18 : Protection de la vie privée

ZA Assurances SA est responsable du traitement des données personnelles ayant les fins suivantes : la gestion clients, l'acceptation des risques, la gestion du contrat et des sinistres, l'optimisation des couvertures, le paiement des indemnisations ainsi que certains objectifs marketing. Ces données peuvent être utilisées à des fins de prospection et de promotion (direct marketing). Si le preneur d'assurance ne le souhaite pas, il lui suffit de le signifier à l'adresse ci-dessous.

L'assuré(e) autorise expressément de procéder au traitement des données médicales le concernant, dans la mesure où cela s'avère nécessaire pour des questions d'acceptation, de gestion et d'exécution des contrats d'assurance. Le traitement des données médicales de l'assuré(e) est à charge du service d'acceptation médicale et du service juridique de ZA Assurances SA.

L'assuré(e) permet expressément que ses données soient réceptionnées le cas échéant par son intermédiaire d'assurances qui les transmettra ensuite à ZA Assurances SA.

Toute personne qui décline son identité (en envoyant une copie recto verso de sa carte d'identité) a le droit d'accéder aux données concernant sa personne qui sont conservées dans un fichier et de demander gratuitement la rectification ou la suppression de ses données en cas d'inexactitude. Pour exercer ce droit, la personne visée adresse une demande datée et signée à la compagnie (service de Protection de la vie privée, ZA Assurances SA, Jan Van Rijswijcklaan 162 à 2020 Anvers) ou à son intermédiaire d'assurances. Pour obtenir d'autres informations, l'assuré(e) peut aussi s'adresser au registre public tenu par la Commission pour la Protection de la vie privée.

Article 19 : Plaintes et litiges

Si un intéressé a une plainte relative à la gestion ou à l'exécution du contrat d'assurance par la Société et n'obtient pas satisfaction, il peut s'adresser au médiateur des assurances (square de Meeûs 29 à 1000 Bruxelles) ou à l'autorité des services et marchés financiers [FSMA] (rue du Congrès 12-14 à 1000 Bruxelles).

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.

Article 20 : Conflits d'intérêt

ZA Assurances SA a identifié des situations où, potentiellement, des conflits d'intérêt peuvent survenir dans le cadre de ses activités entre des intérêts d'un client, les intérêts de ZA Assurances SA (en ce compris ses dirigeants, employés, agents liés, etc.) ou les intérêts d'un autre client. Un résumé de la politique de gestion des conflits d'intérêts de ZA Assurances SA est disponible sur le site www.za.be à la rubrique des documents légaux.

Les versions les plus récentes des documents (Conditions Générales, la (des) Fiche(s) d'information Financière y compris la politique de conflits d'intérêts de ZA Assurances SA) sont disponibles sur le site www.za.be à la rubrique des documents légaux.